

Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli
Odontoiatri
della Provincia di Arezzo

dicembre 2007
anno 6 - numero **18**

TEMI DI APPROFONDIMENTO

OGM: siamo solo geni...
pag. 3

COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

La sfera nel gruppo psicoanalitico
Prime osservazioni e riflessioni nate nei centri
di Assistenza organizzati da Fr. Kizito Renato Sesana
pag. 6

NEUROPSICHIATRIA

L'ospedalizzazione nel paziente
con demenza: la prospettiva etica
pag. 17

IL CESALPINO

*Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo*

Dicembre 2007

anno 6 - numero 18

Comitato editoriale e redazione

Consiglio provinciale dei medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
Presidente: Raffaele Festa

Direttore responsabile

Roberto Romizi

In redazione

Amedeo Bianchi, Armando
Bonelli, Alberto Cinelli,
Luigi Giannini, Piero Pieri,
Luciano Ralli, Silvana Saullo,
Mauro Sasdelli

Coordinatore redazionale

Cesare Maggi

Segreteria redazionale

Marco Cerofolini
c/o Ordine dei medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 22724
fax (+39) 0575 300758
mail: chirurgi@omceoar.it
www.omceoar.it

Impaginazione progetto grafico e stampa

L.P. Grafiche s.n.c.
Via Fabio Filzi, 28
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 907425
fax (+39) 0575 941526
mail: info@lpgrafiche.it
www.lpgrafiche.it

Aut. Trib. n°7 - 2001
del registro stampa
n° 522/2001

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.

In copertina:

ANDREA CESALPINO

(Arezzo 1519 - Roma 1603)
Medico, botanico, filosofo aristotelico, medico di Papa Clemente VII; importantissime furono le sue osservazioni sulla circolazione del sangue.

Retro copertina:

SANTA MARIA DELLA PIEVE

Monumento caratteristico dell'architettura romanica aretina ricostruito tra la seconda metà del XII secolo ed i primi decenni del XIV secolo.

Sommario

editoriale

- 1** IN MARGINE AD UNA SENTENZA SUL RIFIUTO DELLE CURE
Raffaele Festa

temi di approfondimento

- 3** OGM: SIAMO SOLO GENI...
Giorgio Diaferia

cooperazione internazionale

- 6** LA SFERA NEL GRUPPO PSICOANALITICO. PRIME OSSERVAZIONI E RIFLESSIONI NATE NEI CENTRI DI ASSISTENZA ORGANIZZATI DA FR. KIZITO REANATO SESANA
Mario Alvisi

filosofia della medicina

- 11** LA QUALITÀ DEL MEDICO IN MEDICINA GENERALE. RIFLESSIONI A PARTIRE DAL RACCONTO DI UN COLLEGA
Stefano Beccastrini

percorsi assistenziali

- 13** IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER I MALATI CON ARTRITE REUMATOIDE
Luciano Sabadini

ordinistico

- 16** NORME LEGISLATIVE
www.omceoar.it

neuropsichiatria

- 17** L'OSPEDALIZZAZIONE NEL PAZIENTE CON DEMENZA: LA PROSPETTIVA ETICA
Alessandro Tiezzi

medicina e sanità al femminile

- 20** MEDICINA E SANITÀ DECLINATE AL FEMMINILE
Silvana Saullo

scienza ed etica

- 23** IN MORTE DI LORENZO TOMATIS
Stefano Beccastrini

DEDITORIALE

In margine ad una sentenza sul rifiuto delle cure

"Tu verrai comunque, perché dunque non ora"

A. Achmatova

La recente sentenza della Corte di Cassazione (16 ottobre 2007) ha sancito, a mio avviso in maniera inequivocabile, il diritto della persona, sana o malata, ad esprimere la propria volontà sia per gli interventi terapeutici in corso di malattia, che sul suo destino di vita a fronte del verificarsi di gravi patologie. E' una sentenza di grande rilevanza giuridica che, sia pure in termini generali, detta regole comportamentali atte a dare certezza sia al medico che al cittadino.

Dopo la pronuncia in altre sedi di giudizio sul noto caso Welby, se ne avvertiva la necessità. E' opportuno rilevare che la stessa praticamente si allinea alla sentenza, in ambito penalistico, che ha prosciolto l'anestesista accusato di omicidio del consenziente. Così pure ha posto in evidenza la correttezza della decisione dell'Ordine di Cremona di non procedere contro il medico. Si è in presenza, infatti, della piena e totale riaffermazione dei principi costituzionali e sovranazionali (Convenzione di Oviedo) che riconoscono al cittadino il pieno diritto all'autodeterminazione, al rispetto della sua volontà e della sua dignità. In effetti tali principi erano già stati sanciti nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo siglata all'ONU nel 1948. Da allora, oltre che alle Nazioni Unite, anche in altri ambiti istituzionali si è assistito ad un progressivo processo di legittimazione di tali diritti. La sentenza stabilisce che la premessa fondamentale per l'affermazione di questi ultimi, deve essere l'acquisizione del consenso informato. Questo deve essere libero da condizionamenti o suggestioni estranee all'individuo, che, in quanto tale, ha il pieno potere di esprimersi sulla base delle sue personali convinzioni etiche, religiose, culturali e di pensiero. Al medico tocca il dovere di informare con correttezza, con la massima diligenza e con linguaggio sempre accessibile ed adeguato alla condizione socio - culturale del cittadino che dovrà essere messo in grado di assumere una decisione ragionata e valutata nel miglior modo possibile. E' questo un elemento di rilevanza assoluta, perché alla luce della giurisprudenza, il consenso informato non solo è correlato alla facoltà di accettare la proposta di trattamento terapeutico, ma anche di rifiutare ogni cura o di decidere consapevolmente di interromperla in qualsiasi momento della vita, anche in fase terminale. In ultima analisi si afferma il diritto di lasciarsi morire. Di conseguenza, sul piano del diritto penale, si potrebbe verificare la illecità di qualsiasi intervento medico eseguito contro la volontà del paziente od in assenza di un suo esplicito consenso, fatta eccezione dei casi di effettiva sussistenza di uno stato di necessità. Al contrario non è punibile il medico che, nel rispetto della volontà espressa dal paziente, si astenga da qualsiasi trattamento, anche quando dovesse verificarsi la morte del malato. Paradossalmente si potrebbe affacciare l'ipotesi di punibilità, allorché, contro il diverso parere del paziente, il medico intervenisse, superando il limite posto da quest'ultimo. Va precisato, però, che ai fini della non punibilità, vanno verificati, con la massima attenzione, la certezza della volontà del paziente e la irreversibilità dello stato di salute, essendo questi due elementi il limite invalicabile della liceità della morte, pur trovandosi di fronte ad una condotta sostanzialmente omissiva. La sospensione delle cure pur conducendo a morte, non può essere interpretata come eutanasia, essendo quest'ultima espressione di un comportamento attivo inteso ad interrompere consapevolmente la vita, ben diversa dalla libera scelta del malato che, rifiutando le cure, sceglie che la malattia segua il suo corso naturale.

Per concludere, è convinzione di chi scrive che la pronuncia della Corte è di grande e fondamentale capacità innovativa e che, nel prossimo futuro, potrà essere foriera di

grandi aperture. Allo stato dei fatti, saranno i giudici di merito a trovarsi nella non facile condizione di decidere, specialmente quando dovranno valutare casi di soggetti incapaci o quando si tratta di volontà espresse in tempi molto remoti. Ecco perché si impone l'intervento del legislatore per una norma giuridica che dia certezze al cittadino per il rispetto delle sue decisioni ed al medico che si senta certo sulla non perseguibilità del proprio operato.

Raffaele Festa

Presidente Ordine Medici di Arezzo



AI LETTORI

Da questo numero della Rivista, la diffusione delle norme, circolari, dispositivi di legge ecc. di interesse medico, che era affidata alla stampa nell'apposita rubrica in coda al fascicolo, troverà una più moderna possibilità di pervenire alla conoscenza dei nostri lettori mediante l'utilizzo del mezzo informatico, visitando il sito internet dell'Ordine.

Ragioni di logica e - perché no? - di spazio tipografico altrimenti destinabile, ma soprattutto motivi di giusta temporalità (questa Rivista è quadrimestrale) nell'apprendimento delle eventuali novità comunque legiferate, hanno indotto la redazione a realizzare questa novità, unitamente all'intento di soddisfare lo spirito di un servizio più puntuale rivolto ai nostri lettori.

Chiaramente stiamo dicendo che il testo di ciò che potrà singolarmente interessare sarà estraibile e stampabile dal sito Ordinistico. Ma diciamo anche, a favore di coloro che non ancora sono fruitori del mezzo telematico, che la Redazione affiderà alla Segreteria dell'Ordine l'ulteriore compito di "scaricare", a richiesta, dal sito, le notizie volute e di conseguenza stamparle e consegnarle allo sportello del nostro ufficio ordinistico.

La Redazione, per parte sua, evidenzierà sul Cesalpino il sommario degli argomenti normati e collocati in memoria nel sito consultabile **on line**.

Il Comitato di Redazione

OGM: SIAMO SOLO GENI...

Giorgio Diateria

Direttore Servizio di Medicina Fisica e Riabilitazione
Centro di Medicina Preventiva
SUISM Università di Torino
Referente Medici per l'Ambiente – ISDE Italia per Torino

Per gentile concessione dell'autore

■ Riassunto

Gli organismi geneticamente modificati fanno discutere in particolare nella loro applicazione nel settore agroalimentare. Paure di modificazioni genetiche nel tempo, in chi li consuma, danni alla produzione agricola tipica e di qualità con un grave danno economico e commerciale per il made in Italy. Nel frattempo il settore della ricerca applicata all'industria ed alla farmaceutica impiega sempre più prodotti gm. I dubbi sull'utilizzo anche di taluni vettori restano, così come le modificazioni indotte su terreni agricoli da piante gm e le paure per la salute aumentano mentre l'indice di gradimento nei cittadini resta molto basso.

Scrivere oggi un articolo sugli OGM rischia di essere un'operazione che nasce vecchia prima ancora di essere data alla stampa, perché il mondo degli organismi geneticamente modificati, questo significa OGM, è in continua e rapida trasformazione ed aggiornamento sia nelle sue applicazioni pratiche che come elemento di studio e ricerca.

Per ogm si intende qualsiasi organismo geneticamente modificato e quindi virus, batteri, funghi piante, animali geneticamente modificati per vari motivi e grazie all'impiego dell'ingegneria genetica che ricombina tra loro segmenti di DNA appartenenti anche a specie diverse e che in natura non potrebbero mai ricombinarsi tra loro. Il DNA ovvero, il codice della vita, fu identificato da James Watson zoologo e genetista e Francis Crick fisico e ricercatore nel 1953, scoperta che

valse loro il premio Nobel per la medicina nel 1962

La ricombinazione genetica effettuata in laboratorio è un procedimento molto diverso dagli innesti o dalle selezioni genetiche spontanee che avvengono in natura o dalle tecniche di selezione utilizzate dagli agricoltori da diversi secoli.

Gioverà ricordare che esistono alcune porzioni di materiale genetico, note come trasposoni, in grado di autoduplicarsi e "saltellare qua e là". Si tenga presente che l'inserimento di un gene estraneo (il transgene), avviene sempre in modo casuale, quindi potrebbe inserirsi in un trasposone.

I trasposoni si spostano all'interno di uno stesso cromosoma nel caso dei batteri oppure da un cromosoma ad un altro: per fare ciò hanno bisogno dell'enzima trasposasi, che viene codificato da geni presenti sui trasposoni stessi. I trasposoni presentano delle sequenze terminali invertite e si inseriscono in siti non omologhi, causando la formazione ai due lati di sequenze dirette ripetute, attraverso un taglio ineguale. I trasposoni possono contenere anche geni per la resistenza a un antibiotico e solitamente causano delle mutazioni, impedendo la trascrizione di un gene o ampliandola; possono inoltre attivare geni oncogeni o disattivare geni oncosoppressori.

Questo significa che il loro destino è continuare a modificarsi da soli, in modo casuale e, fuori controllo. Vi sono degli studi in corso per comprendere se il gene inserito continuerà a comportarsi come previsto anche nelle successive generazioni.

TEMI DI APPROFONDIMENTO



ni di piante, oppure cambierà posizione e funzione, con conseguenze difficili da prevedere. E nel terreno in cui si sono coltivate piante OGM cosa accade? e se l'anno successivo voglio coltivare non OGM? Vi sono stati casi di contaminazione del suolo con piante OGM non volute e gli studi in questo settore ovvero della possibile contaminazione del terreno da ogm sono in corso.

