



# Bollettino

03/2021

**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

Convocazione Assemblea  
Ordinaria annuale degli Iscritti  
**DOMENICA**  
**19 DICEMBRE 2021**

indice

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 3  |  | BADANTOLOGIA                            |
| 6  |  | GINO STRADA                             |
| 26 |  | INTERVISTA                              |
| 34 |  | NUOVE GRADUATORIE<br>ODONTOIATRICHE ASL |

# BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

## Sommario

- 3 BADANTOLOGIA
- 6 GINO STRADA
- 8 LA SANITÀ AL TEMPO DELLA  
GLOBALIZZAZIONE E DELLA PANDEMIA
- 11 PANDEMIA 2020-2021
- 14 UN NOSTRO COLLEGA CONSOLE  
ONORARIO DI CROAZIA
- 17 CONVOCAZIONE ASSEMBLEA
- 21 RIFLESSIONI SULL'AUTOLESIONISMO
- 26 INTERVISTA AL DIRETTORE
- 31 E 15 MEDICINE QUALE CI SALVERÀ
- 32 GIURO DI NON DIMENTICARE
- 34 NUOVE GRADUATORIE ODONTOIATRIA  
ASL: DA EVITARE RISCHI PER L'ATTIVITÀ

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. *Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia*

### Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.

• essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica. La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

### CONSIGLIO DIRETTIVO

#### Presidente

Dott.ssa Verena De Angelis

#### Vice Presidente

Dott. Tiziano Scarponi

#### Tesoriere

Dott. Andrea Donati  
(Consigliere Odontoiatra)

#### Segretario

Dott. Massimiliano Bucari

#### Consiglieri

Dott. Mario Berardi  
Dott. Marco Caporali

Dott.ssa Silvia Carsetti

Dott. Alvaro Chianella

Dott.ssa Alfredo Crescenzi

Dott. Stefano Cusco

Dott. Pasquale Gallo

Dott.ssa Caterina Marcucci

Dott. Gian Marco Mattioli

Dott. Giorgio Miscetti

Dott. Antonio Montanari

(Consigliere Odontoiatra)

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Massimo Sorbo

### COMMISSIONE ODONTOIATRI

#### Presidente

Dott. Antonio Montanari

#### Vice Presidente

Dott. Andrea Donati

#### Componenti

Dott.ssa Rashin Alipanah

Dott. Leonardo Cancelloni

Dott. Lorenzo Olivieri

### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

#### Membro supplente

Dott. Francesco Giorgetti

#### Membri effettivi

Dott.ssa Elena Bartoloni Bocci

Dott.ssa Claudia Giannoni

### BOLLETTINO

#### Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

#### Resp. Editoriale

Dott. Massimo Sorbo

#### Comitato di redazione

Dott. Marco Caporali

Dott.ssa Silvia Carsetti

Dott.ssa Cristina Cenci

Prof. Alberto Falorni

Dott. Igino Fusco Moffa

Dott. Alfredo Notargiacomo

Dott. Lorenzo Olivieri

Dott.ssa Elisa Paccamiccio

Dott. Marcello Paci

Dott. Giuseppe Quintaliani

#### Segretaria di redazione

Sig.ra Rita Micheletti

#### Impaginazione e stampa

Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail:

[presidente@ordinemediciperugia.it](mailto:presidente@ordinemediciperugia.it)

[bollettino@ordinemediciperugia.it](mailto:bollettino@ordinemediciperugia.it)

[uffici@ordinemediciperugia.it](mailto:uffici@ordinemediciperugia.it)

[odontoiatri@ordinemediciperugia.it](mailto:odontoiatri@ordinemediciperugia.it)

[segreteria.pg@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pg@pec.omceo.it) • [www.ordinemediciperugia.it](http://www.ordinemediciperugia.it)

## UNA NUOVA DISCIPLINA: BADANTOLOGIA

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Qualcuno si chiederà come mai in un momento particolare come questo, un momento in cui stiamo assistendo probabilmente ad un cambiamento epocale della nostra società e sanità io non trovi meglio da affrontare che un argomento così marginale e forse poco medico?

In effetti devo dire che mi trovo in difficoltà “creativa”. Credo che mai come in questo periodo siamo bersagliati e inondati da informazioni e comunicazioni sanitarie. Il coronavirus resta il tema o la scusa principale e poi è tutta una cascata di progetti , ristrutturazioni e rigenerazioni.

Ripresa e resilienza, digitalizzazione, piani sanitari nazionali e regionali, convenzione o dipendenza sono temi che oramai hanno generato un effetto overbooking nella mia mente al punto che non riesco più allo stato attuale a poter seguire un ordine preciso per cui rimando a prossimamente tutta questa serie di problemi e argomenti.

Quello della badante è una realtà che si sta sempre più consolidando e affermando. Sconosciuta sino a qualche decennio fa, sino a quando ancora la famiglia riusciva a gestire in proprio il problema dell'anziano non autosufficiente. C'è da dire anche che la vita media non era così alta per cui il problema era numericamente più piccolo e meno inferente.

Dapprima rare, appannaggio solo delle famiglie più abbienti, poi verso la metà degli anni '80 arrivarono le prime dal Perù, poi dall'Equador e Filippine e poi con la caduta del comunismo arrivò negli anni '90 l'ondata vera e propria delle badanti: “ quelle dell'est”.

Oramai ogni volta che vado per una visita domiciliare da un anziano, la porta di casa mi viene aperta quasi sempre da una badante. Ne esiste anche qualcuno di genere maschile, ma si contano sulle punta delle dita di una mano. Rumene, moldave, ucraine e bulgare per la maggior parte, e tutte quante raccontano più o meno la stessa storia: hanno lasciato in patria un marito alcolizzato che





ha perso il lavoro e sono venute in Italia a lavorare perché devono provvedere al mantenimento della famiglia, soprattutto a sistemare i propri figli. Fin qui nulla di strano o di particolare il problema però comincia quando si verificano situazioni che volenti o nolenti ci coinvolgono e questo capita sempre più frequentemente.

Rosina 88 anni, presenta da diverso tempo una marcata diminuzione delle capacità cognitive e vive oramai da qualche anno accudita in casa da badanti. E' sempre stata più o meno tranquilla ma mi telefona la figlia dicendo che da due o tre mesi è agitata, sonnecchia quasi tutto il giorno mentre la notte urla, si lamenta di continuo suscitando le proteste dei vicini e le rimostranze della badante e pertanto mi chiede di andare a vederla per poter capire di che si tratta.

Arrivo e non trovo più Alena, rumena, che oramai conoscevo, rientrata in patria per problemi di salute del figlio, ma una nuova badante ucraina che quasi mi aggredisce nel descrivermi la situazione " infernale" che stava vivendo da quando era entrata in quella casa. Mi racconta che la sua esperienza lavorativa precedente era stata presso una signora quasi autosufficiente con la quale aveva avuto un ottimo rapporto tanto da andare anche a fare le ferie insieme al mare a spese della datrice di lavoro. Dopo una visita medica a Rosina dove non era emerso nulla di nuovo, mi sono seduto al tavolo e con tutta calma ho cercato di far capire alla badante che questa volta il suo lavoro non consisteva più nel fare quasi la dama di compagnia, ma che doveva assistere una donna con una demenza con tutte le problematiche connesse e che avrei avvisato la figlia di venirle incontro cercando di supportarla il più possibile fino a quando

non avesse metabolizzato questo nuovo ruolo.

Questa conciliazione non ebbe l'effetto sperato in quanto la badante non se la sentì e la figlia invece pretendeva di scaricarle e delegarle tutte le funzioni. Rosina dopo poco tempo andò a finire in un ospizio.

Episodi come questi potrei raccontarne a decine con criticità equamente distribuite da una parte e dall'altra. Badanti che dopo una certa ora si chiudono in camera per ascoltare Mozart non curanti di quello che succede nella camera accanto. Anziani che vorrebbero far cenare tutte le sere con un tazza di latte e due savoiardi per risparmiare o quelli che per non "sprecare" l'energia elettrica vorrebbero alle ore 22 tutti a letto e al buio. Questi ovviamente sono i casi limite, ma tantissime sono le situazioni "critiche" che dipendono essenzialmente dalla non conoscenza di chi hai davanti.

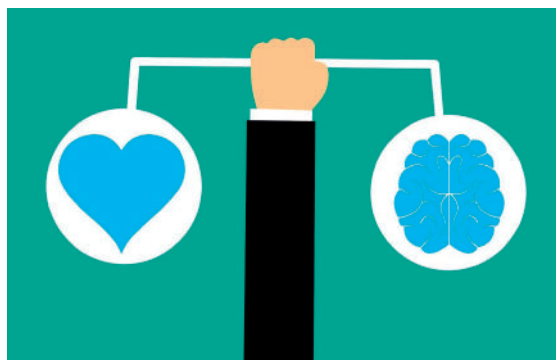
Il messaggio che voglio dare soprattutto ai colleghi che giocoforza sono coinvolti nell'assistenza agli anziani non autosufficienti di rendersi conto delle dinamiche relazionali fra paziente, familiari del paziente stesso e badante. Ho evitato di proposito di parlare di caregiver in quanto nella realtà questa figura il più delle volte è un mix fra il familiare di riferimento dell'anziano e la badante.

Non pretendo certo di insegnare niente a nessuno, ma credo che in queste situazioni si debba cambiare "postura" e posizionarsi con un approccio complesso e costruttivista. Come dice Minati *"il costruttivismo è una strategia cognitiva considerata adeguata per affrontare l'intrinseca multidimensionalità della realtà"* multimedialità intesa in senso psicologico, cioè come processo cognitivo dinamico multicanale. Cambiare postura significa non osservare più solo l'oggetto ma le relazioni che esistono e che generano conoscenza ed esperienza. Non esiste la badante e l'anziano come due entità separate ma esistono in quanto esseri viventi in relazione e comunicazione, con scambio continuo di significati, di esperienze, di emozioni.

