

EDITORIALE

Il nuovo Direttivo

Innanzitutto "grazie" a tutti per aver votato il nuovo Consiglio Direttivo del nostro Ordine, costituito da colleghi che peraltro hanno già raggiunto un buon affiatamento di squadra per obiettivi di interesse comune che non lasciano spazio a personalismi di alcun tipo.

Grazie anche a tutto quanto è stato fatto negli ultimi sei anni dai Consigli Direttivi presieduti da Franco Carugno per la gestione illuminata ed oculata che peraltro ha lasciato un attivo di circa 20.000 euro che ci hanno consentito intanto di tinteggiare i locali dell'Ordine, aggiornare i programmi di gestione degli iscritti, rinnovare le attrezzature con l'acquisto di stampante, fax, computer portatile con videoproiettore.

Abbiamo già delineato alcune linee programmatiche per questo triennio, istituendo alcune Commissioni: Anna Morcone presiede quella per l'aggiornamento professionale (per i crediti ECM in tema di linee-guida cliniche, deontologia medica e bioetica), Angelo Trabassi quella per la stampa del Bollettino trimestrale *Aesernia Medica* e per la pubblicazione dell'Albo degli iscritti, Giorgio Berchicci per la Bioetica e così via.

I compiti istituzionali che ci spettano sono molto ampi: tutela dell'immagine professionale ed umana della figura del medico e dell'odontoiatra, sviluppo della comunicazione tra professionisti della sanità e società, attenzione costante ai valori del Codice di Deontologia Medica e del Giuramento Professionale soprattutto per quello che riguarda il "prenderci cura" del malato come persona e l'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche.

V'invitiamo tutti, colleghi ed organizzazioni mediche e sindacali, a frequentare di più la nostra sede, anche per conoscerci meglio e scambiare opinioni o ricevere suggerimenti: Intendiamo, infatti, rafforzare i rapporti tra Consiglio Direttivo ed iscritti, favorendo la partecipazione sempre più stretta e lo sviluppo del senso d'appartenenza, esplicitando il ruolo e le funzioni sociali dell'Ordine con la sua autorevolezza e dinamismo ma anche con la sua presenza puntuale e costante e non causale, diffondendo l'idea di associazionismo attivo.

Un'ultima annotazione. L'Azienda Sanitaria Regionale del Molise è stata finalmente realizzata e al Direttore Generale Ing. Sergio Florio, di cui ben conosciamo le capacità, facciamo i migliori auguri di buon lavoro. Dobbiamo, però chiedergli di evitare il rischio che il territorio della nostra provincia sia relegato ai margini del processo decisionale ed operativo, ormai tutto orientato su Campobasso (ASREM, Cattolica, Università del Molise, facoltà di Medicina, Corsi di laurea triennali ecc.). Per questo, ci faremo promotori di un raccordo di programma tra tutti gli Ordini (Medici, Farmacisti, Veterinari, Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali ecc.) e tutte le organizzazioni sindacali (ospedaliere e del territorio). Su questo c'impegneremo e vi terremo informati.

Sergio Tartaglione

L'Ordine per promuovere dialogo e conoscenza

Con questo numero il Bollettino torna in campo. Il formato è nuovo e i contenuti vogliamo sperare che saranno condivisi dai lettori, ai quali è rivolta la preghiera di partecipare con proposte di modifiche e integrazioni.

L'Ordine, come scrive il presidente Tartaglione, riparte da una posizione di tutta tranquillità sotto ogni aspetto. La base di partenza è quindi quella ideale per poter guardare ad un futuro sereno, oggi quanto mai necessario con due novità storiche della regione: la riforma sanitaria e l'istituzione della Facoltà di Medicina. La riforma, che sta facendo i primi passi con la nuova Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), richiede grande collaborazione se si vuole un moderno modello di sanità. La Facoltà di Medicina è un'occasione storica per dare alla sanità regionale ricerca e formazione di eccellenza in casa. Sono oltre 250 i giovani molisani in giro per l'Italia a studiare medici-

na e pochissimi quelli che trovano le porte aperte per le specializzazioni. La stessa formazione permanente, oggi tanto necessaria e richiesta, è lontana e costosa.

È ambizione oltre le righe? Non credo. Meglio, non lo è se tutti ci facciamo carico dei nuovi problemi. I soldi? Ci sono, con meno polverizzazione e più programmazione legata ai risultati monitorati via via.

Un altro elemento qualificante del Bollettino abbiamo voluto individuarlo in un "inserto" di storia locale, da intendere, ovviamente, come ampliamento della ricerca storica e con riferimento ad avvenimenti che hanno contraddistinto il percorso del Molise nel tempo, a cominciare dalla preistoria che qui sta dando risultati di interesse internazionale accettati dal mondo scientifico (da anni, e anche quest'anno, giovani ricercatori provenienti da ogni parte del globo, dall'Indonesia ai diversi continenti vecchi e nuovi).

L'inserto di questo numero è di Bruno Paglione, un uomo che alla ricerca preistorica nell'alto Molise ha dedicato la vita, mettendo a disposizione i reperti rinvenuti che saranno presentati al Congresso Mondiale di Preistoria di Lisbona nel prossimo settembre.

A parte la valenza scientifica, il lavoro di Paglione dimostra con prove alla mano che in questa regione la presenza dell'uomo ha una data antichissima, senza soluzione di continuità nel susseguirsi delle varie età preistoriche e praticando scambi probabilmente dovuti alla posizione di snodo viario del territorio nei due sensi nord-sud ed est-ovest. Una funzione che rimane tuttora una costante da favorire con la modernità dei nuovi sistemi di collegamento.

Non credo di dover aggiungere altro. Porgo a tutti i saluti della redazione e miei personali, con gli auguri di buon lavoro.

Natalino Paone

La nuova edizione del bollettino dell'Ordine

Dopo una lunga pausa riprende la pubblicazione del bollettino dell'Ordine. Al di là di quello che può rappresentare il suo peso culturale e scientifico, la riteniamo un'iniziativa tanto utile quanto dovuta per mantenere, anche attraverso di essa, il contatto tra i medici della Provincia con il confronto di idee ed esperienze oltre che di informazione sulla vita di questo Ordine e sulle problematiche sindacali della categoria medica.

Rispetto alle edizioni passate, Aesernia Medica presenta alcune novità:

- La veste tipografica e il formato che gli consentono di avvicinarsi a quello di un

normale periodico.

- Alcune nuove rubriche come la bioetica e quella della Facoltà di Medicina del Molise.
- Un inserto centrale che, unitamente alle immagini di copertina, vogliono rendere omaggio alla storia, anche la più antica, della nostra Provincia (a tal proposito anticipiamo che, in un prossimo futuro, ritenendo di fare cosa gradita, sarà disponibile un raccoglitore che consentirà di conservare gli inserti).

Contiamo entro la fine dell'anno di garantire altre due uscite del Bollettino, a settembre e dicembre. I materiali per la pubblicazione dovranno pervenire entro il 31 agosto per il se-

condo numero ed entro il 30 settembre per il terzo.