Illustri uomini di scienza si sono già pronunciati sia in favore che contro gli ogm e ve ne è qualcuno particolarmente illustre che reitera ancora recentemente l'appello all'utilizzo. Certamente la ricerca in campo confinato deve poter continuare anche nel nostro paese; sull'impiego in campo aperto ricorderei quanto pubblicato dall' Ecological Society of America', ovvero che in campi coltivati con OGM, si è verificata una forte riduzione del numero delle api presenti ed un altrettanto forte deficit nell'attività di impollinazione. Dunque parrebbe che alle api gli OGM proprio non piacciono e la cosa deve far riflettere.

E' da circa 30 anni che si fabbricano microorganismi gm che trovano nel settore industriale, farmaceutico ed in quello agroalimentare la loro massima espressione. In campo medico farmaceutico l'impiego, per fare solo alcuni parziali esempi, riguarda l'Insulina umana, l'Ormone della crescita, l'Interferon-alfa-2°, l'Interferon-alfa-2b; l'Eritropoietina, il Fattore VIII, il Vaccino per l'epatite B, il Vaccino anti-influenzale e quello per la pertosse. Più recentemente è stato messo a punto, da ricercatori dell'Università di Tokyo, un vaccino contro il colera prodotto da una varietà di riso geneticamente modificato.

Ma se il settore della ricerca farmaceutica non pare destare grandi preoccupazioni nell'opinione pubblica quello nel settore agroalimentare produce invece grandi allarmi. Un recente dato emerso da un sondaggio di Eurobarometro dimostra come il 62% dei cittadini europei e il 77% di quelli italiani si dichiarano preoccupati della presenza di OGM negli alimenti. (fonte Coldiretti). Questa dunque la ragione principa-

le per cui scrivere questo articolo, per cercare di dare un contributo all'informazione.

Perché tanta preoccupazione nell'opinione pubblica? Forse perché male informata o vittima di una informazione di parte e fuorviante?

Certo le varie vicende del pesce al mercurio, i polli alla diossina, le aflatossine nel latte, la diossina nel latte di bufala ecc... non aiutano a dare tranquillità circa i rischi legati al cibo che consumiamo che pure rispetto a cinquant'anni fa è sicuramente molto più sicuro e controllato, almeno nel mondo industrializzato. Ora si aggiunge una preoccupazione anche verso le conseguenze a medio e lungo termine dal consumo di alimenti contenenti OGM.

Innanzitutto occorre dire che la maggior parte delle specie vegetali GM vengono prodotte perché siano più resistenti a pesticidi, fertilizzanti e conservanti. La loro redditività implica quindi un uso più massiccio di pesticidi, fitofarmaci, anticrittogamici e altri additivi. Esiste poi una ben documentata diffusione tramite i veicoli naturali (vento, insetti, uccelli, etc.) di specie vegetali OGM coltivate all'aperto. Ciò può produrre e di fatto produce contaminazioni spontanee indesiderate anche con conseguenze penali per i coltivatori.

Ma la paura principale riguarda i potenziali rischi per la nostra salute e per quella degli animali, specie di quelli che possono finire sulle nostre mense dopo aver consumato mangimi modificati geneticamente, a base di soia e mais gm. Se da una parte la ricerca condotta dalle grandi società multinazionali pare avere risposte tranquillizzanti a tutti i dubbi e gli interrogativi, dall'altra parte siamo di fronte ad una ricerca pubblica che deve fare i conti con gli scarsi mezzi che ha e che cerca, grazie al talento dei suoi ricercatori, di fare verifiche ed analisi che possano garantire la salubrità dei cibi gm. Non si sta parlando di potenziali rischi a breve periodo, non siamo di fronte cioè, salvo in rari casi, a possibili rischi di intossicazioni, per intendersi, bensì dei possibili pericoli a medio-lungo termine. Il tanto

invocato ed a ragione, principio di precauzione, evocato in Germania negli anni settanta e discusso per la prima volta nel 1987 alla seconda Conferenza Mondiale per la Protezione del Mare del Nord da sostanze pericolose, può anche essere interpretato tra l'altro così: il non aver identificato una prova scientifica di certezza per la nocività di una data sostanza non ci mette al sicuro dalla sua incapacità di provocare un danno per la nostra salute.

Già nel 1997 nasceva a Torino, manco a farlo apposta, la città laboratorio ed incubatrice di grandi idee italiane, il primo comitato OGM free con lo scopo di fare chiarezza e di dare informazione sull'avvento e la diffusione degli OGM in campo sanitario e agroalimentare. Il cartello rappresentato dalla Camera di Commercio, dalla COOP, dalla associazione Verdi Ambiente e Società (V.A.S.) dall'AIAB, dalla Coldiretti ed altri soggetti che si aggregarono nel tempo, non riuscì ad andare oltre ad alcuni anni di dibattiti ed ad elaborare informative per i cittadini aprendo un dialogo importante con il mondo della ricerca genetica e della scienza più in generale.

Ancora più recentemente da Torino e dal Piemonte parti nel 2002 un cartello trasversale di tutte le forze politiche e di amministratori pubblici e privati che chiedeva al governo di istituire l'Autorità Nazionale per la Sicurezza Alimentare, ancora oggi assente nel nostro Paese. Tra i compiti che si sollecitavano all'Autorità vi era proprio quello della gestione del rischio e la corretta e completa informazione in materia di sicurezza degli alimenti per i cittadini.

Ma venendo all'oggi, il Parlamento Europeo a giugno 2007, disattendendo i risultati della votazione del marzo 2007: 585 voti a favore della soglia dello 0,1%, 38 astensioni e 35 contrari, ha approvato la soglia dello 0,9% come percentuale di contaminazione involontaria nel cibo biologico. Non un buon segnale di democrazia.

L'Italia, il Belgio, la Grecia e l'Ungheria si sono opposti al provvedimento, ma senza riuscire a fermare il regolamento. Ora nei prodotti bio-



logici rimane vietato l'uso intenzionale di ingredienti che contengano OGM, ma se ne tollera una contaminazione involontaria pari allo 0,9%, la presenza di OGM è invece possibile nei prodotti DOP e IGP, in una percentuale dello 0,9% come contaminazione involontaria ed anche questa è una anomalia che si riconduce al criterio di sostanziale equivalenza che i cibi gm avrebbero nei confronti di quelli OGM free. Recentemente è stato lanciato un allarme dall'associazione ambientale Greenpeace sulla possibile contaminazione Ogm del latte utilizzato per la produzione del Parmigiano-Reggiano. Le mucche del Consorzio mangiano infatti soia geneticamente modificata.

Ora gli OGM, secondo quanto deliberato dal Parlamento Europeo, potranno anche trovarsi, come contaminazione involontaria, negli alimenti biologici, seppur in minime quantità, cioè in percentuali non superiori allo 0,9%, contro lo 0,1% proposto da un cartello di associazioni e definita come la soglia di rilevanza strumentale della metodica PCR o metodica della reazione a catena della polimerasi messa a punto nel 1993 dal premio Nobel per la chimica Kary Mullis, ed in grado oggi di rilevare anche minime presenze di DNA geneticamente modificato con percentuali ben al di sotto dello 0,1%. Seguendo questa metodica non solo più qualitativa ma anche quantitativa, che ha come tutte le metodiche identificative anche dei margini di errore, la

guerra per la determinazione dell'esatta percentuale di contaminazione e quindi per l'eventuale violazione della legge è aperta.

Lo sviluppo del sistema agroalimentare italiano, in una grande percentuale dei casi, presenta dimensioni contenute. L'Italia deve competere sulla qualità dei suoi prodotti agroalimentari, che comportino alti margini di guadagno in particolare nell'esportazione. Tale affermazione è avvalorata dalla crescente domanda di alimenti tipici e genuini espressa dai cittadini italiani ed europei e tende quindi a sconsigliare la produzione massificata agricola e renderebbe diseconomico l'impiego di prodotti e sementi gm. La perdita di caratteristiche di biodiversità e di tipicità della specie dei prodotti agricoli può pertanto costituire un danno irreparabile per l'economia agricola dell'Italia e dell'Europa.

Le colture geneticamente modificate sono quindi antieconomiche perché puntano ad una massificazione agricola che risponde a caratteristiche dei territori con enormi estensioni e quindi ben diverse dalle caratteristiche delle superfici coltivabili in Italia ed in Europa.

La Direttiva 2001/18 dell'Unione Europea, riconosce il rischio potenziale che la resistenza agli antibiotici procurata mediante modificazione genetica possa essere trasmessa dalle piante Ogm a batteri patogeni, e da qui all'uomo (la Direttiva entrerà in vigore il 1 gennaio 2009 per la parte relativa alle sperimentazioni) Ricordo comunque che in Euro-

pa non è consentito coltivare ogm e quindi almeno per il momento la contaminazione ce la possiamo solo importare utilizzando sementi ogm o consumando prodotti alimentari che li contengono. In Italia poi le coltivazioni ogm esistono solo per ricerca, con un netto calo negli ultimi anni. (dato Eurispes febbraio 2007) con soddisfazione dei consumatori e delle associazioni ambientali ma grande irritazione nel mondo del biotech.

Certamente questo articolo non avrà fornito alcun chiarimento sull'uso o meno di ogm in agricoltura ma spero abbia fatto emergere quanti dubbi e studi ancora la ricerca dovrà fare per fornire delle risposte certe, la prima su tutte : esiste un possibile rischio nel consumare prodotti alimentari che contengono ogm? ■

■ Bibliografia

- Boncinelli E. *I nostri geni* Einaudi Tasca-bili 1998
- Celli G. *I semi della discordia* Edizioni Ambiente 2000
- Garrou E.-Pisani E.- Malagoli C. *OGM : conoscerli per affrontarli* Ed. VAS 2001
- Malagoli C. *L'uomo è più dei suoi geni* Biblioteca Universale Rizzoli 2001
- Pelt J.M. *L'orto di Frankenstein* Feltrinelli 2000
- Rifkin J. *Il Secolo Biotech* Baldini&Castaldi 1998
- Sala F. *Gli OGM sono davvero pericolosi ?* Edizioni Laterza 2005
- Wikipedia *Enciclopedia libera* <http://it.wikipedia.org/wiki/Trasposone> ■



LA SFERA NEL GRUPPO PSICOANALITICO

Prime osservazioni e riflessioni nate nei centri di Assistenza organizzati da Fr. Kizito Renato Sesana

Mario Alvizi

Psichiatra – Psicoanalista di Gruppo
Socio Ordinario : Associazione It. Gruppo Analisi (A.I.G.A.) - Roma
Confederaz. Organizz. It. Ricerca Analitica nei Gruppi - (C.O.I.R.A.G.) - Milano
ex dirigente 2° livello - U.O. Psichiatria e Psicologia - Arezzo

Per corrispondenza:
Dott. Mario Alvizi
P.zza C. Battisti n. 5 - 52025 Montevarchi (AREZZO) ITALY

■ Riassunto

L'Autore dopo aver svolto il proprio lavoro di Psichiatria Sociale nei primi anni '70 presso l'Ospedale Psichiatrico di Arezzo e poi successivamente fino alla fine dei '90 nei Servizi Psichiatrici Territoriali del Valdarno, descrive la propria recente esperienza conoscitiva in Africa presso un Centro Missionario dei Frati Comboniani a Nairobi in Kenia.

Il Centro è coordinato dal suo fondatore Fr. Renato Kizito Sesana..

La descrizione dell'esperienza è preceduta da una descrizione dei fondamenti teorici della Formazione in Gruppo Analitico che l'A. ha acquisito a partire dai primi anni '90 ed in base alla quale svolge la propria attività libero professionale.

Viene descritta l'esperienza di incontro e dialogo (in inglese o con traduttore dallo Swahili all'Inglese) con gli Operatori e con i Ragazzi (dai 5 ai 17 anni) che frequentano i vari Spazi di Accoglienza ed illustrato il rapido formarsi di Gruppi di Dialogo.

In breve si crea una dinamica di gruppo che non è certo psicoanalitica ma che utilizzando la medesima come rete di riferimento dal Gruppo dei Ragazzi permette il nascere di un Gruppo degli Operatori e poi anche di una breve esperienza integrata di alcuni Operatori con un Gruppo Laureandi in Scienza dell'Educazione di una Università Italiana.

Viene proposta l'Immagine della Sfera nel Gruppo per sottolineare la multipolarità che si può creare a partire da una piccola esperienza, all'inizio solo di dialogo.

È una Sfera multipolare che può forse proteggere, colpire stimolando ed anche risuonare dentro la persona permettendo migliore conoscenza e dialogo con se stessi e con persone di culture

diverse.

È quello che spesso vediamo accadere nel macrosistema del Lavoro Assistenziale e Culturale delle Organizzazioni di Cooperazione Internazionale che qui anche, brevemente, è esaminato.

La Psicoanalisi di Gruppo nasce in Inghilterra, grazie al lavoro svolto da S.H. Foulkes all'inizio degli anni '40, per il trattamento terapeutico ed il recupero sociale dei militari Inglesi rientrati dal fronte di Guerra con i Tedeschi.