*"Le emozioni sono fondamentali per gli esseri viventi, perché definiscono il corso delle loro azioni: dove sono, dove vanno, dove cercano il cibo, dove si riproducono, dove allevano i loro piccoli, dove depongono le uova, ecc. Bene, con gli umani c'è esattamente la stessa cosa. L'emozione, il flusso delle emozioni, sta definendo il luogo in cui avverranno le cose che faranno nella vita."*

*Se una persona si muove, per esempio, per frustrazione, questo definirà continuamente lo spazio relazionale in cui si trova e il corso che avrà la sua vita. Se vive per fiducia, seguirà un corso diverso. Quindi ciò che guida il flusso della vita individuale sono le emozioni....."*

Maturana e Varela



## GINO STRADA

DOTT. SSA CARLA BERARDI

Gino Strada, un uomo che ha dato tutto se stesso per curare le ferite più intollerabili, quelle provocate da uomini su altri uomini, ci ha lasciato

Lascia un'eredità importante a tutti, a chi lavora nel campo della salute in

modo particolare. Gino Strada è stato, più che ogni altra cosa, un maestro per tanti, che ha fatto pensare. Che ha fatto luce a chi non sapeva, che ha cambiato le storie personali di molti. In un modo tutto suo ma che ricorda quello di altri maestri: con radicalità, con scarsa propensione alla sottigliezza, quindi con molta forza

Per *Emergency* lavora come chirurgo in zone di guerra, ma soprattutto come organizzatore e come persona-simbolo, mobilitando anime, trovando risorse per costruire e far funzionare ospedali, soprattutto in Asia, Africa e Medio Oriente, dove i conflitti facevano, e fanno, più vittime dirette e indirette, soprattutto tra la popolazione civile

Ho conosciuto Gino e Teresa nell'autunno 1994. Franco Passalacqua ed io eravamo stati contattati da due volontari della neonata *Emergency* che ci avevano proposto di fondare un gruppo di volontari a Perugia

Abbiamo accettato Due mesi dopo abbiamo incontrato Gino e Teresa a Spello, palazzo comunale Gino, semplicemente, ha proiettato diapositive di bambini e adulti mutilati, amputati, sfregiati, vittime delle mine antiuomo, curati nell'ospedale di *Emergency*, a Kigali, in Ruanda. Ha fatto scorrere le foto senza commentare, non era necessario, le immagini parlavano da sole.

Siamo rimasti colpiti profondamente, è nata *Emergency* Perugia ed è nata l'amicizia con Gino e Teresa, ed è cambiato il mio modo di intendere, come medico, la cooperazione internazionale.

Le varie associazioni con cui avevo avuto contatti fino ad allora offrivano una assistenza generosa, ma di terza classe. Strutture, strumentazioni, presidi fatiscenti, arrangiati, di recupero, tanto... sarebbe stato meglio di niente.

*Emergency* no.



Ospedali bellissimi, strumenti all'avanguardia, medici qualificati...ospedali in cui avremmo fatto curare i nostri parenti , come diceva Gino

Perché essere poveri e in un paese in guerra non annulla i diritti e la dignità delle persone.

C'è stata in Gino Strada anche un'attenzione, meno nota ai più, alla qualità delle cure, qualità che dev'essere tecnica, ma anche del contesto delle cure, del loro decoro.

*«Qualcuno ci critica per questi “particolari”, i “lussi” non strettamente necessari alla sopravvivenza dei pazienti: le pareti affrescate nelle corsie pediatriche, la cura maniacale della pulizia, dei pavimenti lucidi, dei servizi igienici in cui si sente l'odore dei detersivi. Dicono che c'è sproporzione rispetto al livello del Paese, alle devastazioni della guerra che segnano il territorio appena fuori il muro di cinta dell'ospedale. Ma perché? Costa poco di più mettere nel giardin bouganville, gerani e rose. E altalene. Costa poco e aiuta a guarire meglio»*

Questo dunque un altro suo messaggio: si guarisce più facilmente in un posto bello. La bellezza e l'armonia curano, il prendersi cura genera a sua volta armonia e una qualche bellezza. Lo sperimentiamo quotidianamente, anche se a piccole dosi e su scala infinitamente ridotta rispetto alle missioni in zona di guerra. Un messaggio condiviso da tanti (lo diceva anche Basaglia). E questa è, a mio parere, la grande rivoluzione operata da Gino e Teresa con Emergency: il senso di giustizia, il rispetto dei diritti umani, il rigore, la testimonianza che l'eccellenza non è un obiettivo da raggiungere, ma un metodo con cui operare quando si vuole essere utili per qualcosa, aiutare qualcuno . Onorare la vita e la dignità personale, credere in un mondo migliore e renderlo possibile.

Gino era una persona non facile, come tutte le persone di carattere. Diceva quello che pensava e faceva quello che diceva. Non si perdeva nei formalismi, nelle ipocrisie, era diretto, sincero e apparentemente ruvido, ma a conoscerlo meglio si scopriva la sua grande sensibilità e tenerezza, si scopriva che era gioioso, che sapeva sognare e divertirsi. Lascia una eredità concreta: Emergency con gli ospedali e i posti di primo soccorso costruiti in 18 paesi del mondo, ma ci lascia anche una idea semplice e rivoluzionaria della medicina e dell'impegno sociale, idea che ha trasmesso a tutti noi, e più importante, ai giovani medici e ai giovani volontari. La sua testimonianza continuerà a ispirare l'impegno di tanti giovani, e questo è un investimento e una speranza per il futuro, una eredità di valore inestimabile!

Per quanto mi riguarda, posso solo dire che è stato un grande esempio per la sua testimonianza potente, per la coerenza tra le sue parole il suo vissuto, il mio modello, il mio punto di riferimento. E' stata una grande fortuna e un privilegio conoscerlo e percorrere insieme a lui una parte della vita. Gino Strada ci mancherà molto. Mancherà ai giovani e ai meno giovani, come ispiratore di visioni del mondo e di opere. Mancherà al dibattito, oggi ancora più decisivo, su come si costruisce una Sanità buona, equa, efficiente. Mancherà perché sempre c'è bisogno di chi indica necessità e obiettivi con radicale chiarezza.

## LA SANITÀ AL TEMPO DELLA GLOBALIZZAZIONE E DELLA PANDEMIA

DOTT. MARCELLO PACI

Negli ultimi decenni le sanità regionali hanno intrapreso, in modi e tempi diversi un analogo processo di modernizzazione, che ha significato lo smantellamento dei presidi ospedalieri presenti in tutti i paesi e città d'Italia, lasciandoli o costruendone di nuovi solo nei centri urbani maggiori.

Al grido: risparmiamo sulle piccole e obsolete strutture e investiamo sulle eccellenze, si è dato avvio ad una riconversione del sistema che ha puntato su pochi grandi ospedali e sulla creazione di una medicina territoriale che si doveva prendere carico di funzioni sino ad allora svolte dai vari reparti.

In questo palinsesto si è dato più spazio alle strutture private che hanno svolto l'attività beneficiando della copertura pubblica, anche qui per svolgere funzioni non più svolte dagli ospedali o solo in parte.

Una trasformazione difficile, oltre che da un punto di vista tecnico, da uno più squisitamente politico, perché tra l'altro si trattava di mediare con i sindaci e le comunità locali che facevano barricate dinanzi alla progressiva spoliazione dei loro presidi.

Il processo di centralizzazione non ha interessato solo la sanità, ha coinvolto tutti gli aspetti del vivere sociale con una penalizzazione progressiva delle comunità locali e l'urbanizzazione nei centri maggiori.

L'organizzazione sociale caratterizzata dalla diffusione sul territorio di gruppi sociali, ognuno raccolto sotto un campanile e una torre civica, si è andato dissolvendo.

Rimangono manifestazioni storico-folcloristiche a rivendicare un'appartenenza, un'identità.

Hanno contribuito i terremoti endemici, la costruzione di strade di grande comunicazione con interi paesi tagliati fuori dal traffico di viaggiatori, spesso unica risorsa economica e ragion d'essere.

Il nuovo assetto sanitario si è inserito in questo contesto.

La contemporaneità si caratterizza anche per questi processi che la cultura dominante ha imposto di considerare necessari e irreversibili.

L'attuale crisi pandemica è esplosa nel contesto di questa realtà e della nuova



sanità che ne era un corollario. Si è confrontata con la specializzazione estrema degli ospedali, la spoliazione del territorio, il depauperamento del personale attivo sul malato, rispetto alla proliferazione del personale e delle funzioni amministrative, l'aziendalizzazione con obiettivi di profitto, l'esternalizzazione dei servizi, la privatizzazione di fatto delle strutture pubbliche con l'istituto dell'intramoenia.

Tutto questo, accanto ad altro, ha creato terreno favorevole alla diffusione dell'infezione.

Una per tutte: non c'erano più letti per i nuovi, tanti malati.

Gli ospedali periferici avrebbero potuto essere camere di espansione della piena in arrivo. Invece no, gli ospedali erano diminuiti di numero, trasformati in strutture ad alta specializzazione, con degenze ridotte all'osso, ampio ricorso a trattamenti ambulatoriali o di un giorno, molto scaricato sul territorio, sulla medicina territoriale.

Ma questa non completamente roduta, si è trovata ad operare in un contesto sociale difficile con frammentazione dei legami familiari, situazioni di solitudine, condizioni di degrado e senescenza.

Lo tsunami dell'epidemia è arrivato devastando le fragilità del sistema.

### Tachipirina e casa, per i casi gravi ricovero in ospedale.

In questo editto si è espressa la risposta dell'istituzione politico-sanitaria alla pandemia.

Prima che si conoscesse l'identità del patogeno, prima che si prendesse coscienza della varietà di decorsi clinici, prima delle possibilità terapeutiche, della loro efficacia, e prima di tutto il resto che è seguito: il proclama Tachipirina e casa, per i casi gravi ospedale., è stata considerata l'unica risposta scientificamente valida al dilagare della pandemia. In attesa del vaccino, da affiancare a quella disposizione, una volta disponibile e aspettando che nuove evidenze suggerissero approcci terapeutici diversi. Però non possiamo nasconderci che quell'imperativo categorico nascondesse l'impossibilità del sistema sanitario a fornire una risposta diversa, per la scarsità di posti letto nei reparti di malattie infettive, e ancor più nelle terapie intensive. Sorretti dalla speranza che la malattia fosse solo un'influenza più grave e che se la fortuna ci avesse assistito bastava la tachipirina, il riposo, e casa per evitare e la diffusione, e la necessità di un ricovero ospedaliero.

Così purtroppo non è stato.