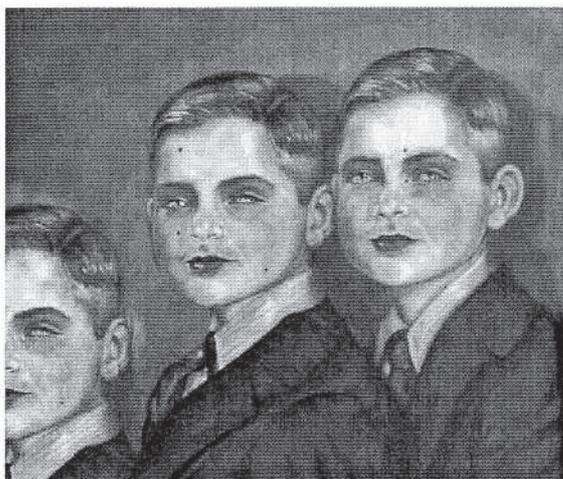
La lunghezza degli articoli, salvo casi particolari preventivamente concordati, dovrà essere contenuta entro le 100 righe di 80 battute l'una.

I contenuti, eventualmente corredati da immagini, dovranno essere inviati o consegnati su supporto informatico alla redazione del Bollettino presso la sede dell'Ordine in via Libero Testa o in alternativa inviati all'indirizzo di posta elettronica (file .doc o .txt per i testi e .jpg o .tif per le immagini): aeserniamedica@sigmastudio.it

Angelo Trabassi

Alle radici di un binomio

Non c'è dubbio che la Bioetica venga spesso associata alla Medicina, con una rilevanza scientifica e mediatica impressionante. In genere questo binomio suscita due ordini di reazione: diffidenza oppure entusiastica adesione, ma al di là di ciò non è ozioso andare ad una sintetica ricognizione delle origini storiche del connubio, per darne ragione profonda e cercare di mostrare come le due discipline non sono in



relazione surrettizia.

Risaliamo, dunque, ai "padri" della disciplina. In primo luogo Van Rensselaer Potter, l'oncologo molecolare statunitense che ebbe la preveggenza intuizione non solo del termine "bio-etica" (1970), ma anche della necessità assoluta di rimettere in dialogo il linguaggio scientifico con quello etico, a fronte delle prevedibili formidabili sfide della futura biomedicina.

In secondo luogo, citiamo il ginecologo olandese André Hellegers, storico co-iniziatore della prima istituzione accademica di Bioetica, il *Kennedy Institute of Ethics* presso la *Georgetown University* (Wa-

shington DC), il quale si è adoperato per l'ingresso della neonata disciplina nei reparti di degenza, allo scopo di applicare nel concreto ciò che si iniziava a riflettere nelle aule accademiche.

Ancora, non si può non citare il filosofo tedesco Hans Jonas che, nel suo *Tecnologia, medicina ed etica* (1985), sottolineava come la pratica biomedica non possa privarsi della necessaria responsabilità proprio quando la sempre pervasività della tecnica nelle bioscienze addirittura configura una vera e propria tecno-filosofia.

Ed ancora, ricordiamo il lavoro di due filosofi. Warren T. Reich, il quale già nella prima edizione della *Encyclopaedia of Bioethics* (1978) include, come primo ambito di interesse della fresca disciplina, proprio l'ambito biomedico. Ed ancora, Daniel Callahan, cofondatore dell'*Hastings Center* (New York, USA), che nel 1997 avvia una profonda riflessione sugli scopi ed i limiti della medicina a fronte della pressione esercitata dalla rivendicazione all'autonomia da parte del paziente per un verso e dalla dinamica economica per altro verso (*Hastings Center, The Goals of Medicine*, 1997).

Non può negarsi, allora, che la bioetica si occupa da sempre di medicina. Sorge, però, una domanda: e l'etica medica? Rimane fagocitata? La risposta necessita un minimo di riflessione.

L'etica medica accompagna l'"ars longa" dalle sue origini, anche se si ci si riferisce a questo termine esplicitamente dal XIX secolo all'inizio del lavoro definitorio intorno alla deontologia professionale. Fino al secondo dopoguerra del '900, pur con assestamenti, lo scenario

medico ha continuato a svilupparsi, secondo una certa continuità.

Alcuni fatti, però, hanno avviato una profonda riflessione in campo medico. Anzitutto, la tragica epopea delle discriminazioni sui malati e delle sperimentazioni selvagge perpetrate durante il regime nazional-socialista, che ha generato un vasto ripensamento del ruolo assegnato al paziente: non più "oggetto" ma "soggetto" di cure.

Inoltre, non ha fatto sentire il suo influsso la stagione dei diritti dell'uomo inaugurata dalla solenne *Dichiarazione* dell'ONU (1948), che ha introdotto nel sentire e nell'agire comune delle persone una crescente consapevolezza dei propri diritti. Emerge così il principio di rispetto dell'autonomia del malato (USA, *Rapporto Belmont*, 1978), che spinge la professione medica a rinunciare all'antico paternalismo, navigando adesso nelle perigliose acque di un difensivismo medico di sapore contrattualista.

Un secondo fatto che ha inciso sulla tenuta epistemologica ed etica della medicina è rappresentato dalla sempre maggiore diffusione della tecnologia, senz'altro di segno positivo, ma celando il rischio di lasciare sempre meno spazio alla relazionalità intersoggettiva ed all'intuizione clinica.

In terza battuta, la strutturazione sociale della tutela della salute che aveva portato i Paesi sviluppati alla istituzione dei servizi sanitari nazionale di tipo solidale universalistico ha impattato con un sempre maggior onere economico, che ha richiesto da oltre un decennio l'adozione di misure, discusse, di razionamento e razionalizzazione dei servizi.



Ad ogni modo, tutti i fattori hanno "complessificato" la medicina e, conseguentemente, gli aspetti a rilevanza etica, non solo *bedside*, ma anche a livello macro-strutturale. Proprio tale complessità ha contribuito alla nascita della bioetica che, per la sua matrice multi ed inter-disciplinare, tuttora rappresenta un importante tentativo di soluzione a tale complessità.

L'etica medica, dunque, non è stata fagocitata bensì esplicitamente assunta fra i diversi livelli osservativi etici in gioco - in particolare l'organizzazione e la politica sanitaria, l'economia ed il management - e dunque messa in grado di dare il suo fondamentale contributo.

Bioetica e medicina, dunque, sono intrinsecamente legate per motivi procedurali ma anche sostanziale: entrambe riflettono e dibattono in merito alla criteriologia, al sistema assiologico che dovrebbe informare l'impresa biomedica. La questione non è di sapore accademico dal momento che, a seconda della prospettiva adottata, ne deriveranno risposte profondamente diverse. Infatti, il vero crinale su cui riposa ogni possibile tentativo di risposta insiste sulla scelta della prospettiva di fondo. Fondamentalmente si confrontano due pensieri.