"Durante gli anni 1943-45 l'attività terapeutica di S.H. Foulkes si svolgeva presso l'Ospedale Militare Northfield a Birmingham e la modalità di lavoro in gruppo si rivelò tanto utile che rapidamente si diffuse e venne applicata a tutto l'Ospedale inteso per la prima volta come Comunità Terapeutica e portò alla nascita dell'Institute of Group Analysis per la formazione degli Psicoterapeuti di Gruppo" ¹.

Negli anni '60 la Gruppo Analisi si diffuse anche in Italia attraverso il lavoro svolto da Diego e Fabrizio Napolitani e da Alice Ricciardi von Platen riconfermandosi non solo come strumento terapeutico ma anche di formazione.

Mi sembra di poter qui brevemente sottolineare la specificità di percorso del pensiero Gruppo Analitico che nasce da esperienze terapeutiche di Emergenza e realizza "un concetto unificatore di molteplicità dei modelli, degli scopi, degli individui, degli universi affettivi". ²

Questa specificità è particolarmente evidente se confrontata con il diverso metodo di lavoro della Psicoterapia di Gruppo della Scuola Statunitense ove centrale è la figura del Conduttore.

Leonardo Ancona, negli stessi anni, dopo gli insegnamenti del maestro A. Gemelli per la psicologia, lavorando con lui, essendo poi divenuto direttore della Cattedra di Psichiatria e Psicologia presso l'Università Cattolica, svolge un decisivo e progressivo lavoro per il cambiamento del giudizio della Chiesa Cattolica nei confronti della Psicoanalisi in generale. In particolare dopo gli insegnamenti di I. Matte Blanco, di M. Foulkes e di F. Napoletani, nel suo lavoro presso il Policlinico Gemelli di Roma conduce il metodo di lavoro Gruppo-Analitico ad un dialogo di reciproco rispetto con la Scuola che dirige. Tutto questo permette, nel 2006, a Leonardo Ancona la pubblicazione della sua ultima opera riferita in particolare al rapporto con la Chiesa Cattolica ³.

Negli ultimi decenni la Gruppo Analisi, in particolare dell'A.I.G.A., realizza un dialogo scientifico e culturale con la Psicologia Clinica Junghiana sui temi collegati al Mito e agli aspetti Antropologici dell'Individuo e, in particolare in base al vivace impulso di Alice Ricciardi von Platen in collaborazione con Leonardo Ancona, crea lo spazio di lavoro del Grande Gruppo Analitico.

È un lavoro dove l'individuo si trova collegato ad una realtà dinamica di presenze e relazioni nel gruppo che si riverberano con le sue presenze costitutive interne, creando la Rete Gruppale. È un processo dinamico profondamente affascinante e paradossalmente tanto più coinvolgente ed efficace quanto più il Gruppo è grande.

Sembrerebbe che l'individuo aumenti la sua capacità di risuonare tra il suo interno e l'esterno diminuendo le difese tendenti al silenzio tanto più quanto si esponga alla Diversità degli altri

Lo Psicoanalista di Gruppo che classicamente è il primo paziente in ogni gruppo, ha principalmente il compito della conservazione del

Setting, cioè di quello Spazio fisico e psico/affettivo che si esprime attraverso il rispetto delle Regole. Essendo lui stesso paziente, il gruppo ottiene risultati migliori quanto più egli riesce a dialogare analiticamente, in un rapporto critico e costruttivo, con se stesso.

Il lavoro Gruppo Analitico si svolge in base alle regole e agli strumenti classici della Psicoanalisi tradizionale ed è finalizzato, nella Psicoanalisi di Gruppo, da una parte alla ricostruzione dell'individuo, dall'altra al cambiamento, quasi una nascita.

La vita psicoemotiva dell'individuo viene osservata e si cerca di ricostruirla come se l'osservazione ed il pensiero fossero su tre assi ortogonali (asse della storia sociofamiliare nel nucleo di origine; asse della vita socioaffettiva attuale; asse della vita nel gruppo).

In questo modo si cerca di far emergere un'immagine definita e dinamica, quasi un globo che sappia muoversi più agilmente che in passato, dialogando nelle relazioni esistenti e future.

È come una nascita in un processo terapeutico e forse ancor più in quello formativo e richiede anch'essa quel tempo variabile che fa riferimento alle capacità individuali e del Gruppo.

Renato de Polo (Presidente Confederazione Organizzazioni Italiane Ricerca Analitica Gruppi) riferendosi criticamente agli studi di Freud degli anni '20, attraverso gli studi di Fornari, individua elementi di accomunamento tra gli esseri umani sulla base della presenza nell'inconscio di categorie affettive universali. La "bussola psicoanalitica" risulta quindi ancora valida nell'orientare nei territori della mente, dei gruppi e della società. ⁴ ■

L'Africa nella cultura Europea - L'Europa nella cultura Africana

Tra questi due mondi esiste sicuramente una profonda diversità nei livelli di conoscenza, nella velocità di comunicazione, nelle forme di aggregazione. A questo va ag-

giunto l'elemento della grandezza della popolazione per l'Europa e dei Territori per l'Africa.

Come dice Moni Ovadia ⁵, riferendosi al presente di un Dio stanco, forse era stanco anche quando, nel nascere della Scienza, non favorì maggiormente i trasporti o comunque la comunicazione in un territorio tanto grande come l'Africa e la conservazione delle tradizioni, comprese ed usate nelle relazioni e nella vita quotidiana in un territorio tanto più piccolo ed affollato come l'Europa.

Per quanto riguarda l'Africa rimane sicuro il fatto che "è povero chi non ha amici non chi ha pochi soldi".

In Europa invece la povertà economica ha riferimenti puramente statistici legati a variabili che si aggiornano quasi ogni anno. La povertà morale, spirituale, affettiva dell'amicizia è nell'ambito del pensiero e del giudizio della Religione e della società a cui compete provvedere. Questo per sottolineare solamente come esista un pensiero omogeneo in un territorio senza facilità di scambio e di incontro per quanto riguarda l'Africa ed il bisogno di una nuova Scienza, la Statistica, per rendere omogeneo il pensiero cosiddetto occidentale.

Ben conosciuto è il profondo elemento del mistero, della ricchezza energetica, non solo della natura ma anche dell'uomo che stimola paure e fantasie dell'Europeo nei confronti degli abitanti del Continente Nero.

Da parte di questi ultimi, invece, è forte il desiderio del Benessere, la sicurezza contro la malattia e la crescita della Conoscenza che sono gli elementi sani e costruttivi della ricerca di cambiamento da parte dell'Africano pur non avendo strutture specifiche rispetto a quelle esistenti in occidente.

Anzi, talvolta in modo naturale si creano forti desideri ed invidie nel confronto e nel conflitto tra un passato povero ma con elementi di sicurezza ed un presente ancor più povero e anche fragile, le cui immagini sono continuamente confrontabili con quelle di un lusso più diffuso ma comunque circoscritto. È



un lusso accessibile solo a chi accetta le regole, la cultura per poter realizzare una qualsivoglia forma di interscambio.

Il "Vu Cumpra'", migrante tra mondi talvolta polari, sembra simboleggiare proprio questa profonda contraddizione tra ricerca del Benessere Sociale e desiderio di Conservazione di Identità. ■

La cooperazione Internazionale e la cultura in cambiamento

Molte Associazioni ed Organizzazioni di Volontariato, di varia Cultura e struttura organizzativa, sono nate negli ultimi decenni costituendosi come entità sicuramente private e spontanee nello spazio tra questi mondi e gli apparati degli Stati Occidentali.

Sono costituite da gruppi di persone, in genere non molto numerosi, che attraverso la conoscenza diretta e la pratica del lavoro, finalizzano l'intervento a progetti concreti ed agilmente realizzabili.

In questo senso si differenziano chiaramente dalle Organizzazioni Statali sia nella loro costituzione che nel pensiero che le sottende.

Sono di cultura religiosa e laica, di Stati diversi, ma credo si possa identificare una caratteristica comune nel fatto che cercano sicurezza di buon utilizzo dei finanziamenti economici e rapidità di intervento che renda efficace la risposta ai bisogni direttamente individuati.

In alcuni casi queste Organizzazioni private si trasformano, o addirittura nascono, come sistemi di confronto di metodi di intervento diversi inserendosi nell'affascinante dialogo di pensiero con altre Organizzazioni Internazionali.

È il mondo della Cooperazione Internazionale che in base al suo Pensiero Culturale si qualifica sia nel dialogo al suo interno, sia con i vari Stati e nella concretezza dei risultati dei progetti interagisce e dialoga con le popolazioni per cui lavora. ■

Il mio incontro

Adistanza di circa sei mesi uno dall'altro, due periodi di un mese ciascuno, trascorsi in Kenia e

varie occasioni di dialogo con dirigenti italiani di "Amani Onlus" hanno permesso due occasioni di attività, oggettività di persone ed eventi per realizzare una prima riflessione da parte mia su emozioni e desideri condivisi.

Si sono create amicizie intese come l'essere insieme, non sapere né il dove, né il come, né il quando, ma sicuri della presenza solide dell'altro.

Senza obblighi ma con percorsi condivisibili di incontro programmato.

L'idea era nata dalla conoscenza in Italia di Fr. Kizito, da più di venticinque anni Missionario prima in Tanzania e poi in Kenia. Il dialogo era stato subito buono e costruttivo permettendo rapidamente di condividere il tempo e la disponibilità ad un supporto logistico per questi due viaggi.

Nel corso dei due mesi intensi di conoscenza diretta sul campo è nata la possibilità di accedere alle Strutture create e coordinate da Fr. Kizito a Nairobi in Kenia.

È iniziata gradualmente una conoscenza e condivisione di emozioni ed affettività diverse verso gli Assistiti nei Centri di Casa Kibera, di Tone La Maji ed in piccola parte di Kivuli.

Il rapporto ed il dialogo costruttivo con tutti, a vari livelli, si è sicuramente basato e consolidato proprio sul conoscerci diversi ma con strutture personali comuni in particolare per quanto riguarda il rapporto con gli altri. Gli Ospiti, Assistiti, oltre a desiderare subito la memorizzazione del proprio nome, molto spesso, anche se un po' delusi nel loro desiderio di **individuazione e soggettività** fornivano assistenza al mio piccolo ma faticoso cammino tra le drammatiche povertà presenti.

Abbiamo mangiato insieme una "polenta bianca" distribuita da un bambino di otto anni in piatti lavati da un altro di sei. I piatti erano poggiati per terra ma non nel senso della terra, che un po' assorbe ciò che vi cade, ma su un pavimento di cemento assolutamente impermeabile con croste di alimenti purtroppo perduti.

Non ho scelto di esserlo ma sono

stato "servito" con la comune attenzione per l'Ospite e la sacralità da loro desiderata e dovuta per il Vecchio.

Ho scoperto questo nel dialogo successivo stimolato dalla curiosità e dal rispetto reciproco in base a tutti i miei 57 anni.

C'è stato quindi subito, continuamente, un desiderio non verbalizzato ma dichiarato nei fatti di **fare gruppo**, conoscere emozioni, pensieri, condividere la storia e le storie dei rispettivi Paesi.

La prima manifestazione verbale in tal senso è stata quella nata dalla curiosità dei bambini e di fronte allo stimolo che ricevevano da vari disegni di monumenti dell'antica Roma, bianco sul nero in una maglietta nera di cotone che indossavo. Hanno scelto il disegno della Lupa Capitolina che allatta Romolo e Remo ed hanno chiesto pian piano sempre maggiori notizie ed anche elementi di conoscenza di questa remota affettività.

È difficile descrivere i dettagli di questa prima esperienza psicoaffettiva e le dinamiche, ma un punto, centrale è stata la domanda di uno dei Bambini di Strada. Il bambino, di circa otto anni, come gli altri ospite per una parte della giornata a Casa Kibera, voleva sapere come fosse stato possibile che Romolo e Remo oltre ad essere alimentati avessero potuto imparare a camminare da un animale che cammina a quattro zampe.

Preciso soltanto che questo bambino, fuggito da casa da circa due anni, ha imparato a vivere da solo nella strada o peggio ancora, insieme ad altri bambini approssimativamente della sua età, camminando tra colle da annusare, alcool, droghe, enormi montagne di rifiuti-alimenti e violenze di vario tipo.

Raccontando la **favola dei Fondatori di Roma**, città dove ho compiuto tutti i miei studi, ho immediatamente sentito grande orgoglio e poi proposto e condiviso i preparativi per fondare un "Gruppo delle Favole" che ho chiesto di continuare anche nel Centro di Tone La Maji. In questo secondo centro decisamente sapevano già tutto di ciò che

era stato appena attivato e le Favole hanno iniziato a raccontarle loro, subito portando fantasie su animali, esseri, uomini negativi o affascinanti... Niente di magico, alcuni bambini dal Centro di prima accoglienza di Kibera si erano trasferiti al Centro Residenziale di Toni La Maji !