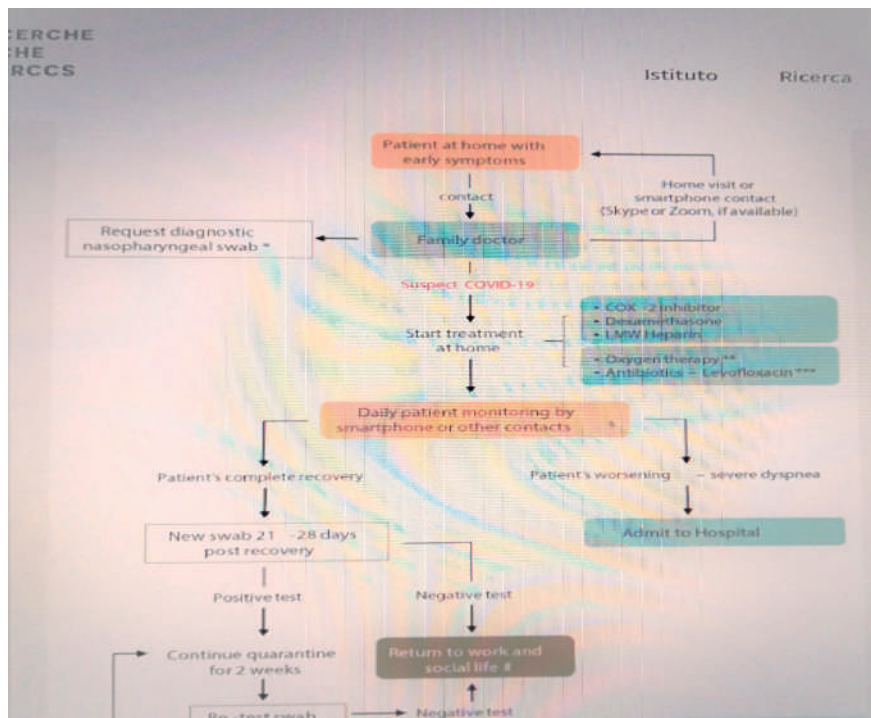
E d'altra parte abbiamo constatato che in alcuni casi di personaggi illustri il protocollo di comportamento e di terapia imposto è stato disatteso e si è intervenuti precocemente con un approccio diverso e con buoni risultati.

Anche molti medici di base hanno rifiutato le indicazioni delle autorità, curando i malati con quanto la loro esperienza e cultura medica suggeriva: anti-infiammatori, antibiotici, antivirali, eparina, secondo protocolli di associazione diversi.

A loro detta con risultati straordinari, da far dire ad alcuni di loro che non ave-

vano avuto nessuna necessità di ricoveri o lamentato decessi.

Oggi stanno uscendo studi scientifici, uno è quello dell'istituto Mario Negri di Milano, che suggeriscono un approccio terapeutico nelle fasi iniziali della malattia che comprende l'impiego di fans, aspirina invece del paracetamolo, eventualmente antibiotici ed eparina secondo un algoritmo che qui riproduciamo:



Lo studio dimostra una netta diminuzione di ricoveri ospedalieri per i casi così trattati, che è stato un bene per quanto riguarda l'evitare l'affollamento delle strutture, di più e soprattutto, ha ridotto la mortalità che consegue al ricovero in terapia intensiva.

Oggi la vaccinazione e l'arrivo a breve di uno specifico antivirale promette di risolvere il problema per adesso e il futuro.

Ma abbiamo avuto circa centotrentamila morti.

C'è il sospetto che la carenza di posti letto e attrezzature, e l'assolutezza dogmatica del tachipirina e casa, per altro comprensibile per le ragioni sopra esposte, abbiano qualche responsabilità.

Forse la precedente organizzazione sanitaria con i tanti letti, dei tanti ospedali, avrebbe consentito ricoveri precoci e terapie adeguate, ma non è dimostrabile.

Forse doveva andare così, con questa strage di malati e con loro di medici e infermieri, che ha segnato la storia del nuovo millennio, del tempo dello smisurato orgoglio dell'uomo fattosi Dio.

## PANDEMIA 2020-2021 UNA ESPERIENZA DI GRUPPO IN CONTINUITA' ASSISTENZIALE

DOTT. SSA TANIA MILLETTI

Nel periodo Marzo 2020-Aprile 2021 è nata e si è sviluppata una esperienza spontanea costituita da incontri di gruppo nell'ambito della Continuità Assistenziale della sede di Todì.

Tutto è nato dai nostri bisogni, in relazione all'emergente e poi ricorrente situazione pandemica da Covid-19. Per struttura, il lavoro in Continuità Assistenziale viene svolto in totale o parziale solitudine e spesso l'unico momento di confronto può essere quello che avviene ai "cambi turno".

Per prima cosa abbiamo notato che l'isolamento determinato nel mondo esterno dalla Pandemia ha accresciuto in noi la necessità di incontrarci come operatori .

Confrontandoci, ci siamo accorti che il nostro lavoro era cambiato e che non poteva procedere più come prima. Le nuove esperienze di contatto coi pazienti ci hanno spinto quindi a raccontare e a raccontarci, come medici e come persone, ma soprattutto a condividere i vissuti e le emozioni che ci hanno travolto.

Le criticità che riscontravamo nel nostro lavoro erano soprattutto relative alla carenza/assenza di DPI, specialmente nella fase iniziale di lockdown, quando le notizie che pervenivano dal "fronte" settentrionale portavano paure senza nome. Altra criticità era la carenza di linee guida per la gestione territoriale dell'emergenza, connotata da notizie che si susseguivano in rapido mutamento, sempre soppiantate da nuove indicazioni spesso poco chiare e dal "sentito dire".

In ultimo, nel Servizio di CA , risentivamo della mancanza del senso di appartenenza ad una comunità ampia e coesa. L'identità di gruppo, già carente per le peculiarità del Servizio, poteva essere minata (come è poi avvenuto) dalla malattia dei colleghi per Covid o dallo spostamento della forza lavoro nei settori nati all'uopo per fronteggiare la Pandemia (USCA).



Il gruppo di lavoro in situazioni di tale portata è a rischio non solo per il turnover/scarsità/perdita di personale , ma anche perché la delicatezza del momento vissuto comporta reazioni emotive che possono lasciare spazio a dissapori, tensioni e quindi portare ad un rischio di scadimento dei rapporti tra colleghi. Tutto ciò può far emergere una sensazione di estraneità nell'operatore all'interno del gruppo, con un possibile riverbero negativo nella sua qualità di vita e quindi inevitabilmente nella qualità dell'assistenza all'utenza.

Utile ricordare come la paura e la scarsità di risorse a disposizione per fronteggiare l'emergenza, ci abbiano reso ancor più fragili nel rapporto col paziente, esposti a dubbi continui riguardo la natura e le modalità di assistenza e cura. Dubbi su chi visitare, quando e come. Emotivamente le conseguenze potevano essere riassunte in tre ambiti: responsabilità di ciò che accade e paura di contagiare pazienti e familiari; vulnerabilità (posso essere facilmente contagiato); perdita di controllo (non posso fare nulla, è tutto inutile).

Una esperienza emozionale così forte può aprire la strada a difese non adattive come la rimozione ("dimentico" un vissuto inaccettabile), la negazione (il Covid non esiste, la situazione non è poi così grave) e l'evitamento ( non ne voglio parlare, "chi fa da se fa per tre").

Si capisce che il rischio di burn out e di Disturbo Post Traumatico da Stress sia dietro l'angolo. Ognuno di noi medici ha vissuto e forse poco condiviso queste violente tempeste emotive degli ultimi due anni, dentro e fuori la nostra vita lavorativa, nel territorio come in Ospedale.

Per far fronte a queste criticità abbiamo proposto, affiancandole alle nostre consuete riunioni di Equipe di CA, degli incontri on line a frequenza settimanale utilizzando la piattaforma Zoom, sposando la formula del gruppo aperto e di quello di mutuo-aiuto, nel quale "tutti aiutano tutti" ,in una totale simmetria che si è avvalsa di un facilitatore che aveva il compito di organizzare e tenere gli incontri.

Dei 7 titolari della sede di Todi, siamo partiti in 5 nell'esperienza, per poi arrivare in 4 alla fine. In una atmosfera di fiducia reciproca ci siamo raccontati episodi di vita lavorativa che ci avevano messo alla prova, ciascuno sostenendo l'altro senza giudizio, alternando queste elaborazioni a momenti fattivi di stesura di linee guida per la gestione dei pazienti in ambulatorio e delle visite domiciliari.

Per dare riscontro a quanto sperimentato, pur in una piccola realtà territoriale, è stato somministrato un questionario sia ai partecipanti, sia a chi per questioni personali non ha potuto prendere parte agli incontri. Il questionario era costituito da tre domande a risposta aperta riferite all'utilità dell'esperienza di gruppo per la vita lavorativa ed extralavorativa

e se essa avesse determinato qualche cambiamento nelle modalità del gruppo stesso nell'affrontare la Pandemia in corso.

Dalla raccolta delle risposte ottenute è emerso come la partecipazione agli incontri abbia influito notevolmente sulla vita lavorativa spingendo i partecipanti a fare fronte comune rispetto al panico, attraverso la creazione di "linee guida" (es. vestizione/svestizione, regolazione degli accessi in ambulatorio etc..) che potessero uniformare il modo di operare in un momento di instabilità. Ancor di più è stata importante la condivisione dei vissuti in gruppo.

Il sostegno e l'assenza di giudizio in una fase così delicata ha avuto dei riverberi positivi anche nella vita extralavorativa, poiché il valore delle esperienze condivise e vissute insieme ha consentito di non portare troppo "il lavoro a casa", evitando un eccessivo accumulo di stress.

Il modo di lavorare è dunque cambiato sia perché in gruppo si sono stabilite delle

modalità meno caotiche di operare per gestire l'emergenza, sia perché il poter contare sul supporto altrui ha cementato le relazioni tra colleghi e ha reso tutti (anche chi non ha partecipato) più consapevoli di ciò che potevamo fare per i pazienti e per noi stessi e quindi più sicuri.

Non posso che ringraziare sentitamente i colleghi che si sono prestati a questo tipo di esperienza che ci ha accompagnato nell'arco di un intero e faticoso anno.

Penso che percorsi di questo tipo siano facilmente ripetibili e di grande aiuto non solo in situazioni di emergenza ma come buone pratiche sanitarie, oramai imprescindibili nell'ottica della cura dei pazienti e di chi si occupa di essi.