Il primo, definibile *non cognitivista*, ritiene impossibile fondare razionalmente ogni universalismo valoriale dando per insuperabile il pluralismo etico vigente e, pertanto, ripiegando ogni eticità di scelta o su un accordo procedurale fra le parti o sull'elemento che al momento (*prima facie*) si ponga come emergente. Ciò comporta, ovviamente, la costante rivedibilità dei valori condivisi "a maggioranza".

Il secondo pensiero bioetico, al contrario, ritiene che dalla realtà in senso complessivo possa guadagnarsi razionalmente un ordine, dunque dei beni, che possono essere offerti alla ragione ed alla elaborazione dei singoli, in vista della costruzione di una convivenza fondata su elementi valoriali stabili, pur prendendo atto che la loro consapevolezza varia nel tempo e nei luoghi. In tutti i casi, comunque, il valore di riferimento rappresenta una guida certa, a partire dalla centralità dell'uomo nella sua totalità di soggettività e corporeità.

Non sembri astratta la distinzione. In concreto, il discrimine delineato rappresenta l'alveo in cui si collocano le diverse etiche in gioco. Inoltre, essendo la bioetica una disciplina "metodologicamente laica", le posizioni si confrontano sul valore delle affermazioni anzitutto alla luce del principio di realtà e, secondariamente, per le argomentazioni sostenute. Ancora, le scelte che si faranno nella quotidianità medica saranno profondamente diverse e nell'oggetto e nelle intenzioni di chi le agisce, a seconda della prospettiva adottata. Oltre tutto facendo giustizia, un posizionamento del genere, della trita dicotomia fra bioetica cosiddetta cattolica e bioetica c.d. laica.

Dunque in conclusione, bioetica e medicina sono strettamente correlate, a partire dalla chiara scelta ippocratica sulla centralità ed inviolabilità della persona malata. Questa presa di posizione non lascia molti dubbi rispetto ad una scelta etica ben definita.

Dario Sacchini*

* Istituto di Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

Bioetica

Da questo numero prende inizio sul nostro bollettino una pagina dedicata ai temi della Bioetica.

Come è noto a tutti, gli Ordini sono particolarmente attivi in questo settore che, tra

l'altro, insieme alla deontologia è l'unico nel quale è concesso di organizzare eventi ECM.

Inoltre, la Federazione nel corso del mese di dicembre 2005 e gennaio 2006 ha organizzato tre incontri, che si sono tenuti rispettivamente a Modena, Bari e Pescara, rivolti alla formazione di colleghi che hanno dato la loro disponibilità ad essere "Facilitatori di eventi bioetici".

La pagina è aperta al contributo di tutti coloro che lo desiderano, non è riservata al solo Ordine di Isernia, anzi vuole essere un piccolo luogo di incontro e di scambio di esperienze inerenti la Bioetica nel quale possono essere presenti anche cultori della materia di ogni parte d'Italia e provenienti da discipline diverse dalla nostra.

La Bioetica si connota per la sua multidisciplinarietà, e quindi riteniamo che l'apertura ad altre declinazioni culturali possa essere di notevole arricchimento per tutti noi.

Giorgio Berchicci



Obesità psicogena: Che fare?

Pancia e testa sono intimamente collegate: oltre che mangiare con la pancia, noi mangiamo con la testa. Oltre che con la testa, noi pensiamo con la pancia. La pancia spesso fa perdere la testa.

IL CIBO, PRIMA DI STARE NELLA PANCIA, STA NELLA NOSTRA TESTA.

L'esperienza del cibo è fondamento ontologico dell'individuo che, appena nasce sperimenta l'allattamento: la mamma che da il suo latte diventa per il neonato più importante del latte stesso. Anche successivamente il cibo, non è solo nutrimento ma anche modalità relazionale e comunicativa: non è importante ciò che si mangia ma chi mangia in rapporto con chi offre il nutrimento.

Per Freud, la bocca è la prima zona erogena che ci permette di entrare in contatto con il mondo. Nella fase orale, ogni esperienza affettiva e cognitiva del bambino passa per la bocca: il cibo toglie la fame ma offre anche il piacere della suzione; fa sentire calore, vicinanza ed affetto ma può veicolare anche oppressione e intrusione.

La cavità orale è dunque sede delle più importanti funzioni vitali: mangiare, bere, respirare, baciare. Anche parlare: non a caso, diciamo la "madre lingua", come se la funzione del linguaggio venga presa ed appresa attaccati al seno materno insieme al latte ...

L'oralità è una connotazione che ci portiamo avanti tutta la vita. Basti pensare alla funzione del giudizio estetico (secondo cui ciò che è bello coincide con ciò che è buono) o del giudizio morale (che distingue tra

ciò che è buono da ciò che non lo è).

Un piatto di spaghetti non è dunque solo pasta: dentro ci sono famiglie, ricordi, progetti, sentimenti, emozioni... Così, ben presto gli uomini cominciano ad accumulare grasso al giro vita assumendo la tipica conformazione a mela, le donne accumulano grasso alle anche assumendo una conformazione a pera... ma il destino di tutti è quello di diventare come una mela, perché a dopo i 50 anni anche le donne accumulano grasso ai fianchi per la carenza di estrogeni.

Il cibo nasconde simboli antichissimi

Nel corso della storia ad alcuni cibi si è attribuito significato simbolico:

il *sale* simbolo d'incorruttibilità e fedeltà perché conservava gli alimenti prosciugandoli;

nell'area mediterranea, *pane-vino-olio* simbolo dell'uomo che piega l'ambiente perché alimenti che non si trovano in natura ma che sono frutto di una civiltà tecnologica;

il *cristianesimo* colloca il pane al centro dei suoi riti, quando diventa ostia che mette in comunicazione con la divinità e in comunione i fedeli;

dietro la pratica del cannibalismo c'era la credenza che nutrendosi di parti del caro estinto o di nemici coraggiosi se ne assimilassero le virtù;

oggi due *bio-artisti* del Royal College of Art di Londra, Georg Tremmel e Shiho Fukuhara, propongono di inserire parte del codice genetico di una persona cara in quello di una pianta per tramandarne

l'essenza biologica. Sorgono inquietanti interrogativi etici: mangiare una mela-nonno di alberi così modificati geneticamente è una forma di cannibalismo?

Il cibo rivela significati sociali

Mangiare è dunque più che nutrirsi. All'alimentazione si sono attribuiti anche significati relazionali o legati al sesso. Il cibo è anche simbolo sociale. L'uomo ama condividere con i suoi simili il momento del pasto, che segna l'appartenenza al gruppo. Così, intorno al cibo si concentrano tutti i rituali borghesi, come le solenni scorpacciate che celebrano nozze, compleanni ed ogni tipo di ricorrenza o, in alcune culture, persino i funerali: in questo caso, il cibo che nutre i vivi serve anche a nutrire anche i morti; da qui l'abitudine di deporre viveri nella sepoltura; la loro memoria è celebrata con banchetti funebri in cui si lascia un posto vuoto riservato al defunto. Solo l'occidente contemporaneo separa nettamente vita e morte e ha tanatofobia.