Scusate ma di nuovo ho avuto un forte afflusso di orgoglio: ero entrato per la prima volta nel notiziario radio interno, tra Amici Terra Africa.

Ben chiare, tra le righe delle favole raccontate, c'erano le loro esperienze, le loro "storie di vita" (ricordo P. P. Pasolini).

Decidemmo con Fr. Kizito, gli operatori, alcuni direttamente presenti, altri esterni ma comunque attenti e partecipi, che gli incontri sarebbero ripresi al mio ritorno in Kenia nei mesi di vacanza estiva per il mio lavoro in Italia.

Il tempo che sapevamo lungo sicuramente non ha influito sui rapporti di amicizia che, come già detto, sono ricchezza per chi può averli. La conferma della decisione di concentrare l'esperienza a Toni La Maji, vivendo stabilmente all'interno della struttura, ha portato alla decisione di realizzare tre momenti diversi di attività' Gruppale.

Sottolineo qui che stiamo parlando di un progetto di attività' Gruppale che non ha niente a che vedere con la Gruppo Analisi ma, nel mio caso, è stata facilitata nel nascere e nel viverla dalla mia formazione ed esperienza Gruppo Analitica.

I gruppi sono nati in assoluta libertà e spontaneità senza proporre nessun obiettivo se non quello del conoscersi, sempre più profondamente, dialogando.

A - Un incontro con tutti gli Operatori (oltre a due Educatori di cui uno Coordinatore, anche la cuoca, il giardiniere e volontari che contemporaneamente studiano in scuole locali nel campo specifico) che si svolgeva la mattina a giorni alterni. Il Gruppo ha avuto risultati limitati anche per obiettivi impegni preesistenti di studio di alcuni, assenze del Coordinatore per motivi orga-

nizzativi, e per transitori problemi di salute del sottoscritto con conseguente trasferimento nella foresteria annessa alla Sede di Shalom House.

Per questi motivi la condivisione delle riflessioni successive è stata molto parziale.

Sono emersi comunque temi vivaci, attuali, riguardo al cosa fare nell'assistenza e nella progettualità : tema della enuresi notturna e dell'avvicinarsi della separazione per alcuni ragazzi al compimento dei 18 anni.

La discussione ha fatto emergere un aspetto culturale estremamente interessante riguardo a F. che tornando a casa dovrà occuparsi della madre ma sarà costretto a dormire nel magazzino della casa, sicuramente già di per se povera. Infatti secondo le regole della tribù di provenienza della famiglia, essendo uomo maggiorenni non può dormire nelle stesse mura dove si trova la madre. Non posso fare a meno di pensare che in fondo è meglio rimanere piccoli ancora più piccoli sopportando anche la enuresi notturna.

B - Due incontri di Gruppo, uno con i bambini fino a 12 anni ed uno con i ragazzi più grandi che si alternavano in giorni diversi, nello stesso orario prima di cena, al ritorno da scuola. È stato proposto di lavorare non più raccontando le favole, le emozioni del momento, ma storie della loro vita, il loro essere, dove e come.

Come già detto anche in questo lavoro il tempo è stato limitato più di quanto programmato ma è comunque emerso il tema drammatico della violenza. Violenza del padre, della madre, al di là di qualsiasi comprensione ed ipotesi di giustificazione che venisse loro fornita.

È possibile che questi futuri Bambini di Strada già in casa vivessero la solitudine, il vuoto progettuale ed affettivo che li ha portati a cercare, secondo quanto hanno detto, i soldi, la libertà ma forse, affettivamente anche per loro, la ricchezza di un'amicizia?

Il rammarico più grande è sempre la perdita del fratello se rimasto a casa con i genitori o altri familiari e spes-

so la gioia è di potersi comunque ritrovare, magari anche nella strada, dove condividere innanzi tutto gli amici.

C - Ultima e molto breve è un' esperienza di incontro di Gruppo con studenti Italiani in Kenia presso le strutture di assistenza e riabilitazione di AMANI per una esperienza formativa coordinata dal Prof. Universitario A.G. che la chiede come parte del programma. Sono stati organizzati due incontri con la partecipazione dell'Educatore-Coordinatore G. e del Giardiniere M. di Tone la Maji. Gli altri operatori non hanno potuto partecipare.

Nasce come attività di Gruppo informativo-esperienziale ma comunque anche in questa occasione emerge subito da M. (il giardiniere) un tema universale ma probabilmente centrale nella cultura Africana. È il tema del tempo, dei problemi e delle soluzioni.

Posso solo domandarmi se M. non stia cercando di sottolineare la diversità' tra il suo mondo, dove il tempo è vissuto come enorme, anche troppo, e quello dei giovani Occidentali per cui il tempo è quello che li fa passare anche da lì, vicini affettivamente ma con il pensiero lontano e veloce.

Tempo comunque vissuto come qualcosa da usare, sfruttare, di cui si cerca anche di regolare la velocità.

È proprio in questo Gruppo Interetnico ed Interculturale che ho vissuto e pensato all'immagine della Sfera, collegandola al pensiero del Trans-personale di L. Ancona che vi individua gli elementi base del lavoro Gruppo Analitico nel dialogo tra le diversità

La Sfera è infatti una immagine che può essere per il gioco partecipato ma, all'opposto, anche per colpire e ferire come ho sentito accadere anche nei racconti di esperienze dolorose che talvolta possono essere usati come pietre e non come spazio da condividere.

La Sfera può venire incontro, colpire, chiudere al suo interno ma anche, standoci dentro, aiutare a muoversi essendo anche protetti.



La protezione del Gruppo può sicuramente favorire la trasformazione dal contro all'insieme nel rispetto del Trans-personale di ciascuno.

Non è esattamente l'utero che protegge ma anche una "pelle" per svolgere una funzione di interscambio. La componente interetnica in un lavoro basato sulla Teoria Gruppo Analitica credo porti e faccia emergere energie direi di una quarta dimensione spaziale: una dimensione etico-morale che pur non dovendo-

si necessariamente legare alla Religione può aprire il lavoro di gruppo ai misteri dell'Individuo, della Storia, dell'Avvenire.

Certamente la Sfera che è tridimensionale non può pretendere di essere una Sfera di Cristallo, con una quarta dimensione, che permetta di conoscere il futuro. In fondo è solo Psicoanalisi e ciascuno ha naturalmente diritto di esserci o non esserci. ■

■ Bibliografia

1. R.Fiumara - introd. a "La Psicoterapia Gruppoanalitica" di S.H. Foulkes Ed. Astrolabio.
2. G.Lo Verso - presentaz. di "Individualità e Gruppalità" di Diego Napoletani Ed. Boringhieri.
3. L. Ancona - "Il Debito della Chiesa alla Psicoanalisi" - Ed. Franco Angeli.
4. R. de Polo - "La Bussola Psicoanalitica tra individuo, gruppo e società" Ed. Franco Angeli.
5. Moni Ovaia - "Speriamo che tenga" Ed. Picc. Bibl. Oscar Mondadori. ■

Buone Feste !

**Il Presidente, il Consiglio Provinciale
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri di Arezzo,**

**il Direttore Responsabile della Rivista
ed il Comitato di Redazione,
formulano alle Lettrici, ai Lettori
ed alle loro famiglie
i più fervidi voti augurali di buone,
serene e prospere Festività.**

L A QUALITÀ DEL MEDICO IN MEDICINA GENERALE

Riflessioni a partire dal racconto di un collega

Stefano Beccastrini

Medico e pedagogista, Coordinatore didattico Scuola Internazionale
Ambiente Salute e Sviluppo Sostenibile (SIASS)

Questo testo, che sto scrivendo per la rubrica “Filosofia e medicina” che tengo periodicamente su “Il Cesalpino”, sarà più breve del solito. Si limiterà a raccontare una storia – nulla di speciale, una vicenda di quotidiana pratica di medicina generale, se e quando la medicina generale sia praticata in maniera umana, profonda, neoippocratica – eppoi, su di essa, rivolgerà ai lettori, ma prima ancora a me stesso, alcune – spero inquietanti - domande relative alla qualità dell’operato medico e alla sua valutazione.

Recentemente un intelligente collega e carissimo amico (una persona seria e brava, primo requisito per essere un medico serio e bravo) mi ha narrato una sua diretta, e abbastanza commovente, esperienza professionale (non so se tale aggettivo sia il più idoneo a classificarla: a mio avviso sì, ma chissà se tutti i medici che leggono questa mia rubrica sarebbero d’accordo, possedendo magari tutt’altra idea della professionalità).

Prima di riferirla, trattandosi di situazione piuttosto delicata, vorrei precisare che il collega e amico, brava e seria persona nonché bravo e serio medico, si occupa da molti anni di medicina generale, esercitando in un paese molto lontano dalla Toscana (ma non è detto che, anche in Toscana, casi simili non abbiano luogo).

Ciò detto, veniamo alla vicenda, che cercherò di narrare ai lettori de “Il Cesalpino” con la dovuta sinteticità ma anche, per aiutarli a comprenderla, con l’altrettanto necessaria precisione e l’opportuno approfondimento di situazioni e particolari.

Un giorno, il nostro medico di medicina generale (vogliamo chiamarlo Don, quasi fosse un prete?) stava seduto nel suo ambulatorio, avendo fuori dalla porta di esso una lunga fila di pazienti d’una certa età (ormai i principali frequentatori degli ambulatori medici di paese) e portatori di acciacchi vari (è una scena che i colleghi che fanno i medici di medicina generale nei paesi di campagna, ma forse anche in quelli di città, conoscono bene, immagino). Squilla il telefono, è una paziente che deve riferirgli alcune cose e lo informa, per così dire en passant, che il proprio padre, un uomo ormai anziano che vive da solo, ha avuto la sera prima un acceso diverbio col figlio, che lo ha rimproverato per il suo continuare ad andare ogni tanto a caccia, nonostante l’età, e gli ha portato via il fucile. Il vecchio se l’è presa molto, forse non tanto per la cosa in sé (pur amando la caccia ed essendo affezionato al suo, anch’esso vecchio, fucile) quanto perché si è sentito umiliato, considerato ormai incapace di gestire la propria vita, ridotto a dover ubbidire al figlio come fosse il suo bambino invece che suo padre. Il litigio era stato assai aspro ma il figlio era andato avanti per la sua strada, aveva portato via il fucile, aveva lasciato il padre irato e depresso.

Il medico finì le molte visite ambulatoriali (gli ci vollero varie ore) e alla fine era stanco, affamato desideroso di andarsene a casa. Uscì per prendere l’auto, parcheggiata davanti all’ambulatorio, la mise in moto e si avviò verso la propria abitazione, distante alcuni chilometri. Guidando, gli tornò in mente (anzi,

FILOSOFIA DELLA MEDICINA



in realtà aveva continuato a rimuginargli nella mente per tutta la durata delle visite) la storia del vecchio che aveva litigato col figlio: come si stava sentendo in quel momento? Aveva superato la fase dell'ira e della depressione? Cosa stava pensando, solo, nella propria casa di vecchio recentemente umiliato?

Il medico girò l'auto e, nonostante la stanchezza e la fame, prese, anziché la direzione di casa propria, quella della casa del vecchio. Lo trovò confuso, gli parve che avesse anche un po' alzato il gomito ma soprattutto sembrava imbarazzato, come se stesse nascondendo qualcosa, mentre tratteneva il medico sull'uscio di casa. Alfine lo fece entrare: dalle travi del soffitto della rustica cucina pendeva una corda con un cappio e il vecchio confessò al dottore che stava per impiccarsi, quand'egli era giunto. Il buon Don s'intrattenne col vecchio, lo convinse che un fucile perduto non vale la perdita della vita, gli promise che avrebbe fatto in modo che quel fucile, o un altro, tornasse in suo possesso, ma soprattutto rincuorò il mancato suicida (probabilmente dandogli qualche ragione e qualche torto, così come al figlio con cui si ripromise di parlare, persino per rimproverarlo. Non è forse un "medico di famiglia"? E dunque alla famiglia, e non soltanto ai singoli pazienti, è legittimato a rivolgersi!).

Fine della storia (non ne conosco, almeno finché non riparlerò con il mio amico Don, ulteriori sviluppi: per ora, so solamente che un'anziana persona, un essere umano, non s'è ammazzata). La prenda il lettore come vuole, da parte mia gli assicuro che è assolutamente vera.

Ma veniamo alle domande, abbastanza inquietanti come ho già detto, che ha suscitato in me, e io vor-

rei suscitare nei lettori, tale vicenda d'ordinaria infelicità umana e d'ordinaria eroicità d'un medico.