Orrù, G; Marzetti, F; Conversano, C; Vagheggini, G; Miccoli, M; Ciacchini, R; Panait, E; Gemignani, A. Traumatic Stress and Burnout in Healthcare Workers during COVID-19 Outbreak, Int. J. Environ. Res. Public Health 2021,

Brooks S et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review

of the evidence. Lancet 2020; 395: 912–20

Shanafelt T et al. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care

Professionals During the COVID-19 Pandemic. JAMA Published online April 7, 2020

Tania Milletti, medico e psicoterapeuta

## UN NOSTRO COLLEGA CONSOLE ONORARIO DI CROAZIA

DOTT. LEONARDO CENCI



*Si è tenuta nel pomeriggio di lunedì 8 novembre, presso la sala dei Notari di palazzo dei Priori, la cerimonia di inaugurazione della sede del consolato onorario della Repubblica di Croazia a Perugia. Erano presenti: il vice sindaco Gianluca Tuteri, l'ambasciatore della Croazia in Italia Jansen Mesic, la vice ambasciatrice Iva Pavic, il console onorario Leonardo Cenci, la vice presidente dell'Assemblea regionale Paola Fioroni, il prefetto Armando Gradone, le principali autorità civili e militari della città e della regione.*

*Mi preme sottolineare come Leonardo Cenci, specialista in radiologia presso l'ospedale Perugia, ed oggi in quiescenza, è il Console onorario della repubblica di Croazia per la regione Umbria dal giugno del 2021.*

*Invece di fare il resoconto della cerimonia ho ritenuto opportuno pubblicare la lettera che mi ha inviato dopo molta mia insistenza poiché meglio fa capire il carattere e la personalità di tale collega che conoscevo dai tempi del liceo, ma che poi avevo perso completamente di vista. Un carattere schivo. "Le opere buone e la carità va fatta in silenzio..." mi ha ripetuto più volte e non c'era verso di poter ricevere qualcosa che andasse oltre il resoconto ufficiale, ma alla fine sono stato premiato. Grazie Leonardo.*

Caro Tiziano,

in allegato ti mando anche il riconoscimento ottenuto nel 1992 dal comune di Tisno - Sebenico.

Ti spiego un po' l'iter:

nel dicembre 1992, durante la guerra civile tra croati e serbi, noi volontari del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (CISOM) fummo contattati da un sacerdote croato, Don Ante Marinov, di una parrocchia di Sebenico, per una richiesta di aiuto per numerosi bambini sfollati e in condizioni molto precarie.

Partimmo con un piccolo gruppo di amici del CISOM. Portammo farmaci, una generosa provvista di cioccolatini Perugia (offerta dall'allora responsabile delle relazioni esterne della Perugia dott. Saverio Ripa di Meana.R.I.P.) e altri generi

di conforto. Mi ricordo che mi dissero: ma che vai a chiedere alla Perugina... al massimo ti daranno una confezione di caramelle «Rossana»...rimasero di «stucco» quando tornai dalla Perugina con vari scatoloni di cioccolatini e caramelle Rossana per parecchi chilogrammi. Partimmo da Ancona, con la motonave Jadrolinea, con mare forza 5/6, "Ballammo" tutta la notte, con la nave che scricchiolava paurosamente nel rollio e beccheggio, ma arrivammo a Spalato nella mattinata. Invece mi ricordo che una nave di pacifisti, partita la sera prima per Sarajevo, per le difficili condizioni del mare dovette riparare su un isolotto protetto dalle raffiche di

vento. Una volta sulla strada che da Spalato portava a Sebenico e Zara, incontrammo varie pattuglie e posti di blocco. I militari che parlavano italiano, ci dissero, bonariamente e sorridendo: « Ma siete un po' «pazzereilli», ma vi rendete conto dove siete venuti? Siete in "prima linea"....i Cetnici, quelli barbuti e dai modi "spicci" sono su quella collina lì di fronte, questa sera sono anche un po' "nervosi"...Lo capiamo dalle conversazioni che captiamo via radio....Potrebbero tranquillamente spararvi....Poi un ufficiale come ricordo e ammirazione del nostro coraggio o incoscienza, ci regalò una bandierina croata. Poi dal 1992 ho mantenuto sempre i contatti con don Ante Marinov, fino alla sua morte. Sono stato invitato a tutte le manifestazioni culturali della comunità croata di Roma, ho conosciuto scrittori, filosofi, politici croati.

Volevo solo aggiungere che, per par condicio, ho svolto varie missioni umanitarie anche con dei bimbi malati e prigionieri a Sarajevo (Episodio pubblicato su La Nazione del marzo 1994) e con l'Arci di Ponte Valleceppi, su indicazione del dottor Augusto Amici e altri pediatri, che avevano visitato l'ospedale pediatrico "Maika i dete" di Belgrado e tornati a Perugia inorriditi dalla mancanza di farmaci e cibo per i piccoli pazienti, anche per le sanzioni O.N.U. contro la Serbia...Mi attivai per superare il difficile iter per avere la dispensa dalle Sanzioni O.N.U. contro la Serbia del Presidente Milosevic( con l'aiuto dell'allora Ambasciatore italiano all'O.N.U. ..amb. Francesco Paolo Fulci, ora vice presidente della Ferrero e grande amico), e da Ponte Valleceppi, anche con le insegne del SOVRANO Militare ORDINE DI MALTA , parti un TIR, con ogni ben di Dio e arrivò a Belgrado.

Amico dott. Tiziano...racconto queste cose perché c'è stata questa occasione dell'inaugurazione del Consolato....Ma ho svolto tantissime altre missioni umanitarie, (anche a livelli segreti e inimmaginabili), sempre nascostamente," il bene si fa e non si dice"...in stile francescano...Senza mai darmi arie, senza fare il fanfarone...anzi lasciandomi spesso anche prendere in giro da qualche bravo collega( pochi per fortuna...)...Posso solo riportare un commento( che la dice lunga), su quello che disse l'allora Prefetto di Perugia, Achille Catalani, che mi voleva veramente bene, mi stimava, perché mi conosceva...All'incirca disse ai dirigenti dell'azienda ospedaliera di Perugia e al dottor Augusto Amici, che andarono da Lui, quasi disperati, perché avevano raccolto tanti aiuti per l'ospedale di Belgrado, ma per le sanzioni ONU, ma non c'era verso di poterle inviare....Il Prefetto Catalani gli disse . «Ma avete un medico come il dott. Cenci, che tenete in

quello squallido scantinato della radiologia del pronto soccorso di Monteluca.... Chiedete a lui...che ha tanti amici nei vari ministeri romani e conosce le vie...E così avvenne...Andarono a Belgrado per il mio intervento, documentato, ma non furono affatto riconoscenti...continuarono a tenermi nelle fogne, tra i topi (articoli di giornale dell'epoca), poi per lo sfruttamento sul lavoro (sempre da parte di alcuni colleghi), per lo stress da superlavoro e conseguenti malattie che curo tuttora, per il mobbing...ho tolto il disturbo, sono andato in pensione anticipatamente, rimettendoci il giusto, dal punto di vista economico...ma guadagnando un pò in salute per i pochi anni che mi resteranno.....Non odio nessuno, sono in pace...è solo difficile dimenticare che, iscritti all'ordine dei medici, insieme a Tanti altri bravi colleghi, ce ne siano alcuni...che Dio...ci scampi !!!

Caro dott. Scarponi, grazie di tutto. Chiedo scusa per lo "sfogo" e se ti ho rubato un pò di tempo, ma avendo Tu una carica importante, può essere utile anche a Te sapere che non tutti i colleghi medici...sono degni di tale titolo.

Volevo solo aggiungere che un amico che venne con noi in Croazia, lo ho invitato alla inaugurazione del consolato, ma non è potuto venire. Con gli altri non siamo più in contatto da tempo. A disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Cordialmente.







**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

Perugia, li 26 novembre 2021

A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ORDINE  
PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DI PERUGIA  
- LORO SEDI -

**OGGETTO:** Convocazione Assemblea Ordinaria annuale degli Iscritti.

Caro Collega,  
in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 23 1° comma del D.P.R. N. 221 del 05/04/50, è indetta

***L'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE***

degli Iscritti all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia.

Nel rispetto delle disposizioni anti contagio (**sarà obbligatorio esibire il green pass**), detta Assemblea non si terrà come di consueto, presso la sede dell'Ordine ma presso l'**AULA MAGNA "Paolo Larizza" del DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA - ED. H piano -2 (Piazza L. Severi, 1 Sant'Andrea delle Fratte)**, il giorno sabato 18 dicembre 2021 alle ore 07.30 in prima convocazione, e

***DOMENICA 19 DICEMBRE 2021 ALLE ORE 10.00 IN SECONDA CONVOCAZIONE***

**Verranno trattati e discussi gli argomenti di cui al seguente**

***ORDINE DEL GIORNO:***

- 1°) Approvazione Bilancio Preventivo 2022 - Relazione del Tesoriere.
- 2°) Proposta diversificazione importi quote di iscrizione.
- 3°) Relazione morale del Presidente.
- 4°) Cerimonia per il riconoscimento dei 50 anni di laurea e per i nuovi iscritti all'Ordine.
- 5°) Consegna Premi di Laurea "Domenico Tazza e Cesare Fiore", "Luigi Balducci", "Fabio Giaimo", "Ugo Mercati".
- 6°) Varie ed eventuali.

Cordiali saluti.



IL PRESIDENTE

(Dott.ssa Verena De Angelis)

*Verena De Angelis*

Via Settevalli, 131F - 06129 Perugia (PG) -

Tel. 075/5000214 - Fax: 075/5153012 - Codice Fiscale 80000650541

sito internet: [www.ordinemediciperugia.it](http://www.ordinemediciperugia.it) - e-mail: [uffici@ordinemediciperugia.it](mailto:uffici@ordinemediciperugia.it) - PEC: [segreteria.pg@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pg@pec.omceo.it)



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

**DELEGA**

IL/LA DOTT./DOTT.SSA \_\_\_\_\_

A PARTECIPARE ALL'ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA ANNUALE DEGLI  
ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI  
**PERUGIA.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_



## RIFLESSIONI SULL'AUTOLESIONISMO

DOTT. LEONARDO LEONARDI

Quante volte nell'attività professionale o nelle situazioni di vita, abbiamo incontrato o saputo di soggetti, che si sono volontariamente provocati lesioni come tagli o bruciature? Probabilmente tra i medici molti hanno presente fatti del genere specie tra i giovani. Per quanto riguarda la mia pratica, se all'inizio del mio lavoro avevo l'impressione di un fenomeno confinato tra le mura del carcere, oggi noto quanto sia diffuso tra giovani e adolescenti, in prevalenza di sesso femminile. Può darsi che la nostra società, piena di normative, sia percepita da alcuni come una galera sociale? La carenza della funzione paterna ed il proliferare di norme e controlli, può favorire questo modo regressivo di manifestare un disagio esistenziale? Sono interrogativi assai vasti. Qui cercherò soltanto di affrontare la questione a livello del vissuto soggettivo.