Il cibo dà un'identità economica, religiosa, ideologica ed anche etnica. Per esempio, la soia e l'uso delle bacchette identificano i cinesi. La pasta connota gli italiani, affetti da nazionalismo perché rocciosamente fedeli alla propria tradizione gastronomica e sdegnosamente diffidenti d'ogni sapore nuovo: all'estero oltre la nostalgia della patria lontana con gli affetti e le tradizioni, la nostalgia per gli italici spaghetti. Il divieto di nutrirsi della carne di mucca presso gli indù è ori-

ginato da esigenze alimentari. Dopo il 600 a.C. la vacca divenne sacra, perché macellare vacche in una regione monsonica, dove le inondazioni potevano travolgere interi raccolti, significava privarsi di una riserva d'emergenza che da viva, poteva essere sfruttata per il latte e lo sterco (usato come fertilizzante e combustibile).

Oggi c'è lo spreco: il pane raffermo, le merendine sbocconcellate dai bambini sempre troppo sazi, i tre contorni obbligati intorno alla bistecca in USA, le decorazioni vegetali della nouvelle cuisine ... tutto destinato all'immondizia senza alcuno scrupolo, con cinismo distratto. Se consideriamo che *la mente rappresenta anche la società*, il sintomo per eccellenza della bulimia (ma anche dell'anoressia), il mangiare ed eliminare, diventa cupo emblema della nostra società opulenta.

Tutto ben rappresentato nel film di Marco Ferreri *"La grande abbuffata"*, del 1973. Rinchiusi in una villa, i protagonisti mangiano fino a morire, confortati da Andréa Férrrol che condivide la macabra orgia. È un suicidio paradossale: la società del benessere affoga nello spreco, annega nel proprio grasso e nella propria mancanza di etica, di progetto e di futuro.

Il cibo può anche emarginare e discriminare. Una volta, la tavola riccamente imbandita indicava potere e prestigio, perché il cibo era un problema per molti ed averne disponibilità era privilegio e possibilità di forza fisica. Oggi, l'alimentazione non indica più la "qualità sociale" della persona: l'abbondanza è a disposizione di quasi tutti e non è più sinonimo di privilegio sociale. La società industriale promuove l'idea del cibo per tutti per vendere al maggior numero di consumatori. Nasce così un nuovo tipo d'emarginazione e di discriminazione, in una società ed un mercato "obesogeni", dove l'apporto calorico medio procapite si avvicina alle 4000 ca-

lorie al giorno (il doppio di quello che necessita ad una persona normale). L'obesità sta diventando una malattia sociale che colpisce i più deboli: per denaro, cultura, sesso, classe sociale, razza.

Alcuni esempi:

Nei paesi ad alto reddito, il ricco ostenta il proprio status con l'aristocratico distacco dal cibo, con il mangiar poco ed i poveri sono obesi. Le condizioni socio-economiche indicano, meglio della genetica, le future condizioni fisiche: basso reddito e scarsa scolarizzazione sono garanzia per un futuro da obeso.

Il ricco si cura meglio perché ha più facile accesso alle strutture sanitarie qualificate ma si ammala anche poco perché usufruisce di scuole e supermercati migliori che non servono cibo-spazzatura.

Le donne in soprappeso hanno più difficoltà a sposarsi.

Uomini con BMI fuori norma hanno maggiori difficoltà a trovare lavoro e fare carriera.

In USA, il 50% dei membri delle minoranze etniche supera i confini del peso normale.

Occorre dunque promuovere cambiamenti dello stile di vita. Intervenire sul consumo calorico, non significa che sottoporsi a massacranti esercizi fisici. Usando meno l'automobile e camminando si contribuisce alla perdita di peso. Ogni persona può fare un'attività compatibile con età, preferenze, condizioni cliniche e disponibilità finanziarie. 1/3 delle donne e 1/4 degli uomini cercano di stare a dieta. La dieta è una terapia e quindi un atto medico che non può essere prescritto da dietologi, nutrizionisti e ciarlatani. La linea è astemia. Adulti e bambini spesso devono tutto fuorché l'acqua. Molte diete sono inutili e causano a loro volta obesità. Diete d'urto brevi e drastiche, accompagnate spesso da un'alimentazione sbilanciata, contribuiscono ad elevare la mortalità tra gli obesi. La riduzione del 10% del peso corporeo riduce del 50% i rischi lega-



ti al peso eccessivo. La decisione di mettersi a dieta (già il deciderlo è difficile perché esistono obesità ego-sintoniche che sono le più gravi rispetto a quelle ego-distoniche) a breve termine è coronata da successo. Poi recuperano peso ed iniziano una nuova dieta. I tentativi di dieta durano in media 5-6 mesi: anche con l'assistenza professionale, non si riesce a mantenere in maniera duratura la perdita di peso che dopo si riacquista con gli interessi (effetto yo-yo). Bisogna insegnare a riconoscere gli stimoli di sazietà e fame in modo realistico. *Il piacere non è mangiare ma mangiar bene e lentamente ricette semplici e gradevoli. Non "dimagrire = digiuno" ma "dimagrire = mangiare tutto, tranne ...".* Dunque, mangiare meno, ma mangiare in modo diverso, riducendo drasticamente i grassi degli alimenti. Anche se inizialmente quest'alimentazione sembra disgustosa, comunque elimina

la necessità di controllare continuamente le calorie. Non bisogna sperare nei miracoli: l'associazione tra alimenti poveri di grassi e movimento fisico sembra ridurre, anche se di poco, il peso ma l'obesità ma non la elimina. Il vantaggio è che si riducono almeno in parte i rischi per la salute che accompagnano l'obesità. Non l'obeso ma l'intera famiglia deve osservare il regime alimentare e d'attività fisica. Non si tratta solo d'ereditarietà se genitori obesi hanno figli obesi. Entrano in gioco anche le abitudini di vita.

Modello patogenetico a due vie

(Massimo Cuzzolaro: "Anoressie e bulimie. Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi". Il Mulino, 2004)

1. Fattori di rischio per insoddisfazione del corpo:

Fisici (Genere femminile e concentrazione del grasso nella metà inferiore del corpo, Età giovane, Soprappeso, Inclinazione familiare - in particolare materna - al soprappeso)

Ambientali (Classe socio-economica bassa, Grande importanza attribuita in famiglia all'aspetto fisico, Una madre molto preoccupata per l'alimentazione e le diete)

Problemi Evolutivi (Pubertà, Preoccupazioni per il rendimento scolastico, Distanza fra stereotipi culturali di bellezza femminile e corpi reali delle adolescenti)

2. Fattori di rischio per difficoltà di autoregolazione:

Temperamentali e caratteriali (Disposizioni del temperamento, determinate geneticamente, attraverso l'interazione precoce con l'ambiente, producono tratti del carattere e, nel tempo, disegnano profili di personalità (per es. ossessiva, impulsiva ecc.).