Prima domanda: il comportamento del medico, in questo non usuale caso, può essere considerato indice della qualità con cui egli esercita la medicina? Me lo sono chiesto e, dopo averci pensato un poco, ho risposto, convintamente, affermativamente. Il medico deve salvare vite umane quando e come può, non necessariamente prescrivendo farmaci o applicando protocolli terapeutici. Avere la sensibilità, l'umanità, l'intelligenza razionale ed emotiva di recarsi, invece che a casa sua ove lo attendevano cibo e riposo, a casa del vecchio, ove lo attendeva (lui non sapendolo prima ma forse presentendolo in quell'inconscio medico che dovrebbe essere altrettanto attento - mi pare si chiami empatia - ai problemi del prossimo quanto l'intelletto cosciente) un suicidio da evitare, era praticare la medicina nella più alta e assieme semplice sua universale applicazione, quella derivante dal dettato ippocratico.

Seconda domanda: come rilevare una simile (anzi, consimile) qualità esplicate senza clamori nell'esercizio quotidiano della professione medica? E' chiaro che, se non altro per evitare pettegolezzi sul paziente e la sua famiglia, il buon Don non andrà in giro a raccontare il suo gesto (salvo narrarlo a me, sapendomi appassionato di questo genere di storie e non sapendo, invece, che ne avrei parlato su "Il Cesalpino"). E dunque, come registrarla, se i medici stessi - per vari motivi, compresa l'umiltà - non vanno a raccontare in giro le loro imprese fondate non sui farmaci ma sull'empatia, non sull'accurata diagnosi (seppur, in tal caso, ci sia stata: una prediagnosi,

straordinariamente intuitiva, di pericolo di vita da crisi depressiva) ma sulla propria umanità (che è il prerequisite fondamentale della propria bravura professionale)?

Terza domanda: siamo proprio sicuri che, nel caso ne venissero - chissà come - a conoscenza e - chissà come - la registrassero/analizzassero/valutassero, quanti sono chiamati (l'ASL, per esempio, o l'Ordine) a esprimere giudizi di qualità sui comportamenti dei medici di medicina generale (così come, mutatis mutandis, di tutti gli altri), sarebbero interessati a prendere in considerazione un simile gesto, a ritenerlo esemplare, a enfatizzarlo come da ammirare, imitare, trarne orientamenti professionali (ovverosia, non solamente tecnici ma anche etici, secondo una concezione della professione fatta, giustappunto, di arte e di anima, di capacità e di sensibilità, di tecnica e di morale)? Siamo proprio sicuri che sia questo il tipo di medici di medicina generale la cui crescita e diffusione vanno augurandosi quanti ne controllano il lavoro? O piuttosto ci si chiederebbe da parte loro, dovendo valutare la qualità d'un simile comportamento professionale, se ha fatto risparmiare l'azienda, se ha inciso sul consumo farmaceutico (beh, se il vecchio si fosse impiccato, forse avrebbe consumato meno farmaci), se ha rispettato norme, regole, protocolli, indicazioni ECM, eccetera eccetera? Chissà...

Al mio amico Don basta, per sapere che si è comportato come ippocrate desiderava, continuare a incontrare talora per strada, vivo e vegeto seppur acciaccato per l'età, nonché gioviale per la speranza di riavere prima o poi un fucile, il vecchio cui ha salvato la vita. ■

IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER I MALATI CON ARTRITE REUMATOIDE

Luciano Sabadini

Resp. Sezione Dipartimentale di Reumatologia, Dipartimento di Medicina Interna, Dir. Dino Vanni; AzUSL8 Arezzo

Per corrispondenza:
Dott. Luciano Sabadini
Via P. Nenni, 20 - 52100 Arezzo
Tel. 0575 255418

■ Riassunto

L'autore presenta un modello di percorso assistenziale per i malati con artrite reumatoide. Viene confrontata la potenzialità di cura attuale, con la reale possibilità di praticarla. Vengono considerati i limiti del sistema vigente per possibili innovazioni, peraltro già proposte in prospettiva nel Piano Sanitario Regionale. Si conclude con la necessità di attivare comunque subito azioni efficaci con le risorse disponibili, sia per rispondere a un bisogno indifferibile, sia per innovazioni metodologiche utili alla ricerca.

■ Parole chiave

Percorso assistenziale
Artrite reumatoide
Opportunità di cura
Farmaci biologici
Piano Sanitario Regionale
Sezione di Reumatologia

Che cosa è l'ARTRITE REUMATOIDE

L'artrite reumatoide (AR) è una malattia reumatica infiammatoria cronica ¹.

Possiamo chiamare genericamente reumatismi molte malattie che colpiscono l'apparato locomotore. L'articolazione, necessaria al movimento, è costituita da due estremità ossee ricoperte da cartilagine, essa è avvolta dalla membrana sinoviale. Nell'AR la membrana sinoviale è infiammata e iperplastica con infiltrati linfocitari pseudogerminativi; l'esuberante produzione di liquido sinoviale alterato gonfia l'articolazione.

L'infiammazione è la caratteristica principale dell'artrite, che

diviene una malattia cronica proprio per il persistere del processo infiammatorio ed evolve verso **la distruzione articolare**. Riduce inoltre le attese di vita ².

La malattia si caratterizza per la presenza di dolore cronico, soprattutto di notte, e di rigidità al mattino. Nel tempo la malattia, non controllata, determina un danno con perdita definitiva della funzione; in questo caso il recupero può essere solo chirurgico.

I casi di artrite reumatoide nella provincia di Arezzo

Totale dei malati attesi (secondo una prevalenza di malattia del 0,5%) > 1600

Moltiplicando tale numero per i costi diretti e indiretti in 1 anno per pazienti non gravi:



Più i costi sociali dell'handicap

Costi indiretti = € 16.240.000

Costi diretti = € 5.600.000

Totale = € 21.840.000

1600 Pazienti x almeno

3 visite l'anno =

4.800 visite ambulatoriali

*I costi di malattia per Arezzo e provincia.
I costi diretti sono a carico della USL.*

Non si conosce **la causa della malattia**. L'infiammazione è un meccanismo di difesa del nostro organismo, ma nell'AR ne viene perso il controllo, per vari motivi concomitanti non ancora ben definiti, fra cui meccanismi autoimmunitari.

PERCORSI ASSISTENZIALI



La prevalenza dell'artrite reumatoide nella popolazione generale è di circa lo 0,5% (su 100.000 ab. sono stimabili 500 casi)^{3,4}, l'incidenza annua è di circa lo 0,2/1000 (su 100.000 ab. circa 20 nuovi malati)⁵. La malattia colpisce di più le donne giovani-adulte, ma può insorgere anche negli uomini e, più raramente, nei bambini. Sono talvolta presenti anche altre manifestazioni come debolezza, febbre, noduli cutanei, generalmente ai gomiti. Raramente l'artrite colpisce anche gli occhi, il cuore, i polmoni e i nervi. Una secchezza oculare o anche buccale compare invece con una certa frequenza (20%).

L'artrite reumatoide in cifre: circa 27 milioni di lire all'anno (13.650 Euro) per un Paziente con AR è il costo sociale indicato da uno studio effettuato nel "2000" dal CeRGAS Boccioni con SIR e CRO. Si arriva a quasi 45 milioni di lire (23.243 Euro) per i malati più gravi. Nel nostro Paese sono stimati circa 400.000 casi di AR, per una spesa totale di oltre 10.000 miliardi all'anno (oltre 5.000 milioni di Euro).

Esistono forme più o meno gravi di malattia. Viene definita **aggressiva** la forma con maggiore tendenza alle complicazioni, locali (articolari) e generali (sistemiche).

La diagnosi precoce non è sempre facile, perché all'esordio i sintomi possono somigliare a quelli di altre malattie; per questo sono utili alcuni esami complementari, principalmente quello del sangue, e tecniche di immagine (radiografie, ecografie, RMN).

L'evoluzione naturale dell'AR può comportare un'amplificazione dell'impegno articolare con distruzione della cartilagine, dell'osso e dei tendini, attraverso ripetute fasi acute di malattia, a cui conseguono gravissimi livelli di invalidità e pesante dolore cronico, con stati depressivi. Il risultato atteso dalla terapia è la **remissione della malattia**, ma non appena vengono sospesi i farmaci, la malattia riprende più o meno velocemente. Solo in rari casi la remissione può stabilizzarsi. Ne consegue che le cure generalmente devono essere croniche e differenziate.

La cura dell'artrite reumatoide si avvale di vari interventi medici generali e di trattamenti locali, riabilitativi e chirurgici. In questo contesto è di fondamentale importanza l'**informazione del malato**, per la quale devono essere utilizzati tutti i mezzi possibili, ivi compresa l'opportunità dell'**educazione terapeutica**. In Arezzo L'AMRAR (Associazione Malati Reumatici Arezzo) si adopera, fra le varie azioni di volontariato, per mantenere i corsi di educazione terapeutica, che mirano a conquistare la maggiore consapevolezza e autonomia dei malati nella partecipazione attiva alla loro cura. Per questi motivi appare sempre più necessario costruire intorno al malato una **rete di professionalità** che può chiamare in causa varie figure per la riuscita del progetto terapeutico: l'infermiere, il fisioterapista che gestisce l'economia articolare, lo psicologo, l'assistente sociale, ecc. In tal senso anche le associazioni dei malati svolgono un ruolo molto importante.

Gli attori principali sono sempre il malato, il reumatologo e il medico di medicina generale. Nella loro capacità di collaborare si gioca la potenzialità delle terapie per prevenire tutte le complicanze di malattia, misurando i bisogni, calibrando le cure, sorvegliando i rischi di gestione, per **evitare l'evoluzione del danno articolare** che procura sofferenza, invalidità e costi sociali.

Le opportunità di cura sono in continua evoluzione e sicuramente i reumatologi vedono oggi molto aumentata la loro capacità di controllo. Oltre ai classici farmaci antinfiammatori (corticosteroidi e FANS), che ormai rimangono più che altro di supporto, le nuove opportunità vanno dal più razionale impiego dei citostatici, vecchi e nuovi, alla disponibilità dei rivoluzionari "farmaci biologici", da non confondere con il significato salustico della semantica agro-alimentare, ma da inquadrare nei più moderni progressi della bio-ingegneria molecolare⁶. Purtroppo queste cure non sono scevre da rischi secondari e alcune da costi elevati. Tuttavia il loro impiego in un razio-

nale equilibrio offre concretamente la possibilità di trattare ogni caso di artrite reumatoide, comunque grave e, se gestito precocemente, evitando ogni possibile complicanza. Se invece perdiamo l'opportunità di adeguate cure precoci, ci troveremo davanti a quadri avanzati di malattia, dove il danno anatomico articolare subirà una evoluzione bio-meccanica degenerativa secondaria, anch'essa gravemente invalidante e recuperabile, quando possibile, solo con interventi chirurgici. In ogni caso si dovrà continuare a offrire l'assistenza sanitaria necessaria, ma a un livello di salute molto più basso e spesso costoso, con importanti riflessi sociali sul malato, i familiari e le necessità di supporto. Qualunque opportunità di cura però, necessita anche di una organizzazione funzionale per espletare le procedure d'uso e per una scelta equilibrata dei farmaci o quanto altro utile, ma risulta anche necessario un percorso di assistenza che concretizzi i tempi e le azioni nei limiti utili a non far fallire il progetto terapeutico. Per questo il **percorso assistenziale del malato con artrite reumatoide** diventa uno strumento indispensabile per una concreta lotta contro l'artrite, in grado di incidere sul territorio e quindi finalmente rivoluzionare l'epidemiologia dei casi gravi.

Nel **Piano Sanitario della Regione Toscana** (2002-2004) "azioni programmate: 5.3.2.14 le malattie reumatiche", veniva proposto un livello organizzativo mirato ad affrontare il problema dell'artrite reumatoide e delle altre malattie in questione sul territorio. Tale PS è stato confermato in quelli successivi, fino all'attuale vigente e pertanto rimane la base di confronto per ogni proposta organizzativa. Successivamente sono state promulgate dalla apposita Commissione Regionale le "**Linee Guida per la diagnosi e cura delle malattie reumatiche**". Infine sono stati avviati gli **incontri tecnici di Area Vasta** che dovrebbero essere sviluppati per individuare percorsi di assistenza fino all'eccellenza universitaria.

Appare più che mai utile iniziare

sul territorio una organizzazione di base, che dovrà confrontarsi con le proprie capacità di affrontare i problemi gestionali di malattia in chiave moderna ed efficace, con un riferimento ospedaliero di secondo livello a sua volta fortemente collegato al centro universitario. Un simile programma non dovrà mai diventare un rigido sistema, per garantire sempre libertà di scelta a ogni cittadino, ma potrà diventare un sistema funzionale capace di esercitare una attrazione virtuosa.