Parlo dell'autolesionismo cosiddetto non suicidario e non collegato a disturbi francamente psicotici, cioè dove non s'individua un'incombente finalità di suicidio, né uno stato delirante ed allucinatorio di tipo francamente schizofrenico. Questo comportamento non va neanche confuso con le cicatrici procurate nel corso di rituali di gruppi più o meno estesi, per esempio tra i cosiddetti "emo" un movimento giovanile legato alla cultura punk. In questi casi l'autolesionismo rappresenta una più o meno strutturata pratica sociale come i riti di tatuaggio, incisione, circoncisione. L'elemento in comune tra autolesionismo e rituali, è l'esercizio di un'aggressività diretta verso il corpo. Nei rituali il senso è definito, mentre nell'autolesionismo sfugge al soggetto ed all'osservatore.

Il cosiddetto *cutting* avviene spesso in modo ripetitivo. Non mi addentro nei dati epidemiologici facilmente consultabili. Nella mia esperienza i tagli o le bruciature vengono praticati in prevalenza alle braccia ed alle gambe in direzioni variabili ed in diversa profondità, per cui possono verificarsi anche complicanze infettive, sebbene non frequenti. Sul versante dello stato mentale, diversi studi riportano «l'osservazione clinica di una riduzione della tensione emotiva dopo un comportamento autolesivo»<sup>1</sup>.

1 AA.VV. *Psichiatria forense criminologia e etica psichiatrica*, a cura di V. Volterra, Masson, Milano, 2006, p. 82.

Familiari e sanitari coinvolti, di fronte a questi comportamenti, possono avvertire impotenza, irritazione e dispiacere, riflessi e facce della stessa medaglia fatta d'angoscia. Sappiamo anche quanto sia velleitario dire "non lo devi fare" oppure commuoversi e poi assistere al ripetersi di tali episodi.

Possiamo cogliere un aspetto oscuro di questo comportamento che si può intravedere nelle espressioni cupe del soggetto quando è assorbito da questi propositi. Un umore "nero" per usare la metafora dei colori. Avvertiamo che il soggetto è distante, lontano dalla possibilità di raggiungerlo con le parole. La conversazione è spesso difficile, si percepisce la stagnazione del discorso, che gira sempre intorno agli stessi temi. Il ragazzo, o più spesso la ragazza appaiono fissati su una certa immagine di sé per lo più mortificata: idee d'abbandono, scarso valore, incapacità, risentimento, rabbia. Eventuali apprezzamenti di orientamento positivo sono in genere respinti; dicono che non c'è comprensione per ciò che sentono. Ma se si chiede loro di descrivere lo stato d'animo (si perdoni il termine un po' vintage), si ottiene soltanto qualche accenno, per lo più frasi smozzicate, vale a dire che loro stessi hanno difficoltà a dire cosa gli succede.

Il fatto evidente è lo scarico di aggressività sul corpo in odio alla propria immagine. C'è una frase di Lacan su cui si può riflettere in merito al rapporto tra corpo e aggressività:

*Abbiamo qui un rapporto specifico dell'uomo col proprio corpo, che si manifesta anche nella generalità di pratiche sociali dai riti di tatuaggio, dell'incisione [...] fino a quella che potremmo chiamare arbitrarità procustea della moda, in quanto smentisce nelle società avanzate quel rispetto delle forme del corpo umano la cui idea nella cultura è tardiva<sup>2</sup>.*

Nel mito di Procuste, come si sa, c'è il famoso letto in cui il protagonista, Procuste, legava le sue vittime. Se erano più corte del letto, le stirava, se erano più lunghe ne amputava gli arti. Cioè il corpo doveva essere della dimensione stabilita, la non corrispondenza ne giustificava lo strazio. Notiamo un certo parallelismo con l'accettazione dell'immagine del proprio corpo, questione centrale nell'adolescenza, ma anche in altre fasi della vita. Vale a dire allorché ci si trova dover accettare un corpo che non corrisponde all'ideale, o comunque quando si tratta di accettare sé stessi di fronte ad una frustrazione. L'immagine di sé è pervasa dal senso di costrizione e l'angoscia ne costituisce il segnale: angoscia viene dal latino angustia, sinonimo di ristrettezza. Le derive possibili di un'immagine corporea distorta, le troviamo in varie sintomatologie, per esempio: anoressia, dismorfofobia, depressione, psicosi e disturbi somatoformi, ma anche nelle condizioni di malattia organica. Nell'autolesionismo, però abbiamo un'aggressività agita dal soggetto. Trattandosi di un'intenzionalità essa ci pone la questione di cercare d'intendere a cosa è diretto e cosa vuol dire un tale comportamento.

Ho già anticipato, che qui non mi riferisco ai fenomeni psicotici, cioè ai cosiddetti i cosiddetti *passaggi all'atto*, la cui caratteristica, in breve, è lo scollegamento del soggetto da ogni relazione con l'altro, è un'uscita di scena. Per intenderci è un

2 Lacan J., *L'Aggressività in Psicoanalisi, Scritti*, vol. I, a cura di G. Contri, Einaudi, Torino, 1974, p. 99.

po' come il fenomeno della fuga immotivata, il soggetto fugge in una direzione incomprensibile ed in un modo incongruo, letteralmente esce dalla scena del mondo, compare un fuori senso, spiegabile a volte con i contenuti del delirio o delle allucinazioni. L'agito o *acting out*, di cui parlo, è invece collegabile nel contesto di relazione, ci appare più come un evento reattivo, sebbene enigmatico.

### *Due tempi*



Ascoltando questi soggetti, mi sembra di poter distinguere almeno due scansioni temporali. Una prima fase direi è quell'atto in cui viene prodotta la lesione, la definirei *sincronica*, cioè in una certa situazione per lui insopportabile, il soggetto si pratica la lesione. In una seconda fase direi *diacronica*, la cicatrice prende posto sulla pelle del soggetto, il quale continuerà a portarla con sé, vale a dire nell'immagine del

suo corpo. La cicatrice entra ed accompagna la sua storia, diventa un segno, per sé stesso e per gli altri.

Prima dell'atto, c'è spesso una fase prodromica, preparatoria dove, in modo più o meno reattivo ad eventi significativi, compare l'idea di procurarsi i tagli, che può essere favorita anche da fenomeni di emulazione. Può anche trattarsi di un periodo breve, di pochi minuti successivo a qualcosa di spiacevole, vale a dire un certo messaggio, che giunge al soggetto. Il messaggio può provenire da dalla ruminazione di pensieri ripetitivi, vissuti anche in modo dissociativo, oppure un messaggio rinviato da altri, possono essere parole, gesti, sguardi, espressioni del viso, messaggi social. In questi frammenti di discorso si può incontrare il "no" della relazione intersoggettiva, un rifiuto avvertito, una svalutazione, che fa vacillare. Anche la noia può avere questa funzione. La noia in quanto vuoto, incertezza e mancanza di senso, costringe un soggetto a dover scegliere una via d'uscita, ma solo lui stesso può farlo, nessun altro, perché la propria noia è un vissuto personale. Dalla noia, come da altre costrizioni, si esce formulando una domanda, proponendosi a sé stessi come soggetto in grado di decidere e di andare in una direzione. Invece in queste contingenze alcuni sperimentano solo la propria ed altrui inconsistenza. A volte si nota, in questi soggetti, la difficoltà ad articolare un discorso, a confrontarsi con i pensieri. Purtroppo, la cultura attuale fatta di comunicazioni brevi e frammentate non aiuta. Infatti, normalmente «la lingua si presta al malinteso, al dirottamento di significato, all'oscillazione»<sup>3</sup>, è necessario un ordine interiore per confrontarsi con l'incertezza, invece nel nostro

3 Kantzà F.: *Evaporazione del padre*, Mimesis, Milano 2021, p.108.

tempo si percepisce come «l'erosione linguistica generale decompone la lingua, erode le scansioni logiche, i passaggi concettuali»<sup>4</sup>.

Il soggetto non trova le parole per orientarsi, non parla, consuma il gesto nell'isolamento, emotivo e/o spaziale, si trova solo con l'immagine del proprio corpo e la possibilità di disporre, come un padrone assoluto, sadico e senza rispetto per la propria forma. Diventa quindi il seviziatore di sé stesso. L'atto compiuto sottoscrive un salto nel rapporto con il linguaggio e le sue oscillazioni, il soggetto non tenta di formulare una propria domanda. Infatti, domandare qualcosa a sé stessi od a qualcun altro espone sempre all'incertezza, all'insoddisfazione, al no che si può ricevere, al limite. Insomma, domandare porta con sé la necessità di crescere e saper sopportare ciò che non siamo, la nostra mancanza ad essere, che ci contraddistingue. È un sapere, che si può apprendere incontrando un padre, cioè qualcuno che funzioni nel trasmettere la capacità di ordinare pensieri, parole ed affetti, la possibilità di articolare un proprio discorso, per quanto semplice. In mancanza di quest'orientamento un soggetto scivola sul piano dell'immaginario. Qui la prima cosa che incontra è il proprio corpo e quindi la relazione erotico aggressiva con la sua immagine. È questo il momento del colpo. Sempre lo stesso. Confusione interiore, che trova quale unica certezza il sangue ed il dolore. Ogni taglio sembra essere una tacca che si ripete, l'incisione diventa segno. Potrei dire che in tale momento il rapporto del soggetto con il linguaggio si risolve nella produzione di un segno nel reale del corpo, della propria presenza nel corpo. Non c'è la mediazione benefica delle parole. Cito il caso di una paziente che, sul procinto di tagliarsi per l'ennesima volta, si è astenuta dal farlo iniziando a parlare con un familiare. Invece di soffocare la propria domanda nella "soddisfazione" fisica e muta per la via del dolore, quella volta, è riuscita a far transitare qualcosa della sua intenzionalità nell'articolazione verbale. Anche parlare è un atto del corpo, ma i segni che esso produce non li vediamo così facilmente. Una parola ci può "toccare" ma non riusciamo mai a definirne completamente gli effetti, anche questi possono divenire metaforicamente "cicatrici", ma sono accessibili al ricordo, alla dialettica, finanche ad un nuovo discorso meno sintomatico.

### *La cicatrice*

Nella seconda fase, che direi diacronica, c'è la cicatrice, questa difformità e differenza sulla pelle, che il soggetto porta con sé. Divenuta segno essa entra in rapporto con lo sguardo proprio e dell'altro. C'è l'occhio del soggetto che guarda e quello da cui si sente guardato. Allora prendono forma l'effetto ed il maneggiamento di questi sguardi. Può esserci la vergogna di fronte allo sguardo sentito come severo: sguardo che punisce ed esclude. Il soggetto scopre l'alterità nello sguardo di chi incontra e allora evita, fugge o si nasconde. Può usare indumenti per coprirsi, oppure sovrappone tatuaggi, perché accettabili esteticamente. Può avere paura di farsi vedere, specie d'estate, all'aperto, o al lavoro con le braccia scoperte. Infine, può ricorrere alle cure estetiche, per esempio al laser per curare le cicatrici. Egli cerca quindi di coprire o cancellare quella traccia, quell'orma di una presenza inquietante, che l'ha devastato. Il carnefice che lui stesso è stato.