Traumatici (Esperienze di abuso: fisico, sessuale, emoti-

vo; Negligenze e carenze gravi nelle cure ricevute in infanzia ed adolescenza)

Familiari (Invischiamento: (ognuno sa tutto dell'altro: "come sto?"), mancanza di confini (stanze con porte aperte), confusione dei ruoli (genitori "infantilizzati", figli "genitorizzati", madri "sorelle"), occultamento ed evitamento dei conflitti ("volemose bene"); Iper-protezione e ipercontrollo, scarso sostegno allo sviluppo dell'autonomia personale (madre "chiocchia"); Scarso capacità ad esprimere sentimenti ed emozioni (alessitimia e brositimia) e di comunicare in modo diretto (triangolazioni); Aspettative molto ambiziose; Disturbi psicologici dei genitori, in particolare disturbi depressivi.

Prognosi

La storia naturale dei Disturbi dell'Alimentazione (DA) variano da un episodio singolo in adolescenza che guarisce, fino a forme di malattia che durano tutta la vita.

I DA sono le patologie mentali con più elevata mortalità giovanile dopo le poli-tossicodipendenze. Gli interventi terapeutici negli ultimi decennio hanno ridotto la mortalità ma non hanno sostanzialmente modificato il decorso a lungo termine.

Una persona che si ammala di DA può andare incontro a: ricovero in ospedale urgente o con TSO

guarigione con sequele somatiche (per es., osteoporosi o danni dentali)

guarigione con sequele psicopatologiche (per es., DOC, condotte di abuso, alcolismo, depressione ecc.)

cronicizzazione nella forma di una sindrome completa o parziale

morte per complicanze mediche o suicidio

"At regard prognosis, non of these cases, however exhausted, are really hopeless whilst life exists"

(William Gull). Insomma,

"Finché c'è vita, c'è speranza" (detto popolare). "Guarire significa star bene, non star male, non stare troppo male, condurre la vita che le circostanze permettono, essere come gli altri sani e normali ... senza i disturbi che impediscono di lavorare, di far l'amore, di dormire, di vivere in famiglia. Ma le cose non sono così semplici ..." (Giovanni Jervis)

Perché "le cose non sono così semplici":

Un disturbo mentale non è un incidente, ma è radicato nella storia e nella biografia di chi ammalia e diventa parte integrante della sua vita e quindi del suo percorso esistenziale: è segnale di una crisi ed anche soluzione nella gestione esistenziale (più o meno provvisoria, più o meno antieconomica).

Per guarire è necessario che il disturbo cessi di essere crisi perché ha cessato di essere soluzione e stile di gestione della propria vita: la persona, possibilmente ma non necessariamente, ora ha compreso la crisi nella storia della propria vita (insight).

La guarigione dal disturbo mentale passa attraverso un profondo cambiamento dei rapporti umani del paziente, in direzione di una crescita.

Approccio integrato

È un approccio multi-dimensionale, multi-disciplinare, multi-professionale, in un Ambulatorio medico dedicato, cioè in un servizio ambulatoriale in cui un medico si occupa, in modo specifico, dei problemi fisici delle persone malate di anoressia e bulimia. Il lavoro è per lo più integrato con quello di altri specialisti. In certi casi, oltre a controllare le gravi complicanze somatiche, prova a preparare il terreno per un intervento psicoterapeutico. Le possibilità di successo aumentano se, nel frattempo, i genitori o il partner,

consapevoli del problema, cominciano per conto loro una serie di consultazioni psicologiche: l'ambiente familiare diventa esso stesso terapeutico o, comunque, meno complice. È necessario però un Programma-Progetto-Percorso-Personalizzato, in grado di combinare, caso per caso, la terapia medica e farmacologica con il trattamento psicoterapeutico e disegnare, di volta in volta, la strategia d'intervento in funzione del tipo di patologia (indicatori diagnostici) e delle caratteristiche individuali del soggetto (indicatori clinici).

Terapia psico-farmacologica

Ancora oggi si trattano le patologie associate e non l'adiposità che ne è la causa. I farmaci vanno usati, anche se nessun farmaco è risolutivo ed il peso perduto con l'aiuto dei farmaci è recuperato dopo l'interruzione.

In Italia, e in molti altri paesi, sono solo tre le molecole riconosciute ufficialmente efficaci per la cura della bulimia

nervosa e dell'obesità: fluoxetina per la bulimia nervosa, sibutramina (*Ectiva-Bracco, Reductil-Abbott*) e orlistat (*Xenical-Roche*) per l'obesità.

Si usa anche *Ondansetrone (Zofran-Glaxo)*, utilizzato per la prevenzione del vomito in corso di chemioterapia antineoplastica, ha qualche beneficio nella bulimia nervosa, e *Topiramato (Topamax-Janssen)*, antiemetico e stabilizzante dell'umore che causa a volte perdita di peso.

Psicoterapie

Per l'efficacia degli interventi è necessario affrontare le dinamiche che stanno alla base di vissuti e comportamenti: intrapsichiche (cosce e inconscie), familiari, relazionali (nell'adolescenza, il modo in cui i messaggi degli adulti sono elaborati e accettati oppure respinti dipende soprattutto dal tipo di risonanza offerta dal gruppo dei pari).

I sintomi psicopatologici sono costose invenzioni della mente e in certe fasi critiche della vita di una persona rap-

presentano: l'unica forma possibile di espressione della soggettività e di desideri sconosciuti ma potenti e irrinunciabili; come quelli fisici, sono anche estremi tentativi di autocura (e se per debellare la tosse o il vomito, eliminassimo i centri nervosi dei rispettivi riflessi?).

Ogni forma di intervento deve contrastare la tirannia del male senza però privare l'adolescente della possibilità di entrare in contatto con desideri e fantasmi segreti o zone d'ombra senza le quali ogni individuo finirebbe schiacciato sugli stereotipi della normalità. In adolescenza, la ricerca del proprio modo di stare al mondo passa attraverso sperimentazioni, anche rischiose e stravaganti, che non devono essere subito imprigionate in una diagnosi medica e, di fatto, represses. D'altronde, oggi c'è la tendenza a spostare in ambito clinico i problemi ordinari della vita (conflitti familiari, lutti, disagi ed ovviamente crisi adolescenziali).

La valutazione dei risultati delle psicoterapie e il confronto fra metodi distinti è impresa

Classificazione del DSM IV-TR

Bulimia Nervosa

A. Ricorrenti **abbuffate**, caratterizzate da entrambi i seguenti elementi:

1) mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili

2) sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti ed inappropriate **condotte compensatorie** per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano **in media** almeno due volte alla

settimana, per tre mesi.