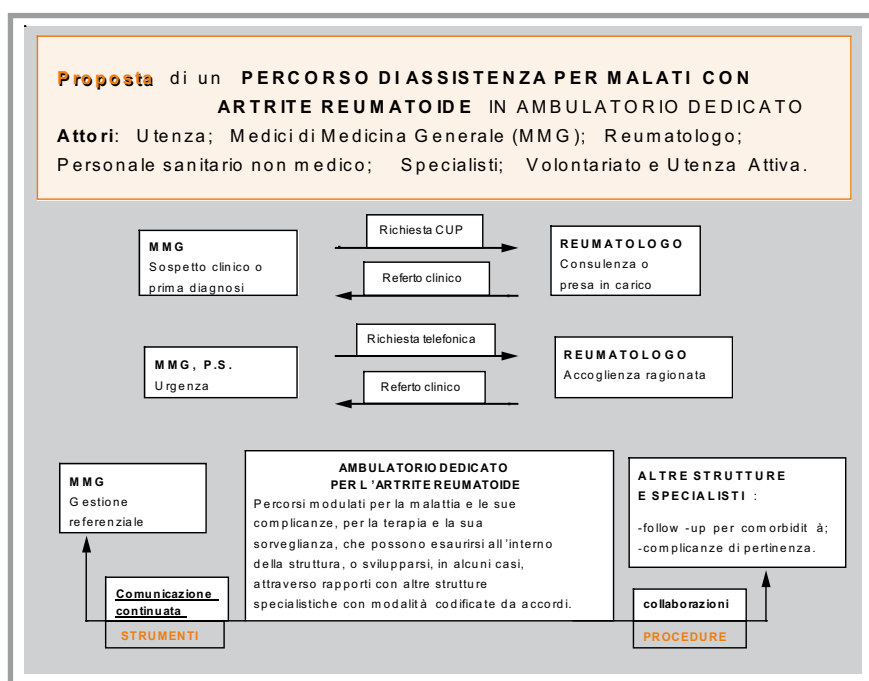
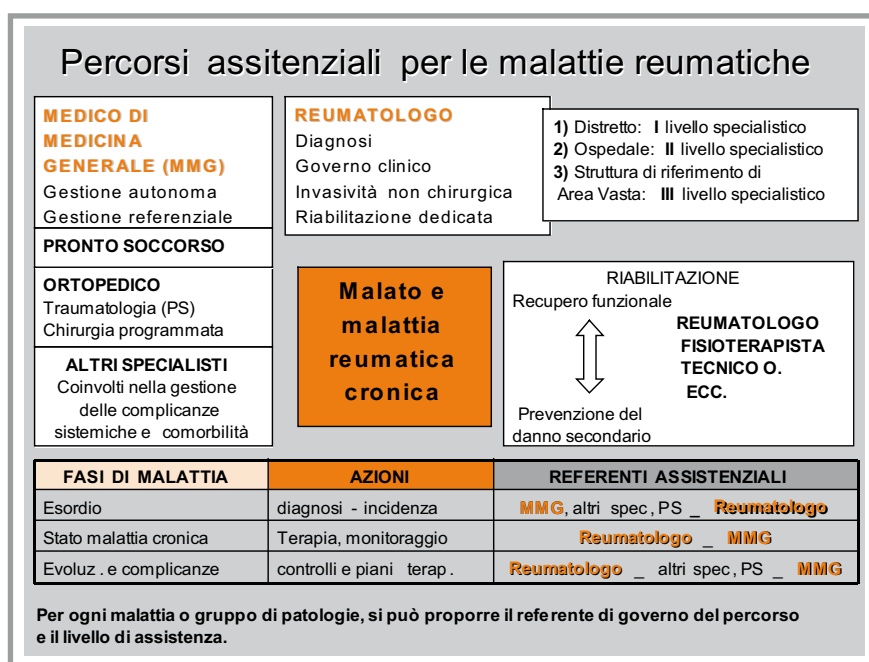
L'ANMAR (Associazione Nazionale dei Malati Reumatici), ha proposto il progetto FARE, pubblicato nel "Sole24ore" di ottobre 2004. Tale progetto è poi stato ripreso nella sua proposizione analitica dell'epidemiologia di base dal progetto ARTE della SIR (Società Italiana di Reumatologia), che ha avuto corso anche ad Arezzo.

I tempi appaiono ormai maturi per iniziare esperienze organizzative concrete sul nostro territorio di Arezzo e provincia e siamo chiamati in causa dalle nostre responsabilità nei confronti dei malati.

Da parte della Sezione di Reumatologia è possibile presentare delle proposte, ma senza l'ascolto degli interlocutori non si potrà andare molto lontano.

Da una parte gli specialisti, in Ospedale e fuori con i medici di medicina di famiglia, da un'altra i malati che diventano consapevoli di quello che possono aspettarsi realisticamente dal Servizio Sanitario e della propria responsabilità, infine gli amministratori che pesano i bisogni per una risposta corretta e conveniente anche sul piano del ritorno sociale in salute e costi dell'handicap.

Molto è il lavoro organizzativo da compiere per lo **sviluppo di una risposta sanitaria efficace**, che non poggia solo su professionalità espresse con l'inventiva quotidiana, dote indispensabile al personale sanitario, ma anche punto di debolezza del sistema. Dobbiamo trovare subito soluzioni di pronto uso da proporre pur con livelli minimi di organizzazione e risorse. Una prima azione è stata costruita dalla Sezio-



ne di Reumatologia di Arezzo in collaborazione con l'Associazione dei malati (ANMAR) con il volontariato presente in Ospedale, di supporto e collegamento anche alle azioni sanitarie, per l'informazione, il sostegno, la distribuzione dei questionari e, sempre sotto le direttive del personale sanitario aziendale, per attività di segreteria. Così siamo in grado di offrire un secondo livello specialistico dotato di percorsi interni per una risposta di migliore qualità. Appare indispensabile creare un colle-

gamento formativo e di condivisione con i medici di medicina generale e questo stesso materiale opera in tal senso. Dobbiamo però proporci l'intento di intercettare il più precocemente possibile i nuovi casi di artrite reumatoide, perché solo la diagnosi precoce consentirà di evitare tutte le complicanze di malattia. Inoltre la gestione del rischio clinico, legato all'uso dei farmaci e alla sorveglianza di malattia, rende indispensabile un'accoglienza specialistica delle necessità cliniche indiffe-



BISOGNA INCENTIVARE LA DIAGNOSI DI ARTRITE REUMATOIDE IN FASE INZIALE

APPARE NECESSARIO FORNIRE UNO STRUMENTO SEMPLICE
AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Emery e coll.

Hanno validato un indice per l'invio al reumatologo in tre punti:

1. **Tumefazione di 3 o più articolazioni;**
2. **Dolorabilità delle articolazioni metacarpo - falangee/metatarso - falangee alla pressione latero-laterale complessiva "squeeze test";**
3. **Rigidità mattutina > 30 minuti.**

ribili in tempi adeguati, purtroppo cosa non sempre possibile tramite CUP.

La Sezione di Reumatologia ha offerto "unilateralmente" la possibilità di accessi tramite interventi telefonici dei medici di famiglia per specifiche esigenze e questa disponibilità sarà mantenuta finché sostenibile. Tuttavia si può proporre, da condividere, un percorso specifico per i casi di verifica diagnostica precoce e di consulenza per la gestione di malattia, con un **accesso**

dedicato tramite CUP.

La letteratura si è prodigata nella proposizione di protocolli clinici per lo screening dei quadri reumatici finalizzato alla diagnosi precoce dell'AR. La proposta di Paul Emery sembra molto interessante per un buon equilibrio fra sensibilità, specificità e praticabilità⁷. Una valutazione del medico di medicina generale, effettuabile autonomamente e rapidamente, potrebbe diventare uno strumento efficace a garantire l'appropriata attivazione del percorso

dedicato alla diagnosi precoce. Indicatori di risultato potrebbero portare successivamente a conferme d'uso di questo strumento come pure al follow-up mirato dei nuovi casi di artrite reumatoide che, data la bassa incidenza annua, dovrebbe essere ben sostenibile fin d'ora, offrendo anche un interessante strumento di ricerca scientifica. ■

■ Bibliografia

1. Harris ED. Jr Rheumatoid arthritis: pathophysiology and implications for therapy. N Eng J Med 1990; 322: 1277-1289.
2. Hochberg MC. Adult and juvenile rheumatoid arthritis: current epidemiologic concepts. Epidemiol Rev 1981; 3:27-44.
3. Cimmino M, Parisi M, Moggiana G, Mela GS, Accardo S. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari study. Ann Rheum Dis 1998; 57:315-18.
4. Ciocci A, Buratti L, Di Franco M, Maureri MT. L'epidemiologia delle malattie reumatiche: confronto fra i dati italiani e quelli stranieri. Reumatismo 1999; 51 Suppl 2:201.
5. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. Rheum Dis Clin North Am 2001; 27:269-81.
6. Articoli vari. Le nuove terapie dell'artrite reumatoide. Reumatismo 2004; 56 Suppl 1.
7. Emery P. Ann Rheum Dis: Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. 2002; 61: 290-7. ■

Norme legislative consultabili nel sito - www.omceoar.it -

1. **Garante** per la protezione dei dati personali: autorizzazione n° 1/2007 al trattamento dei dati sensibili nel rapporto di lavoro
2. **Garante** per la protezione dei dati personali: autorizzazione n° 2/2007 al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
3. **INAIL DIREZIONE GENERALE PRESTAZIONI**
Accordo INAIL e rappresentanze sindacali di categoria sui rapporti normativi ed economici con i medici di famiglia.
4. **Contratto** di formazione specifica dei medici iscritti alle scuole di specializzazione in medicina e chirurgia (G.U. n° 179 del 03/08/2007).

L'OSPEDALIZZAZIONE NEL PAZIENTE CON DEMENTIA: *la prospettiva etica*

Alessandro Tiezzi

Centro Alzheimer - U.O. Neurologia
Azienda USL 8 - Arezzo

a.tiezzi@usl8.toscana.it

Le demenze e la loro forma più frequente, la malattia di Alzheimer, sono le malattie che più di ogni altra caratterizzano l'invecchiamento delle società occidentali e pongono una sfida formidabile alla loro organizzazione sanitaria e sociale. La quasi totalità delle procedure diagnostiche e terapeutiche è organizzata ambulatoriamente e si avvale di ricoveri in Day Hospital per quelle più complesse, tuttavia il paziente con deterioramento mentale, spesso anziano, può andare incontro a malattie intercorrenti per le quali è abitualmente prevista l'ospedalizzazione. Il ricovero in ospedale di un soggetto con deterioramento mentale pone però una serie di problemi che fanno sì che i criteri di ricovero risultino in pratica diversi da quelli per un coetaneo non demente affetto dalla stessa patologia. I motivi di questo diverso comportamento sono da ricercare nel peso che il ricovero arreca alla struttura ed ai familiari, nella difficoltà di rimanere in un ambiente sconosciuto, nell'inefficacia e talora nella pericolosità della degenza ospedaliera in questa particolare fascia di pazienti (Volicer, 2004). ■

I diritti del malato con demenza

Il paziente affetto da demenza è uguale agli altri cittadini per quanto riguarda il diritto alla salute, anzi, proprio per la sua fragilità e difficoltà nel farlo valere, necessita di un accesso privilegiato. Questo punto è chiaramente sancito dalla "Carta dei diritti dei malati di Alzheimer" del 1999 approvata

da Alzheimer Disease International, Alzheimer Europe ed Alzheimer Italia che al 4° paragrafo recita: *diritto del malato ad accedere ad ogni servizio sanitario e/o assistenziale al pari di ogni altro cittadino: questo diritto implica che attenzioni particolari siano rivolte affinché i malati con AD possano realmente accedere a certi servizi da cui la loro mancanza di autonomia tende ad allontanarli*. L'enunciato contrasta la tendenza a considerare i malati con demenza e gli anziani in generale come persone su cui non è giusto allocare risorse che potrebbero essere meglio spese per soggetti più giovani e con maggiore speranza di vita: questa visione, chiamata "ageism", è largamente praticata ma raramente se ne trova una enunciazione esplicita, come, ad esempio, in Shaw (1994).