4 Ivi, p. 113.

Una cicatrice è un segno visibile ma essa rinvia all'invisibile della materia comunque aggredita al di là della superficie, l'invisibile della memoria del dolore e della rabbia. È la traccia del passaggio di qualcuno passato di lì (un chirurgo per le cicatrici chirurgiche, un incidente, oppure dell'azione volontaria). Qualcuno ha agito su quel corpo lasciando una traccia visibile, ma anche al di là di ciò che si vede. La deformità non è indifferente. Infatti, se paragoniamo queste cicatrici al tatuaggio, vediamo che questo è un'immagine erotizzante una parte del corpo, essa lascia un interrogativo allo sguardo; la pelle viene presa come una specie di "carta da lettere", le figure impresse offrono qualcosa all'immaginazione ed alle parole. Invece lo sfregio auto prodotto esprime l'indicibile della pulsione a cui si è rifiutata ogni possibile parola umanizzante. Il soggetto si è voluto alienare in quel segno. Egli non ha voluto arrischiarsi a parlare, ha rifiutato l'oscillazione di verità insita nel parlare, la possibilità di non essere capito o di non capire. Lo sfregio ci appare così come un punto cieco per lo sguardo, un gorgo muto, che non lascia spazio ad articolazioni. Se paragoniamo il corpo ad un quadro, una cicatrice è come un buco all'interno del quadro, un punto cieco che fa apparire il resto del quadro una finzione, mentre il buco ci appare come certezza priva di senso. Il quadro del corpo, la sua forma, è intorno al reale indicibile che è emerso. La cicatrice è quindi il reperto di un atto compiuto, ma è muta. Essa rivela solo la follia di un momento, la traccia dell'indicibile che abita il soggetto.



## INTERVISTA AL DIRETTORE

a cura di MASSIMO SORBO

### **DOTT.SSA TERESA TEDESCO**

Direttore Medico f.f. Presidio Ospedaliero  
Gubbio-Gualdo Tadino - POU  
Funzioni Governo Clinico e Gestione Liste di Attesa-  
USL Umbria 1



### **Dott.ssa Tedesco, in qualità di Direttore Medico ff Presidio Ospedaliero Gubbio – Gualdo Tadino, quali ritiene siano i Servizi erogati dall’Ospedale che si pongono all’attenzione come esempi di “eccellenza” nell’ambito del panorama sanitario Umbro?**

Il Presidio Ospedaliero di Gubbio Gualdo Tadino, sede di DEA di primo livello, fa parte della rete dell'emergenza ospedaliera e deve essere considerato a tutti gli effetti un polo strategico nel quadro della sanità regionale, non solo per l'elevato livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni che offre, ma anche per la sua posizione geografica baricentrica sia nei confronti del capoluogo regionale che con le zone di confine della regione Marche. Fra i punti di forza dell'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino c'è senz'altro l'attivazione di una serie di progetti, che riguardano trasversalmente reparti e servizi tutti volti a migliorare la qualità e l'umanizzazione dell'assistenza, considerando l'accoglienza uno dei momenti strategici del percorso di cura che consente di creare le basi per il rapporto di fiducia fra operatori/operatrici e utenti.

Una delle strutture d'eccellenza è il **Centro Regionale di Fibrosi Cistica**, una struttura organizzativa che è parte integrante dell'UO di Pediatria, a cui afferiscono pazienti pediatrici ed adulti che provengono sia dall'Umbria che da Regioni limitrofe. La fibrosi cistica (FC), colpisce in Italia circa 1 neonato su 2.500 – 3.000 nati vivi, con una incidenza di circa 200 nuovi casi all'anno. Molto elevata la prevalenza dei portatori sani nella popolazione generale, 1 portatore sano ogni 25-27 persone.

Oggi quasi 6.000 bambini, adolescenti e adulti affetti da FC vengono curati nei Centri Specializzati in Italia. Nella Regione Umbria sono 70 i soggetti affetti da Fibrosi Cistica, più del 50% adulti, e si ipotizza la presenza di 35.000 portatori sani.

La storia del centro regionale di FC risale all'anno 1981 nato come un servizio satellite per la cura della fibrosi cistica presso il reparto di pediatria dell'ospedale Calai di Gualdo Tadino con un collegamento dell'attività al Centro Fibrosi Cistica di Verona, diretto dal Prof. Mastella. Nell'anno 1994 viene istituito presso la U.O. Pediatria di Gualdo Tadino un vero **Centro Regionale Umbro per la Fibrosi Cistica**, individuato dalla Regione Umbria in base alla legge 584/1993; nel marzo 2008 il Centro, in seguito alla unificazione

degli Ospedali di Gubbio e Gualdo Tadino è stato trasferito presso il nuovo Ospedale di Branca. Il Centro di FC espleta funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e di orientamento e coordinamento delle attività sociali, formative e informative. Nel centro viene effettuata anche la diagnosi genetica di fibrosi cistica seguita dalla fase terapeutica e completata con la fase assistenziale da parte di un team multidisciplinare. In caso di necessità, i pazienti affetti da CF, adulti e bambini, vengono ricoverati presso l'area di degenza dedicata. Uno dei "fiori all'occhiello" dell'Ospedale di Gubbio Gualdo Tadino è il **Centro Ictus, che** risponde pienamente ai requisiti internazionali della Stroke Unit. La **"stroke care"** del team multiprofessionale, composto da neurologi, infermieri, OSS, fisioterapista, logopedista, con la consulenza di fisiatra, nutrizionista, neuropsicologo, si concretizza nella organizzazione di rapidi percorsi di ricovero in Centro Ictus per tutti gli ictus acuti, sia ischemici che emorragici, senza limiti di età e di gravità, in sinergia con 118, Pronto Soccorso, Laboratorio analisi e Radiologia.

Tra questi percorsi particolare importanza acquisisce il **Percorso Codice Ictus** per garantire a tutti gli ictus ischemici acuti la terapia di rivascolarizzazione ovvero la trombolisi iv entro 4.5 ore dall'esordio dei sintomi, e laddove indicata la trombectomia in sinergia con la neuroradiologia interventistica dell'Ospedale di Perugia. Durante la degenza la "stroke care" prosegue con l'organizzazione di rapidi percorsi individualizzati di prevenzione secondaria dell'ictus cerebrale, gestione delle complicanze, riabilitazione e training cognitivo. Alla dimissione la "stroke care" applica l'organizzazione di precoci percorsi individualizzati di dimissione, finalizzati al rientro a domicilio o alla riabilitazione intensiva o estensiva in continuità assistenziale con il territorio, mediati dall'informazione continua del paziente e dalla formazione del caregiver.

Il Centro Ictus di Branca analogamente al Centro Ictus di Città di Castello afferenti entrambi alla SC di neurologia/Centro ictus aziendale, partecipa attivamente al progetto Europeo Angels. Uno degli obiettivi di questo progetto, noto come "door to needle", che indica il tempo dall'ingresso al Pronto Soccorso alla infusione del farmaco, è di raggiungere un risultato inferiore a 60 minuti; un traguardo raggiunto dalla S.C.A. di Neurologia/Centro Ictus della USL Umbria 1 nel 2021 che, per la prima volta, ha ottenuto il titolo di Centro 'GOLD' nell'ambito dell'ESO-Angels Award, il premio internazionale promosso dal progetto 'Angels Initiative', frutto della collaborazione tra Boehringer Ingelheim, European Stroke Organization (ESO), World Stroke Organization e supportato in Italian Stroke Association (ISA) e dall'Associazione Lotta all'Ictus Cerebrale (ALICE). Questo riconoscimento è finalizzato a premiare i gruppi che si impegnano a garantire l'eccellenza nel trattamento dell'ictus, sia per quanto riguarda i trattamenti di riperfusione della fase acuta, trombolisi e trombectomia, sia per quanto riguarda la cura del paziente con ictus in Stroke Unit, incentivando in tal modo un continuo monitoraggio della qualità.

Un altro servizio di "nicchia" integrato con il territorio è il servizio odontoiatrico rivolto ai pazienti con disabilità, denominato progetto di "Odontoiatria Speciale che oltre ad essere unico per tutta l'azienda rappresenta anche un punto di riferimento regionale. Il Servizio di Odontoiatria Speciale è rivolto unicamente ai pazienti con disabilità, cioè persone con "bisogni speciali" caratterizzate da una diminuita capacità di collaborazione che può avere origini varie (compromissione intellettiva, neuromuscolare o sensoriale, e con quadri clinici eventualmente complicati anche da patologie sistemiche es. cardiovascolari, respiratorie o metaboliche).

L'accesso al Servizio avviene tramite la prenotazione presso il CUP (Centro Unico di Prenotazione regionale) mediante la richiesta del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta di "visita odontoiatrica per paziente non collaborante".

La prima visita viene successivamente svolta presso la sede del Servizio di Odontoiatria del Distretto Alto Chiascio, nei casi in cui il paziente mostri un grado di collaborazione soddisfacente, il percorso terapeutico può essere svolto interamente o parzialmente in ambito ambulatoriale, in caso contrario, il paziente viene inserito in lista operatoria presso l'Ospedale di GGT per eseguire le terapie in sala operatoria in condizione di anestesia generale. Per tali pazienti è stato definito un percorso dedicato in regime di day surgery che garantisce attività di accoglienza con particolare attenzione al contesto familiare e sociale grazie anche alla collaborazione dell'Associazione Italiana Sindrome X Fragile - Gruppo Territoriale Umbria.

L'attenzione alla qualità e all'umanizzazione dell'assistenza ha inoltre permesso all'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino di essere inserito, ormai da anni, nella rosa degli ospedali "a misura di donna" nell'ambito del progetto "**Bollini rosa**" promosso da O.N.Da. (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna).

Si pone in evidenza il percorso nascita che abbraccia un'area di intervento vasta che comprende la salute della donna e della coppia, la genitorialità consapevole e condivisa, la gravidanza, il parto, la nascita e la crescita del bambino. I servizi che il nostro Presidio si impegna a offrire sono articolati in modo da garantire la continuità tra territorio ospedale, e viceversa.