D. I livelli di **autostima** sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei.

Sottotipi di Bulimia Nervosa

Con Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale di BN, il soggetto presenta regolarmente **vomito autoindotto** o uso inappropriato di **lassativi, diuretici o enteroclistmi**.

Senza Condotte di Eliminazione: nell'episodio attuale il soggetto utilizza regolarmente altri comportamenti compensatori inappropriati (**digiuno o esercizio fisico eccessivo**), ma non si dedica regolarmente a vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclistmi.

Disturbo da Alimentazione Incontrollata

A. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata, con presenza di entrambi i seguenti elementi:

difficile, forse impossibile: gli effetti si verificano solo su tempi lunghi e la relazione causale fra terapia e cambiamento non è semplice da dimostrare. Nella maggior parte dei casi, le psicoterapie non seguono protocolli standard ma approcci flessibili. La variabile individuale del terapeuta è determinante:

Giovani fino a 16 anni: terapie della famiglia secondo il modello relazionale-sistemico.

Fasce di età successive: trattamenti individuali (psicoanalitici e/o cognitivo-comportamentali).

Sempre e in ogni caso, per pazienti e/o famiglie: programmi psico-educazionali, *Self-help groups*, *Overeaters anonymous*, Associazionismo, e counseling psicologico.

Counseling psicologico

Dovrebbe essere appreso da qualsiasi medico. Gli interrogativi da porsi:

È un paziente soprappeso o obeso? *Ho ancora spazio per la prevenzione danni più gravi all'organismo o sto già*

in una zona a rischio, con aspetti clinici complessi anche per la co-morbidità?

Perché questa persona è diventata aumentato il peso?:

problemi fisiologici (menopausa),

problemi clinici (disturbi psichici, malattie metaboliche o endocrine, patologie che condizionano le possibilità di movimento come interventi chirurgici, traumatismi, ernia alla colonna ecc.),

modificazione degli stili di vita (stili di vita più routinaria e meno "agitata" come succede a giovani appena sposati, casalinghe, disoccupati e pensionati; persone che smettono di fumare o di fare attività fisica ecc.).

3. Quali i miei errori medici?

Il *matrimonio ideologico con una dieta* anziché l'ascolto attento delle motivazioni del paziente (bisogno di piacere, paura di non piacere più, desiderio di cominciare una nuova vita, voglia di riprendersi una dignità che il grasso ha tolto, esperienza di malattia).

La *rassicurazione razionale* invece di quella emozionale

Insufficiente medicalizzazione, autorevolezza, assertività, rigidità

Vi sono due modi per affrontare il problema:

Approccio "War against": è un approccio razionale-didattico con *atteggiamenti dogmatici*, interventi repressivi e unidirezionali applicati a studenti in età adolescenziale nell'ambito di iniziative di prevenzione primaria dei DA o effettuati dai medici generici sui loro pazienti. È il metodo KAP, con tre obiettivi principali: la *Knowledge* (conoscenza, informazione), che modifica la *Attitude* (atteggiamento), e questo si traduce in *Practice* (azioni, comportamenti) più sani. È una *prevenzione dall'alto*, di tipo autoritario: "Conviene fare come vi dico io perché sono l'esperto". Non funziona, anzi rischia di suggerire a persone predisposte proprio quelle pratiche che mirano a contrastare (per esempio, vomito autoindotto o abuso di lassativi e diuretici). È la *lotta contro l'idolatria mediatica* della magrezza (le "veline" a cilindro) o del grasso (la "velona"). In Inghilterra, è proibito utilizzare, nella pubblicità e nelle sfilate di moda, modelle troppo magre. In Norvegia e Svezia i cibi con troppi grassi, sale e zuccheri

1) **mangiare**, in un periodo definito di tempo (per es., entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo e in circostanze simili;

2) sensazione di **perdita del controllo** nel mangiare durante l'episodio (per es., la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti **sintomi**:

1) mangiare molto più rapidamente del normale

2) mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni

3) mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati

4) mangiare da soli a causa dell'imbarazzo

per quanto si sta mangiando

5) sentirsi disgustato verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate.

C. È presente marcato **disagio** a riguardo del mangiare incontrollato.

D. Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, **mediamente**, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi.

E. L'alimentazione incontrollata **non** è associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico), e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Fattori Psicologici che Influenzano l'obesità

Fattori psicologici influenzano negativamente

non possono essere pubblicitari ai bambini. In USA, violente proteste di associazioni di consumatori hanno fatto sospendere la campagna pubblicitaria per una tavoletta di cioccolato molto sottile imperniata lo slogan "You can never be too rich or too thin" (non si è mai né troppo ricchi né troppo magri) e lo show televisivo "Grasso è bello".

Approccio "Deal with": costituito da atteggiamenti dialettici rivolti ai fattori di vulnerabilità (come la mancanza di sostegno familiare e sociale, la cattiva salute) e potenziando fattori di protezione (per esempio la stima di sé e la capacità di affrontare situazioni difficili o la capacità di lettura critica di messaggi pubblicitari). Gli interventi di promozione della salute si fondano sulla negoziazione (deal with), quali: migliorare la comunicazione tra le persone e all'interno delle reti sociali (quartiere, scuola, ambiente di lavoro) creando un clima di sostegno; assicurare a tutti, in ugual misura, la possibilità di accedere ai servizi di consultazione e di cura; diffondere conoscenze di base sulla promozione e la tutela della salute; Nel proprio ambulatorio,

si può aiutare il paziente a sviluppare la capacità di empowerment (affrontare situazioni difficili): modulare emozioni e impulsi, affrontare situazioni angosciose, gestire e scelte problematiche.

Occorre comunque *Potenziare l'autostima*, in quanto molto stretti sono i rapporti tra DA e stima di sé bassa o, comunque, fragile, instabile. La stima di sé ha due componenti:

il senso di sé come persona capace (self-competence), fattore oggettivo e cognitivo, basato sulla valutazione dei risultati delle proprie prestazioni.

il senso di sé come persona che piace e si piace (self-liking), fattore soggettivo ed emozionale, legato allo specchio dell'altro; dipende da processi di conferma sociale, specie da quelli che provengono dal gruppo dei pari. Sentirsi in grado di piacere e, quindi, piacersi (mi piace piacermi), anche in contrasto con i media che impongono ideali di peso e di immagine del corpo del tutto irrealistici. L'alfabetizzazione mediatica (Media-literacy) è per esempio insegnare agli adolescenti la capacità di analizzare criticamente i messaggi pubblicitari che riguardano

l'alimentazione o l'aspetto fisico ideale. I giovani imparano tecniche ed espedienti retorici con i quali vengono costruiti articoli, video, spot pubblicitari e ne producono alcuni loro stessi.

I paradossi alimentari

La psicologia del comportamento alimentare è piena di sorprese: funziona in modo del tutto diverso da come vorremmo.

PRIMO PARADOSSO ALIMENTARE: il conflitto di obiettivi del comportamento alimentare ("mi piace godermi il cibo e mi piacerebbe essere magro").