Il problema dell'allocazione delle risorse in medicina è una delle maggiori questioni bioetiche. Per una discussione più estesa rimandiamo a Kuhse & Singer (2001). In letteratura sono chiaramente documentate disuguaglianze nell'accesso alle cure per i pazienti in base al tipo di assicurazione sanitaria (Intrator & Mor, 2004), alla residenza e all'etnia (Haller & Gessert, 2007). Il registro dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana evidenzia il diverso accesso dei pazienti con demenza a semplici interventi, come quelli per la cataratta (Barchielli et al, 2004) e per la frattura di femore (Roti et al, 2006) e che invece, proprio per il deficit cognitivo, sarebbero quantomai utili nel ritardare la perdita di autonomia. ■

NEUROPSICHIATRIA



La gestione del ricovero

Lo ricovero di un demente crea una serie di problemi comuni all'età avanzata e specifici per il tipo di malattia. L'aumento del disorientamento dovuto ad un ambiente sconosciuto, la difficoltà di adattamento, la facilità con cui si presentano i disturbi del comportamento come allucinazioni e deliri; la difficoltà nel comprendere lo scopo delle manovre terapeutiche spesso invasive come iniezioni, prelievi, cateteri, sondini naso-gastrici; la necessità di rimanere a letto o comunque fermi per la maggior parte del giorno; le interazioni con gli altri degenti, con gli altri familiari e con il personale infermieristico. Tutto questo provoca spesso la necessità di contenimento fisico e di sedazione farmacologica. Si ha un rapido peggioramento del quadro cognitivo e anche dopo la eventuale guarigione della malattia che ha condotto al ricovero e la dimissione non si ritorna, o lo si fa molto lentamente, al livello precedente (Inouye et al, 2006). ■

Scopo del ricovero

Lo ricovero ospedaliero ha lo scopo di approfondire la diagnosi e di fornire terapie che non possono essere agevolmente eseguite a domicilio. L'uso di indagini diagnostiche che prevedono per esempio accessi venosi, come nel caso dei prelievi di sangue o della somministrazione di mezzo di contrasto, può essere percepito dal paziente come una violenza, poiché non ne comprende lo scopo e possono necessitare di mezzi di contenimento o di sedazione per essere effettuati. Talora invece si deve soprassedere all'esecuzione di esami che richiedono collaborazione (risonanza magnetica, potenziali evocati visivi, campo visivo) rendendo la diagnosi non corretta.

La somministrazione della terapia può essere difficoltosa in ambiente ospedaliero, sia quella per os, se il paziente è diventato confuso e sospettoso, ma soprattutto quella parenterale, che oltre all'accesso venoso può richiedere un tempo lungo di immobilizzazione. Se non si vuole di nuovo ricorrere a mezzi

di contenimento occorrerà rinunciare a terapie aggressive ed optare per una terapia orale, che spesso non è di pari efficacia, rendendo però in questo caso del tutto o in parte inutile il ricovero.

Lo scopo del ricovero può essere quello di ridurre le sofferenze del paziente e di migliorarne la qualità della vita o di prolungarla o di ritardare la perdita dell'autonomia. A volte si raggiunge un obiettivo a spese dell'altro, per esempio prolungare la vita a spese dell'autonomia o della qualità della vita. I tre fini non sono di necessità mutuamente esclusivi e occorrerà fare una valutazione preventiva per cercare di armonizzarli. ■

L'ospedale per i dementi

L'ospedale è pensato per pazienti con malattie fisiche, anche molto invalidanti, ma con capacità cognitive e comportamentali buone. In ospedale si sta a letto per la maggior parte del tempo, si sta da soli, non si fa rumore, si dorme la notte, si rispettano le rigide regole di una comunità ristretta. Per alcune categorie di malati che mal si adattano a queste imposizioni sono state create strutture più idonee, come i reparti di pediatria, per esempio, dove i letti sono più piccoli, l'ambiente è più amichevole di quello ospedaliero standard, sono previsti gli spazi per il gioco e soprattutto è prevista la presenza del genitore, con sistemazione idonea. Con caratteri diversi e meno accattivanti, come per esempio le porte chiuse e l'eliminazione di oggetti pericolosi per l'incolumità dei pazienti agitati, sono stati costruiti i reparti per i ricoveri psichiatrici. Gli ospedali attualmente non dispongono di reparti per dementi, che, sul modello di reparti sperimentati nei nuclei Alzheimer di alcune RSA, prevedano che il paziente possa muoversi, possa avere un assistente, e sia contemporaneamente dotato di misure di sicurezza come porte e finestre controllate, che gli consentano una certa libertà d'azione e la possibilità di orari individualizzati. Esiste già un'ampia letteratura sulle specifiche tecniche di comportamento e di comunica-

zione con i dementi ricoverati, così come tecniche per gestire le terapie come, ad esempio, il camuffamento delle apparecchiature (North Carolina Department of Health, s.d.). ■

Utilità e indicazioni

La presenza di deterioramento mentale è il fattore di rischio più importante per lo sviluppo di complicanze internistiche durante il ricovero (Mecocci et al, 2006). La lunghezza della degenza è invece il fattore più importante per lo sviluppo di complicanze cognitive e di delirium (van Zyl & Seitz, 2006). Alcuni lavori dimostrano con chiarezza che i ricoveri per malattie internistiche nei pazienti con demenza non determinano un vantaggio rispetto al trattamento domiciliare o alla permanenza nella casa di riposo (Vollicer, 2004). Dobbiamo però dire che questi ultimi studi presentano il limite di non considerare che il demente ricoverato in ospedale non riceve in genere lo stesso trattamento di un paziente più giovane o di pari età ma non demente. Il motivo va ricercato, come abbiamo discusso sopra, nella difficoltà di effettuare correttamente la diagnosi e la terapia e di dover ricorrere a diagnosi e terapie semplificate e verosimilmente meno efficaci. La compliance con i trattamenti medici è particolarmente bassa in ambiente ospedaliero, soprattutto per il rifiuto o per la scarsa collaborazione. Quando le cure prestate sono equivalenti, come nelle rianimazioni, non vi sono differenze di outcome fra dementi e non dementi di pari età (Pisani et al, 2005).

Di fronte al bisogno di un ricovero ospedaliero in un paziente demente è necessario pertanto una valutazione caso per caso, che non si basi sulla esclusione preventiva a causa del deterioramento mentale, dell'inefficacia delle cure derivata dalla letteratura o sulla sostanziale inutilità dell'intervento trattandosi di malattia terminale. La demenza in fase avanzata ha alcune delle caratteristiche delle malattie terminali, ma abitualmente non l'imminenza della morte che classicamente viene considerata entro le 2 settimane

(Causarano, 2005). Il decidere quindi di astenersi dall'ospedalizzazione perché si è di fronte ad una malattia terminale non è appropriato.

La presenza di un programma anticipato di cure, discusso con il paziente ove possibile, con i familiari e con il medico curante, che specifichi chiaramente il comportamento da tenere nei casi più comunemente prevedibili, come, per esempio, polmoniti e fratture di femore può aiutare ad effettuare il percorso più idoneo e ridurre le ospedalizzazioni inutili (Levy et al, 2005; Caplan et al, 2006).

L'utilità del ricovero è funzione soprattutto dalla possibilità pratica di effettuare una corretta diagnosi e terapia. Di fronte ad un paziente con demenza e insufficienza cardiaca, polmonite, infarto del miocardio, ictus, frattura d'anca o patologia analoga è necessario valutare, caso per caso, il tipo di esami diagnostici e di terapie necessarie e contemporaneamente la possibilità reale di effettuarli, legata alla collaborazione che il paziente offrirà, alla necessità di contenimento, alla disponibilità di strutture alberghiere adeguate (per esempio la camera singola o il letto per l'assistente), alla lunghezza della degenza, e quindi fare il bilancio dei rischi e dei benefici e valutare l'utilità effettiva di quello specifico ricovero.

Spesso, non avendo il coraggio di rifiutare un ricovero su base esplicita, si tende ad ospedalizzare comunque il paziente con demenza riducendo però la diagnostica e la terapia e rendendo di fatto la degenza inefficace e quindi inutile. E' invece auspicabile che il medico curante, insieme al paziente se è in grado di comprendere e comunque tenendo conto delle eventuali direttive anticipate o degli orientamenti espressi in precedenza, al caregiver, ai familiari e al personale sanitario interessato, faccia un programma dettagliato del ricovero ed espliciti chiaramente l'eventuale necessità di contenimento o di sedazione, la

prognosi non solo sulla durata della vita ma anche sulla sofferenza del malato e sull'aumento della disabilità, ovvero il reale rapporto tra rischi e benefici.

La rinuncia al ricovero o la scelta di una terapia meno aggressiva o la rinuncia alla diagnostica (per esempio sedare il paziente per eseguire una TC cranio per escludere un ematoma subdurale cronico dopo una pregressa caduta quando è già stato deciso di non effettuare comunque l'intervento chirurgico eventualmente necessario) o alla terapia sarà possibile e talora anche auspicabile, ma dovrà essere sempre discussa e motivata.

E' auspicabile infine la creazione di un ospedale per dementi, vale a dire di nuclei all'interno degli attuali nosocomi pensati per le peculiari necessità di questi pazienti. ■

■ Bibliografia

- Alzheimer Italia.
Carta dei Diritti del Malato di Alzheimer.
<http://www.alzheimer.it/carta.htm>
- Barchielli A, Gini R, Roti L.
Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani.
Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, (10), Agosto 2004.
<http://www.mad.it/ars/imgarticoli/Delphi%20x%20web.zip>
- Caplan GA, Meller A, Squires B, Chan S, Willett W.
Advance care planning and hospital in the nursing home
Age Ageing. 2006 Nov;35(6):581-5.
- Causarano IR.
Le cure palliative in neurologia.
Neurol Sci (2005) 26:S127-S131
- Haller IV, Gessert CE.
Utilization of medical services at the end of life in older adults with cognitive impairment: focus on outliers.
Journal of palliative medicine, 10(2), 2007, pp.400-407
- Inouye SK, Zhang Y, Han L, Leo-Summers L, Jones R, Marcantonio E.
Recoverable cognitive dysfunction at hospital admission in older persons during acute illness.
J Gen Intern Med. 2006 Dec; 21(12): 1276-81.
- Intrator O, Mor V.
Effect of state medical reimbursement

rates on hospitalizations from nursing homes.

JAGS, 52:393-398, 2004

- Kuhse H & Singer P.
Part VIII. Resource allocation.
A companion to bioethics. Blackwell, Oxford, (2001), pp. 291-325.
- Levy CR, Fish R, Kramer A.
Do not resuscitate and do not hospitalize directives of persons admitted to skilled nursing facilities under the Medicare benefit.
JAGS, 53:2060-2068, 2005
- Mecocci P, von Strauss E, Cherubini A, Ercolani S, Mariani E, Senin U, Winblad B, Fratiglioni L.
Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from the GIFA study.
Dement Geriatr Cogn Disord. 2005;20(4):262-9. Epub 2005 Aug 11
- Mor V, Papandonatos G, Miller S.
End-of-life hospitalization for african american and non-latino white nursing home residents: variation by race and a facility's racial composition.
Journal of palliative medicine, 8(1), 2005, pp.58-68
- North Carolina Department of Health and Human Services: Division of Aging
Acute Hospitalization & Alzheimer's Disease: A Special Kind of Care
<http://www.dhhs.state.nc.us/aging/alzbook.pdf>
- Pisani M, Redlich CA, McNicoll L, Wesley E, Friedkin R, Sharon I.
Short term outcomes in older intensive care unit patients with dementia.
Crit Care Med 2005, 33(6), 1371-1376
- Roti L, Francesconi P, Carnici F, Pasqua A, Gini R.
L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore.
Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, (24), Giugno 2006.
http://www.mad.it/ars/imgarticoli/Ictus%20e%20femore_3.pdf
- Shaw AB.
In defence of ageism.
Journal of Medical Ethics, 20 (1994), pp. 188-91.
- van Zyl LT, Seitz DP.
Delirium concisely: condition is associated with increased morbidity, mortality, and length of hospitalization.
Geriatrics, 2006 Mar;61(3):18-21
- Volicer, L.
Dementias.
In *Palliative care in Neurology*, Voltz, R et al (eds.), Oxford University Press, 2004, page 59-67 ■



MEDICINA E SANITÀ DECLINATE *al femminile*

Silvana Saullo

Coordinatrice Commissione Pari Opportunità
dell'Ordine dei Medici di Arezzo.

Ho partecipato come delegata dell'Ordine al convegno organizzato dalla FNOMCeO a Caserta il 28 settembre 2007; un convegno che ha visto i vari rappresentanti degli ordini provinciali costruire una prima iniziativa rivolta all'universo femminile, per analizzare la attuale posizione delle donne medico iscritte agli albi, la loro attività lavorativa, il rapporto con la carriera, con la maternità con la famiglia.

il futuro della professione medica è donna; basti pensare che le iscrizioni al corso di laurea in medicina per l'anno 2006\07 sono state 28.000 e di queste il 55% al femminile. Ma se il numero è in crescita restano ben poche le rappresentanze femminili a livello apicale e dirigenziale: ci siamo interrogate: è una libera scelta? Ci sono muri, pregiudizi, culture che impediscono di raggiungere tali vertici?



Il numero delle donne medico e' in progressivo aumento e questo è in accordo con la generale crescita della rappresentanza femminile nelle professioni.