Il reparto di Ostetricia Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale di Gubbio - Gualdo Tadino rappresenta un vero polo di attrazione per tutto il percorso della nascita anche per utenti extraregione in modo particolare dalle Marche, anche a seguito della chiusura del punto nascita dell'ospedale di Fabriano. Nel 2020 sono nati nel nostro nosocomio 565 bambini (+ 142 rispetto al 2019), traguardo inaspettato, ed il trend del 2021 ha una proiezione che supera i 500 parti. La differenza rispetto alle nascite del 2019, è indicativa dell'attrazione verso questo punto nascita da parte di donne residenti non solo in Umbria ma anche da altri territori e tutto questo lo dobbiamo alla professionalità e dedizione degli operatori, alla qualità dell'accoglienza, alla possibilità di scegliere il parto attivo oppure il parto in acqua o la parto-analgesia.

Sempre nell'ambito del progetto "**Bollini rosa**" si evidenzia sia il percorso di prevenzione e diagnostico-terapeutico per patologie oncologiche femminili, che il percorso di accoglienza e mediazione culturale. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, in particolare, l'Ospedale partecipa attivamente al progetto **BIRTH - Better Integration Rate Through Maternal and Child Healthcare**, che permette di attivare tempestivamente mediatori/mediatrici qualificati/e delle diverse etnie e dei diversi territori, così da garantire servizi per le migranti che coprano tutto il periodo nascita e le prestazioni sanitarie dell'area materno infantile, sia con servizi programmati che d'urgenza; e al progetto **For.MIGRANTS - For.mazione e servizi per MIGLIORARE la Risposta degli Attori del territorio alle Necessità di Tutela della Salute dei rifugiati e richiedenti asilo**, volto ad assicurare una diffusa e funzionale conoscenza delle problematiche e delle opportunità in materia di salute dei rifugiati e richiedenti asilo tra questi ultimi e tra gli operatori che a vario titolo intervengono nel processo di integrazione e assistenza. Più in generale, proprio in virtù di questo impegno profuso, l'ospedale continua ad aumentare l'attenzione alla donna, in termini di salute ma anche della sfera sociale, relazionale e psicologica. Di particolare rilevanza, a

questo proposito, è l'adesione al progetto **"INTE.G.R.A. – Interventi per Garantire Risposte Adeguate alle donne vittima di violenza"**, che punta alla realizzazione nei servizi di pronto soccorso di specifici presidi che consentano al personale sanitario, appositamente formato, di individuare precocemente casi di violenza e tutelare immediatamente la vittima da ulteriori esposizioni a violenze fisiche e psicologiche anche attraverso il tempestivo coinvolgimento delle altre figure istituzionali pubbliche e private.

Nel Presidio è presente, da alcuni anni, anche un Servizio di Psicologia Ospedaliera, attivo con percorsi di valutazione clinica e presa in carico mediante percorsi psicologici e psicoterapia, rivolto agli utenti e ai loro familiari. Nell'ambito della promozione del benessere psicologico, sono attivi oramai da anni nel territorio eugubino-gualdese 8 gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto per persone affette da patologie croniche. Il Servizio è particolarmente attento anche al benessere psicologico degli operatori sanitari, proponendo attività di gruppo nei Servizi ad alto impatto emotivo (Oncologia, Fibrosi Cistica, Cure Palliative, Riabilitazione cardiologica, diabetologia); con l'avvento del Covid è stato attivato un percorso specifico per gli operatori in prima linea, comprensivo di valutazione dell'impatto emotivo dell'emergenza sanitaria e di gruppi di Debriefing/Defusing.

Da alcuni anni, grazie anche all'apertura della direttrice Perugia-Ancona, il Presidio sta svolgendo funzioni di HUB degli Ospedali di base del POU (Presidio Ospedaliero Unificato) in particolare Assisi e Media Valle del Tevere, soprattutto per le urgenze chirurgiche e varie consulenze specialistiche, anche in modalità di telemedicina, come ad es. la telecardiologia per la refertazione degli ecg di pronto soccorso e dei vari reparti, quando non presenti i cardiologi in sede.

### **Nel rispetto del nuovo PSR, ritiene che l'Ospedale potrà sviluppare ulteriori progetti di miglioramento dell'assistenza al cittadino/utente? E se sì, in quali Settori?**

Come detto, il miglioramento dell'assistenza ai/cittadini/e è al centro degli obiettivi perseguiti dall'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino. Naturalmente, questo è un aspetto che deve continuare a essere sviluppato e migliorato, proprio in accordo con quanto indicato nel nuovo PSR. Tra i vari progetti è in fase di realizzazione una ristrutturazione dei locali di pronto soccorso, che oltre a differenziare e migliorare i percorsi, prevede anche la realizzazione di un'area dedicata di medicina di urgenza con ampliamento degli attuali posti letti e acquisizione di strumentazioni idonee per la gestione di pazienti critici, al fine di rispondere a differenti istanze organizzative contingenti, correlate al numero di accessi in PS, alla loro complessità nonché alla opportunità di ridurre i giorni di degenza ed il sovraffollamento in area medica e ridurre i ricoveri con DRG medico in area chirurgica. I lavori di ristrutturazione con incremento dei posti letto riguardano anche la Terapia intensiva.

### **Nell'ambito dell'integrazione Ospedale-Territorio, qual è la situazione attuale nell'eugubino-gualdese e quali percorsi ritiene possano essere attivati o migliorati riguardo in particolare l'assistenza ai pazienti con patologie croniche non trasmissibili secondo le linee del Piano Nazionale delle Cronicità recepite dalla Regione Umbria?**

Al fine di rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute della popolazione, l'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino ha avviato un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari secondo modelli innovativi clinici e organizzativi che sono più funzionali alle esigenze dei cittadini e che facilitano l'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali grazie

anche ad una proficua collaborazione con il Distretto Alto Chiascio . All'interno di questa *mission* di carattere generale, l'Ospedale ha puntato non solo a favorire un livello migliore di sicurezza e qualità delle cure, ma anche una maggiore integrazione tra ospedale e territorio grazie ad un dialogo costante tra medici ospedalieri e MMG/PLS. Tra i vari percorsi di presa in carico del paziente e continuità delle cure vi è quello relativo alle dimissioni protette che prevede l'attivazione di una équipe multidisciplinare ospedale-territorio, per la valutazione del percorso post-ospedaliero, tenendo conto dei setting assistenziali disponibili (domiciliare, residenziale, semiresidenziale) in base a specifici bisogni assistenziali del paziente ricoverato ; in Ospedale è presente anche una RSA con percorsi integrati per la facilitazione delle consulenze e la gestione delle urgenze.

Un altro percorso da tempo consolidato, riguarda l'integrazione tra Cure Palliative domiciliari Alto Chiascio e servizio di Oncologia per le prese in carico precoci dei pazienti in carico all' oncologia che si concretizza nella valutazione congiunta dei pazienti con malattia progressiva, quando ancora la complessità assistenziale non richiede assistenza a domicilio. Consolidata è la collaborazione anche nei reparti ospedalieri dei medici palliativisti che vengono coinvolti sia per valutare il livello di complessità assistenziale in prossimità delle dimissioni, collaborando all'individuazione del servizio per la continuità assistenziale, sia per condividere e contribuire alla gestione dei sintomi nelle fasi avanzate di malattia oncologiche e non .La presenza in ospedale dei medici palliativisti avviene più giorni alla settimana, sia nel reparto internistico che nei reparti chirurgici, con il risultato di poter collaborare sia nel senso di atteggiamento palliativo dove richiesto nei ricoverati, che di supporto da parte degli specialisti ospedalieri per i pazienti gestiti a domicilio.

Per quanto riguarda i percorsi che devono essere ancora migliorati ci sono alcuni percorsi diagnostici terapeutici definiti dal piano cronicità aziendale in ottemperanza al piano regionale , purtroppo sospesi a causa della pandemia da Covid-19. Tra gli altri PDTA è stato recentemente condiviso, con i MMG del Distretto, quello per le patologie oncologiche in ambito chirurgico, mediante l'attivazione di un ambulatorio chirurgico oncologico per la presa in carico del paziente da parte del Gruppo oncologico multidisciplinare (GOM)



## LE 15 MEDICINE QUALE CI SALVERÀ

DOTT. TIZIANO SCARPONI

Come dicono i due autori Franco Cosmi e Rosario Brischetto, rispettivamente cardiologo ed internista ospedalieri: "in questo libro abbiamo provato ad illustrare virtù e difetti delle innumerevoli tipologie di medicine che vengono proposte, dividendole sinteticamente e arbitrariamente in 15 grandi "aggettivazioni"..."

Le aggettivazioni individuate spaziano dalla medicina ufficiale, scientifica a quella placebo, compassionevole, religiosa, non scientifica....insomma sino ad arrivare a 15.

La lettura è piacevole e scorrevole e vengono delineate in modo preciso ed esauriente queste 15 arbitrarie aggettivazioni.

Le conclusioni cui arrivano gli autori sono quelle, ovviamente, che l'unica vera medicina, quella che cura le malattie vere e proprie è la medicina scientifica. La medicina scientifica è quella basata sulle evidenze che fonda la propria epistemologia sul metodo di Galileo Galilei e qualsiasi altra medicina serve forse per "curare il malato e non la malattia".

Mi sia permessa questa considerazione. Il rapporto di cura è basato su un'interazione fra due essere umani in un divenire continuo, forse magari è solo quello che vivo io come medico di famiglia. Per essere più precisi si tratta di un'interazione il più delle volte fra due soggetti inseriti in dei sistemi che difficilmente permettono uno schema fisso e una medicina unica con un'aggettivazione che sia sempre la stessa. A ben guardare a ritroso sui comportamenti che io personalmente adopero non posso fare a meno di notare che spesso per lo stesso paziente posso io essere tecnologico, non scientifico, placebo, compassionevole, narrativo e così via.

Fatta questa considerazione, il libro merita di essere letto in quanto ricco di spunti e di riflessioni.

Tutte le 15 tipologie sono affrontate in modo esauritivo, ricco di riferimenti e fanno una vera disamina di tutte le realtà curative che in questo momento storico possiamo vedere



## GIURO DI NON DIMENTICARE STORIE DI MEDICI AI TEMPI DEL COVID

DOTT.SSA CRISTINA CENCI

È il titolo del libro prodotto da CIMO, che venerdì 19 Novembre, ha ricevuto il premio internazionale “European Award Investigation and Judicial Journalism Evolution 2021” per la sezione “impegno sociale contro il Covid 19”.