Il comportamento alimentare dei mangioni è segnato da un conflitto di obiettivi: "mi piace godermi il cibo e mi piacerebbe essere magro". In un conflitto di obiettivi, il comportamento è determinato dal movente che domina. Poiché è sempre il principio del piacere a vincere, nella maggior parte dei casi le motivazioni a mangiare sono sempre vincenti ... Solo quando il piatto è ormai

l'Obesità in uno dei seguenti modi:

1) peggiorano il **decorso** dell'Obesità, come dimostrato da una stretta relazione temporale tra i fattori psicologici e lo sviluppo o l'escalazione dell'Obesità, o la ritardata guarigione da essa;

2) interferiscono col **trattamento** dell'Obesità;

3) costituiscono un **ulteriore rischio per la salute** del soggetto;

4) reazioni fisiologiche correlate allo **stress** precipitano o aggravano sintomi dell'Obesità.

Esempi di fattori Psicologici che Influenzano l'obesità:

Disturbo Mentale (per esempio, Disturbo Depressivo, schizofrenia)

Sintomi Psicologici (per esempio, ansia)

Tratti di Personalità o Stili di Adattamento (per esempio, negazione patologica della neces-

sità di una dieta)

Comportamenti Sanitari Maladattivi (per esempio, mancanza di esercizio fisico)

Reazione Fisiologica correlata allo Stress

Altri Fattori Psicologici (interpersonali, culturali, religiosi, ecc.)

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza

Pica (persistente ingestione di sostanza non alimentari)

Disturbo di Ruminazione (rigurgito e rimasticazione del cibo)

Disturbo della Nutrizione dell'Infanzia o della Prima Fanciullezza (persistente incapacità di alimentarsi adeguatamente con significativa incapacità di aumentare di peso o significativa perdita di peso)

vuoto sentiamo il senso di colpa e riemerge la motivazione al controllo.

Per mantenere una dieta ipocalorica dovremmo allora trovare altre motivazioni, ancora più forti del piacere di mangiare: mi sento male male, mi sono innamorato ecc...

SECONDO PARADOSSO ALIMENTARE: l'autorepressione alimentare (*"più mi controllo e più rischio di perdere il controllo"*).

I tentativi di controllare il proprio comportamento alimentare spesso hanno il disastroso effetto di farci ingrassare di più. L'ossessiva preoccupazione per il peso corporeo e la linea ideale è uno dei maggiori fattori di rischio per l'insorgenza dei DCA.

Questo paradossi si basano sulla teoria dei processi ironici: alcuni processi invalidano le nostre intenzioni e provocano proprio la condizione che volevamo impedire.

Provate a volere escludere un'idea inquietante dalla mente: questa torna a dominare i vostri pensieri con maggiore intensità. Quando il mangione vuole ad ogni costo ridurre le calorie, ottiene l'effetto contrario: mangia di più proprio perché vuole mangiare di meno.

Mangiatori normali e mangioni

Il mangiatore normale mangia perché ha un senso di disagio dettato dalla fame e smette quando è sazio: *fame e sazietà sono stimoli biologici interni*. Egli cerca di mantenere l'introduzione del cibo entro determinati limiti: il senso della fame gli impedisce di ridurre l'apporto alimentare di sotto di un valore minimo, il senso di sazietà gli permette di non mangiare in eccesso. Tutto è ordinato: tra le due soglie di fame e sazietà si trova una "zona biologica" che regola l'apporto alimentare in maniera automatica e inconscia, non conta le calorie e quando sopraggiunge il senso

di sazietà s'interrompe. Se il mangiatore normale sgarra e va oltre la soglia biologica della sazietà, prova intenso malessere.

Per il mangione, funziona la *teoria della esternalità*, cioè della regolazione esogena del comportamento alimentare. Il mangione (*ma anche il bevitore o chi è dedito ad altre condotte di abuso come fumo e droghe*), non avverte i segnali somatici della zona biologica che per lui sono molto meno vincolanti, non si accorge quando è affamato o sazio. Se un problema in qualsiasi area della vita (lavoro, scuola, relazioni, soldi) gli causa disagio, questo disagio è sempre interpretato come sensazione di fame (o sete o altro desiderio). Disagio e fame sono sempre confusi insieme, per cui ogni scusa è buona per mangiare (o bere o fumare o drogarsi). Gli succedeva anche da piccolo, quando piangeva per vari motivi (mal di pancia, sentirsi bagnato, avere paura) e la mamma rispondeva ad ogni suo bisogno con la somministrazione di cibo.

Il mangione s'impone di controllare l'introduzione del cibo. L'alterazione cosciente del comportamento alimentare richiede continua attenzione e concentrazione. La zona tra fame e sazietà del mangione non è biologica ma psicologica: se si distrae (un'arrabbiatura, un evento piacevole, una perdita, un film o una partita di calcio in TV), perde il controllo della sua dieta.

Inoltre, il mangione non si accorge di aver raggiunto la sazietà e perde totalmente il controllo dell'impulso a mangiare. È come se dicesse: *"Dato che la dieta è rovinata, tanto vale proseguire fino alla frutta-dessert-gelato-caffè-grappino, e perché no?, la spaghettonata di mezzanotte!"*.

Linda Tartaglione

COMITATO DI REDAZIONE

Direttore responsabile
Natalino Paone

Coordinatore editoriale
Angelo Trabassi

Comitato di redazione
Giorgio Berchicci
Fernando Crudele
Alfredo Volpacchio

Segreteria di redazione
Mara Ionata

Consiglio Direttivo

Presidente
Dott. Sergio TARTAGLIONE
Vice Presidente
Dott. Angelo TRABASSI
Segretario
Dott. Mario TESTA
Tesoriere
Dott. Anna MORCONE

Consiglieri

Dott. Antonio BIONDI
Dott. Corrado Altieri
Dott. Alfredo De RENZIS
Dott. Rita ROSATO
Dott. Antonio SANITA'
Dott. Vilma ZULLO
Cons. Odontoiatra
Dott. Giorgio BERCHICCI
Cons. Odontoiatra
Dott. Mario TESTA

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente
Dott. Claudio D'Apollonio
Dott. Bruna BATTISTA
Dott. Giuseppina SCIOLI
Dott. Giuseppina Rocchio
(membro supplente)

Commissione odontoiatri

Presidente
Dott. Giorgio BERCHICCI
Dott. Giovanni ANGELONE
Dott. Danilo CANE'
Dott. Trino DI CRISTINZI
Dott. Mario TESTA