Qualche giornale ha ironizzato sulla "marea dei camici rosa" e sulle loro possibili rivendicazioni, ma, di tutto ciò al convegno non si è discusso... La partecipazione è stata alta, oltre 300 le iscrizioni e ciò a conferma che

Sicuramente tutti siamo convinti che la risorsa femminile vada valorizzata, anche alla luce di questa trasformazione di numero, un trend comune in tutta l'Europa.

Non solo quindi una questione di pari opportunità (concetto che ormai può dirsi superato!), ma la donna medico, valore aggiunto come opportunità.

La relazione del vice presidente

FNOMCeO Dr. Maurizio Benato ha presentato i dati aggiornati sulla popolazione medica in Italia, (vedi tabelle) ed ha evidenziato come le donne medico sono una realtà in continua crescita, ma non ancora visibili come soggetti politici e sociali alla guida di organismi di direzione sanitaria, per cui la visione e la progettualità e l'organizzazione delle strutture sanitarie rimane ancora tipicamente maschile.

La proposta di un gruppo di lavoro istituito in sede centrale per monitorare il cambiamento, le criticità, gli orientamenti, la professionalità del mondo medico femminile è il primo passo concreto per seguire le implicazioni future di questa marea di camici rosa.

Questo osservatorio nazionale permanente proposto a termine del convegno a Caserta auspica la collaborazione di tutti gli ordini con la federazione per conseguire i seguenti obiettivi:

- Impegnarsi nello studio di un sistema organizzativo delle realtà sanitarie che supporti il cambiamento.
- Promuovere modifiche legislative e contrattuali che diano il supporto alle donne impegnate nell'attività sia di madre che di medico.
- Favorire la partecipazione del mondo medico femminile nei consigli provinciali dell'Ordine e promuovere al loro interno una presenza femminile progressivamente crescente fino ad ottenere un equilibrio di rappresentanza.
- Garantire ai cittadini un sistema sanitario che permetta l'inserimento delle donne a tutti i livelli dirigenziali e nei diversi ambiti specialistici che integri il valore apportato dalle donne, nel mantenimento della sicurezza e della qualità.

Buon lavoro dunque e dopo tante parole aspettiamo i fatti!
Invito intanto tutte le colleghe ad una maggior presenza e partecipazione. ■

Alcuni dati

	maschi	femmine	totale
residenti in Italia	28.718.441 49%	30.412.846 51%	59.131.287 100%

	maschi	femmine	totale
medici	233.205 65%	124.205 35%	357.410 100%



Le donne Medico iscritte agli Albi sono **124.205**

Di queste **58.230** hanno acquisito una specializzazione

47%



Laureati Medicina e Chirurgia

Laureati Medicina e Chirurgia				
dal 1997 al 2003				
Anno	Totale	maschi	femmine	%
1997	6.277	2.868	3.409	54
1998	7.074	3.391	3.683	52
1999	7.198	3.313	3.885	54
2000	7.434	3.347	4.087	55
2001	6.418	2.679	3.739	58
2002	6.999	2.844	4.155	59
2003	7.282	2.932	4.350	60
media	6.780	2.900	3.880	57
Totale in 7 anni 48.682				

Fonte - MIUR



• Sardegna	3.756	45,0 %
• E. Romagna	7.938	37,5 %
• Friuli V.G.	2.244	36,6 %
• Piemonte	8.565	36,4 %
• Lombardia	13.017	35,9 %
• Toscana	7.417	35,1 %
• Liguria	3.358	34,7 %
• Lazio	9.569	34,7 %
• Umbria	1.841	32,6 %
• Valle d'Aosta	278	32,4 %
• Abruzzo	2.843	31,5 %
• P.A. Bolzano	848	31,4 %
• P.A. Trento	880	30,8 %
• Marche	2.791	30,1 %
• Molise	694	30,1 %
• Veneto	7.650	29,6 %
• Basilicata	1.102	27,6 %
• Calabria	4.309	27,4 %
• Sicilia	9.868	27,6 %
• Puglia	6.193	24,3 %
• Campania	10.491	23,8 %
• Totale	105.652	32,2 %

Quote rosa tra i medici e gli odontoiatri in Italia Personale dipendente

*Rapporto Ministero della
Salute sul personale dipendente
del Ssn - 2005*

Donne ai vertici delle az. Ospedaliere e delle ASL Direttori sanitari

Regione	Az. Ospedaliera	ASL
Toscana		4
Marche		2
Calabria		3
Piemonte	2	6
Lombardia	2	1
Veneto		3
Friuli Venezia Giulia		
Liguria		
Emilia Romagna	3	2
Umbria		2
Lazio	1	2
Campania		1
Puglia		
Basilicata		
Sicilia	3	1
Sardegna		

Fonte
Annuario
della Salute
2002/2003

La medicina generale: 30% sono donne

Dati FIMMG 2005

L'altra faccia della medaglia: la stanza dei bottoni. Presenza ai vertici.

Professori ordinari a Medicina e Chirurgia		
2.018	167 donne	8.3%
Professori ordinari a Odontoiatria		
	9% donne	



IN MORTE DI **LORENZO TOMATIS** (1929-2007)

Stefano Beccastrini

Medico e pedagogista, Coordinatore didattico Scuola Internazionale
Ambiente Salute e Sviluppo Sostenibile (SIASS)

Sarebbe di gran sollievo poter concludere che la buona scienza è fatta da ricercatori moralmente e ideologicamente impegnati... Ma come tutte le tentazioni manicheiste ci porterebbe fuori strada, verso facili approssimazioni e lontano dalla complessità dolorosa della commistione di buono e cattivo, giusto e ingiusto, bene e male...

Lorenzo Tomatis

Il 21 Settembre 2007 è morto, a Lione, Lorenzo Tomatis: un grande medico, un insigne maestro, un uomo perbene, un amico dei cittadini e dei lavoratori la cui salute è messa a rischio dalla società dei consumi, dalla imprenditoriale libertà d'inquinamento, dalla pavida acquiescenza di troppi politici e dalla distratta – quando non prezzolata – benedizione di troppi cosiddetti luminari della scienza.

Lorenzo Tomatis era nato ad Ancona nel 1929 si era laureato nei primi anni Cinquanta all'Università di Torino. Interessato a dedicarsi alla ricerca sul cancro, si accorse ben presto che in Italia avrebbe trovato sempre poco spazio, pochi finanziamenti, poca possibilità di lavorare liberamente, seriamente, non condizionato da baronie accademiche e clientelismi politici. Alla fine degli anni Cinquanta se ne andò, perciò, negli USA, a Chicago, ove divenne un oncologo ed epidemiologo di fama internazionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo chiamò quindi a lavorare a Lione, presso il proprio Istituto per la ricerca sul cancro (IARC). Nel 1982 ne divenne il direttore, fino al 1993. Ha

pubblicato oltre duecento studi e cinque libri sulla propria esperienza di scienziato rigoroso e dunque avvezzo a combattere, mai arrendendosi, contro troppe stupidità, viltà, gerarchie, burocrazie, miopie, potentati economici e politici e quant'altro: "Il laboratorio", "La ricerca illimitata", "Storia naturale del ricercatore", "La rielezione", "Il fuoriuscito".

Ad Arezzo e nella vicina Cortona Lorenzo era di casa, in quanto proprio ad Arezzo si trova la sede nazionale dell'ISDE (l'Associazione medici dell'ambiente) del cui comitato scientifico internazionale era presidente e proprio a Cortona l'ISDE si è costituita nel 1990.

Per chi, come me, ha letto con passione - ancora da studente in medicina eppoi da medico neolaureato e subito orientato a farsi operatore della prevenzione - i suoi libri eppoi ha avuto, più in là con gli anni, la fortuna di conoscerlo, di frequentarlo (l'ultima volta che ci siamo incontrati, qualche mese fa, gli ho regalato "Lo specchio della vita", il mio libro sul cinema e la medicina, e lui mi ha regalato il suo ultimo "romanzo" - così lo chiamava, in realtà era una autobiografia appena mascherata - "Il fuoriuscito"), di militare nella stessa associazione (quella, appunto, dei medici per l'ambiente)... è molto forte la tentazione di lasciarsi andare - oggi commemorandolo - ai ricordi commossi e all'evocazione dolentemente nostalgica dei momenti passati assieme.

Credo però che una simile comme-

SCIENZA ED ETICA



morazione non gli sarebbe piaciuta: Renzo era una persona di sobrio carattere, di austera moralità, di poche e dense parole (seppur spesso anche ironiche, scherzose, disposte al riso proprio e altrui) e non gradirebbe essere rammentato con quel tono sentimentale che spesso, seppur intimamente sentito e sincero, finisce inevitabilmente col farsi, da elegiaco, in qualche misura retorico.

Avrebbe certamente preferito una commemorazione più "alla Tomatis". Innanzitutto breve e concisa. Poi, orientata a mettere in luce piuttosto i suoi meriti di scienziato e di uomo socialmente impegnato che quelli personali (che pure erano il presupposto biografico, come per forza avviene, degli altri). Infine, più indirizzata a trarre dalla sua, purtroppo esistenzialmente conclusa, esperienza d'uomo perbene e di ricercatore scientifico indirizzi su cosa fare domani, anche senza di lui (ma nel suo pensiero trovando insegnamenti e consigli), piuttosto che ricordi d'ieri, quand'Egli era ancora tra noi.

Lorenzo era un grande scienziato e un grande ricercatore, però fu costretto – come già ho ricordato - a lasciare l'Italia, ove una ricerca vera e rigorosa non si poteva (non si può?) fare, perché le attività di ricerca erano (sono?) feudalizzate e clientelari oltre che poco finanziate. Ricordarlo degnamente significa dunque lottare affinché, in futuro, ciò non avvenga più (avviene tuttora, purtroppo) e nessun ricercatore italiano, per far bene il suo mestiere, debba trasformarsi in un

"fuoriuscito"..

Lorenzo credeva nella prevenzione primaria (per merito suo conosciamo ormai gli effetti cancerogeni di molte sostanze, utilizzate nei cicli lavorativi ed emesse nell'ambiente) e nell'informazione e nella comunicazione del rischio ambientale-sanitario, in tema di cancerogeni e d'altro, ma gli ci vollero anni (e ci volle il coraggio dell'OMS in una fase – eroica, coraggiosa, ormai appartenente al passato – della sua attività), per poter, tramite lo IARC, fare questo tipo di ricerche e diffonderne, tra gli ostracismi di non pochi potentati industriali e politici, i loro, spesso assai preoccupanti, risultati. Nei suoi ultimi anni di vita e di attività professionale era molto amareggiato, pur continuando testardamente e convintamente a combattere per le sue idee, a causa della rimozione che la prevenzione primaria aveva subito, ovunque e anche in Italia, nell'ideologia sanitaria imperante, fondata sull'enfasi da tutti dedicata alla prevenzione secondaria e alla terapia, alla tecnologia diagnostica, a una medicina sempre più commerciale e ipertecnologica, a una sanità pubblica e privata sempre meno interessata agli aspetti preventivi e partecipativi della tutela della salute. Ricordare degnamente Renzo significa continuare questa sua battaglia a favore della prevenzione primaria: una battaglia scientifica e sociale e politica a un tempo.

Lorenzo era convinto che occorresse una stretta alleanza tra quanti lavoravano per la promozione della salute e quanti lavoravano per la

protezione dell'ambiente. Per questo credette fortemente nell'ISDE e con passione rivestì il ruolo di presidente del suo comitato scientifico internazionale. Ma ciò che osservava con tristezza, anche nel nostro Paese, era che invece tale alleanza non la si praticava e neppure promuoveva, anzi si tendeva a dimenticare anche quanto, in passato, in tal direzione si era fatto (faccio un solo esempio: sono anni che attendiamo l'atto di indirizzo in merito previsto dal Bindi Ter e su cui aveva lavorato, ben concludendo i suoi lavori, una commissione istituita presso il dipartimento di prevenzione del ministero della salute ma esso non è stato mai emanato, chissà in quale cassetto del ministero della salute o di quello dell'ambiente giace e del resto, non si riuscì, nonostante molti tentativi fatti a tale scopo, a far scrivere due righe sull'argomento neppure nell'enciclopedico programma con cui Prodi andò alle elezioni). Ricordare degnamente Renzo significa porre al centro del nostro agire una visione non soltanto tecnologico-commerciale ma anche e soprattutto socio-ecologica della salute.

Commemorare degnamente Lorenzo significa, insomma, restare testardamente fedeli ai principi, ai pensieri, ai metodi che egli ci ha insegnato. Egli ci mancherà molto però è destino fatale della condizione umana che i maestri, prima o poi, lascino soli gli allievi. L'unico modo con cui questi ultimi possono raccogliere l'eredità è quella di andare avanti – attivamente, coerentemente, creativamente - sulla strada che i maestri hanno tracciato.