Nella splendida sala del Vestibolo Superiore della Reggia di Caserta, Lisa Clark, Nobel per la Pace 2017, e madrina della manifestazione, nel consegnare il premio al Presidente CIMO Guido Quici, ha ricordato la motivazione che un anno prima l’aveva spinta a candidare il corpo sanitario italiano al Nobel per la pace 2021: *“Il personale sanitario italiano è stato il primo nel mondo occidentale, a dover affrontare una gravissima emergenza sanitaria, nella quale ha ricorso ai possibili rimedi di medicina di guerra, combattendo in trincea per salvare vite e spesso perdendo la loro”*.

Non sono riuscita a trattenere la commozione ascoltando le sue parole e ripensando a tutte le emozioni non ancora sopite, di questi due anni di emergenza sanitaria vissuti in corsia, con i pazienti COVID, con i colleghi e con il personale sanitario tutto.

Mi sono passate davanti tutte e 28 le storie raccolte nel nostro libro. Storie scritte da altrettanti medici, dallo specializzando al pensionato, dalla Sicilia alla Valle D’Aosta. Storie semplici, scritte di getto, senza nessuna pretesa letteraria, che lette l’una di seguito all’altra, via via che i colleghi ce le inviavano, suscitavano in me e nel comitato di redazione CIMO LAB, un’emozione grande.

Perché in tutte, si percepiva il grande amore dei colleghi per il proprio lavoro, per i pazienti, per i colleghi, per gli infermieri e per gli operatori socio sanitari; la capacità del singolo di essere veramente un solo corpo, insieme a tutto il restante personale sanitario, impegnato a garantire a più malati possibili, l’accesso alle cure, in ospedale come nel territorio.

Le cinque storie pervenute dall’Umbria, esprimono tutte una grandissima resilienza e positività, forse perché da ormai troppo tempo, siamo abituati come medici, ad arrangiarci, senza mai perderci d’animo, visto il declino che la sanità regionale sta vivendo nell’ultimo decennio.



Questo riconoscimento europeo, che abbiamo voluto dedicare a **tutti i medici e sanitari che in questi 20 mesi di Covid, non hanno mai smesso di assistere gli italiani, mostrando altissima professionalità e gran senso di responsabilità, ci riempie di orgoglio e di rinnovata speranza.**

Nel ringraziare la giuria per aver concesso a CIMO il prestigioso premio, il Presidente Quici ha ricordato che **occorre mantenere viva la memoria, per rendere omaggio a tutti quei colleghi che hanno perso la propria vita per salvare quella degli altri e ha dedicato il premio a tutti i medici deceduti di COVID. Ai loro orfani, andranno i proventi della vendita del libro, attraverso ONAOSI.**

A noi che restiamo e continuiamo a lavorare nei nostri ospedali o nei nostri ambulatori, resta il compito più difficile, quello di non dimenticare ciò che è stato, e di fare corpo: medici ospedalieri; medici convenzionati; medici libero professionisti; medici specializzandi, neo laureati e corsisti di medicina generale; sindacalisti e rappresentanti ordinistici. Perché non si ripetano in Sanità, gli errori del passato, che hanno trovato fertile terreno nelle nostre divisioni.

*Perché il Giuramento fatto a inizio carriera, ci accomuna tutti e ci ricorda in quale direzione camminare. Cristina Cenci Coordinatore Nazionale CIMO LAB*

“

*Dedicato a: i medici del passato, del presente e soprattutto del futuro...*

*affinché nessun collega si senta mai solo*

”

Il ricavato dalla vendita del libro verrà devoluto alla Fondazione Onaosi per opere di assistenza dedicate agli orfani di medici deceduti per Covid.

**CIMO**lab  
IL SINDACATO DEI MEDICI



## NUOVE GRADUATORIE ODONTOIATRIA ASL: DA EVITARE RISCHI PER L'ATTIVITÀ



In vista della compilazione delle graduatorie 2022, è ormai di strettissima attualità **la normativa che regola l'accesso e il funzionamento dell'attività odontoiatrica ambulatoriale all'interno del SSN.**

La materia fa prevalentemente riferimento **all' Accordo Collettivo**

**Nazionale per la specialistica ambulatoriale** firmato nel 2019 e poi pubblicato nel marzo del 2020. Nell'accordo è esplicitamente previsto che, per accedere ai concorsi di Dirigente Medico e di Collaboratore, nelle strutture ambulatoriali pubbliche, **sia necessario ed imprescindibile il possesso del diploma di specialità, sia per i laureati in Medicina che per quelli in Odontoiatria, in applicazione di leggi quali la 489/97 (requisiti d'ammissione ai concorsi pubblici) e il DL 189/12 (Legge Balduzzi),.**

Questo impianto normativo per la Medicina non costituisce un problema, dato l'alto numero di specializzazioni (praticamente in ogni branca) e di specialisti, **mentre per l'Odontoiatria, va a cozzare con una realtà fatta di pochissime specializzazioni e soprattutto pochi professionisti specializzati** (per il ridotto numero di posti e di scuole di specializzazione a livello nazionale!). Questa discrasia ha comportato negli anni trascorsi la necessità di consentire l'accesso giocoforza ad una amplissima quota di professionisti non specializzati, che hanno ormai un rapporto di collaborazione di lunghissima data con la sanità pubblica **e che con tale accordo sarebbero stati inevitabilmente esclusi da incarichi e graduatorie, vedendosi azzerati i punteggi negli anni maturati.**

Lo stesso Vice Ministro della Salute Pierpaolo Sileri, in proposito, aveva dichiarato di voler prendere in mano la questione. Fortunatamente, nel maggio di quest'anno (art. 13 del Nuovo Accordo Collettivo del 20.05 u.s.), è intervenuta una parziale correzione, per cui... "tenendo conto dell'esiguo numero di medici ed odontoiatri in possesso del titolo di specializzazione" ..... " al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni, nel caso in cui sia stata accertata l'indisponibilità di specialisti inseriti nelle graduatorie, o in possesso dei requisiti" ..... "è consentita l'assegnazione di incarichi" ... "ai laureati" "iscritti all'Albo degli Odontoiatri che abbiano svolto almeno tre anni di attività convenzionale".....

In subordine l'allargamento, in caso di ulteriore carenza, andrebbe esteso a tutti gli

iscritti all'Albo. E' evidente come si tratti di una situazione da approfondire e di una norma da perfezionare.

In proposito, Raffaele Iandolo, Presidente CAO Nazionale, ha puntualizzato che [...] le scuole di specialità in Odontoiatria, per lungo tempo, non sono state neppure attivate nelle varie sedi universitarie. Il ristretto numero di odontoiatri ulteriormente specializzati rischia perciò di bloccare l'accesso concorsuale agli organi dirigenziali pubblici, precludendo al 90% dei professionisti la possibilità di partecipare. E questo, in un contesto in cui la maggior parte degli odontoiatri del SSN sarà presto in età pensionabile, rendendo di fatto impossibile il ricambio generazionale nei ruoli dirigenziali pubblici”.

Secondo Antonio Montanari, Presidente Albo Odontoiatri OMceO PG: “Ferme restando sia le sacrosante prerogative di chi ha conseguito con sacrificio una specializzazione, sia le altrettanto giuste rivendicazioni di chi, non specialista, ha già investito una bella fetta della propria vita professionale nelle attività ambulatoriali delle ASL (ma questi sono aspetti di tipo Sindacale), compito e ruolo precipui dell'Ordine sono soprattutto quelli di tutelare la salute dei Cittadini e la qualità delle prestazioni.

Da questo punto di vista, facendo un esempio molto pratico, se alla ASL occorrono prestazioni di chirurgia, come estrazioni di denti, è evidente che un odontoiatra specialista in chirurgia orale sarà senz'altro più che all'altezza. Ma tra uno specialista in ortognatodonzia, che magari non ha (mi si perdoni la banalizzazione) mai preso una pinza in mano ed un non specialista, che opera in bocca nelle ASL da 10-15 anni, chi immaginiamo sia più adeguato e capace?

Ecco, dunque, che, a mio avviso, ferma restando la necessità di inserire in graduatoria anche i non specialisti, per i motivi e le carenze di offerta accademica già abbondantemente elencati, è opportuno che, per i concorsi, vadano valutati “anche” capacità, curriculum, preparazione ed adeguatezza professionale dei candidati, attraverso opportuni percorsi, nell'ottica della migliore prestazione “pubblica” possibile, verso i pazienti.

Non solo: accanto alla indiscutibile “valutazione” del diploma di specializzazione, ritengo che una norma equilibrata debba assegnare adeguati “punteggi” anche ai non specialisti, in base agli anni di attività nelle ASL”.

“Qui non è in discussione il sacrosanto diritto di prelazione dello specialista nella sua specifica branca- sottolinea Andrea Donati, presidente ANDI Perugia- ma la violazione di diritti acquisiti di chi ha sacrificato una vita, spesso da precario, non di rado con incarichi in sedi disagiate e distanti, con l'obiettivo di raggiungere un punteggio che consentisse quantomeno tranquillità e sicurezza, lavorativa ed economica. Come può sentirsi ora un collega, che ha dedicato anni di studio e scelto la difficile strada della sanità pubblica e che ora viene a trovarsi spogliato di tutto e senza neanche poter competere con colleghi, magari inesperti, magari con specializzazioni che nulla hanno a che vedere con l'incarico in concorso, vedendo quindi bruciata una esperienza e conoscenza professionale e di dinamiche, che nel servizio pubblico sono ben diverse rispetto al settore privato, con nessun vantaggio per l'utente, mentre, se non cambiano le regole, con la prospettiva certa, prima o poi, della sua espulsione dal mondo del lavoro pubblico? E' mai possibile che il legislatore non abbia compreso che, per chi non ha potuto tutelarsi avviando una attività privata, questo, per tutti costoro, e sono tanti, non può che costituire una tragedia personale e sociale, in un odontoiatria, come quella attuale, che ha ormai saturato ogni possibile spazio e non consente una ricollocazione lavorativa?”



*Campagna  
per la difesa della salute  
contro l'abusivismo medico  
e odontoiatrico*

Dal 1<sup>o</sup> Aprile 2017 è partita la "Campagna per la difesa della salute contro l'abusivismo medico odontoiatrico. Siete tutti invitati alla massima collaborazione favorendo la diffusione di questa iniziativa affiggendo nei vostri studi tali manifesti e locandine. E' stata anche attivata una pagina FaceBook **#MEDICI VERI**. Visitatela e esprimete il vostro "mi piace" e eventuali commenti e suggerimenti.