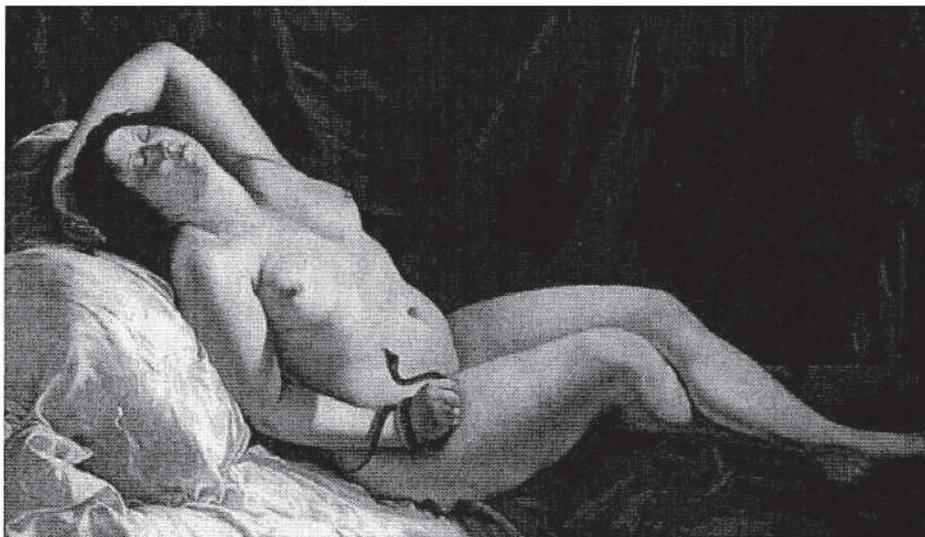
Il suicidio: profili introduttivi

A causa della loro prevalenza, gravità e diffusione, il suicidio ed altre forme di comportamento autolesivo, rappresentano un rilevante problema di salute pubblica in tutto il mondo. Si calcola che nel mondo 2.000 persone si tolgano la vita ogni giorno, 80 ogni ora, 750.000 ogni anno, e questi numeri, basandosi sui resoconti ufficiali tendono presumibilmente a sottostimare il fenomeno. In

dizione e prevenzione. Il suicidio, come gli altri comportamenti umani, ha notoriamente una genesi multifattoriale, in cui s'intersecano fattori d'ordine biologico, psicologico e sociale. I comportamenti suicidari vengono attualmente considerati atti multideterminati e complessi, contraddistinti da una fenomenologia multi-causale caratterizzata da componenti diversificate che agisco-

sturbi psichiatrici in genere, un ambiente familiare disturbato come indicato da divorzi, conflitti, dispute legali ecc. Caratteristiche peculiari di personalità sono anche considerate fattori predisponenti come l'impulsività, l'aggressività e la tendenza ai comportamenti violenti ed antisociali. Particolare rilevanza nell'ambito dei fattori predisponenti al suicidio assume anche il trauma infantile. È stato calcolato che le vittime di abuso infantile, da adulti, commettono 5 volte più frequentemente gesti suicidari. Gli eventi di vita stressanti quali la perdita del lavoro, eventi stressanti familiari o affettivi costituiscono, assieme alla presenza di malattie mediche croniche, il lutto e la facile disponibilità di un metodo suicidario, i più importanti fattori potenzianti che agiscono come grilletto.

La ricerca sui correlati biologici delle condotte suicidarie ha prodotto numerosi studi con l'obiettivo di indagare sia la genetica che la biochimica del suicidio. Dall'osservazione infatti che il suicidio ricorre nelle famiglie, sono stati condotti studi familiari e su gemelli che hanno portato i risultati di una tendenza dei comportamenti suicidari, specie quelli completati, ad essere geneticamente determinati. Per quanto riguarda la biochimica, i neurotrasmettitori del sistema nervoso centrale, nelle varie fasi e componenti della loro sintesi, trasporto ed azione, sono da oltre 20 anni il principale bersaglio di studio, fornendo anche i candidati alle indagini di genetica molecolare, volte a esplorare i singoli elementi possibilmente implicati nella



confronto al suicidio vero e proprio, i tentativi di suicidio, definiti come gesti autolesivi commessi con l'intenzione di morire, sono un fenomeno ampiamente più comune, la cui prevalenza è difficilmente valutabile in quanto molti di essi non vengono in nessun modo registrati: gli studi di prevalenza lifetime sul tentativo di suicidio forniscono valori che oscillano fra l'1% ed il 12%.

A causa della loro frequenza, i comportamenti suicidari rappresentano una delle emergenze più comuni in ambito psichiatrico, ed uno dei problemi più complessi è la loro pre-

no sinergicamente. Tali componenti costituiscono una rete di fattori di rischio che possono essere differenziati in fattori predisponenti e di potenziamento. Il più importante fattore predisponente per il comportamento suicidario è senza dubbio la presenza di un disturbo psichiatrico. Dati recenti mettono in evidenza come oltre il 90% delle persone che tentano il suicidio sono affette da un disturbo psichiatrico, principalmente un disturbo dell'umore o un disturbo psicotico. Altri fattori predisponenti sono l'abuso di sostanze, la familiarità per suicidio o per di-

trasmissione della suscettibilità allo sviluppo di condotte suicidarie. I lavori si sono in gran parte concentrati sulla serotonina, i cui bassi livelli, misurati attraverso la concentrazione dei suoi metaboliti nel liquido cefalo-rachidiano, sono predittivi di condotte suicidarie in pazienti depressi. Recentemente inoltre è stato studiato il ruolo nelle condotte suicidarie di alcune neurotrofine, la cui espressione è stata trovata aumentata nel tessuto cerebrale di pazienti deceduti per suicidio, e di alcuni nutrienti in grado di attraversare la barriera emato-encefalica, come gli acidi grassi poli-insaturi, di cui è stato dimostrato un incremento nei livelli in alcuni tipi di depressione e nelle condotte impulsive, affini a quelle suicidarie.

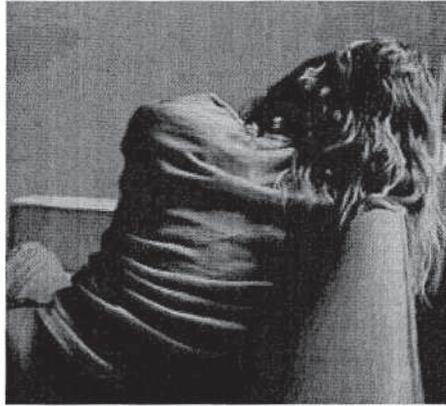
Dalla prospettiva psicologica, numerosi lavori ci hanno permesso di caratterizzare dimensionalmente la patologia di cui è portatore il paziente suicida, ed è terreno fertile di ricerca l'esplorazione delle connessioni di questa con determinati markers biologici e genetici. Da numerose evidenze sperimentali si evince come alcune dimensioni psicopatologiche siano correlate con le condotte suicidarie. Particolare rilevanza assumono in questo ambito l'aggressività e l'impulsività, la presenza di storia di trauma infantile e una scarsa capacità di reazione agli eventi stressanti di vita.

È notevole inoltre la mole di informazione fornita dagli studi cognitivi. Dalla letteratura in questo ambito il paziente suicida sembra infatti essere dotato di alcune caratteristiche salienti, quali il possedere una scarsa capacità di risolvere i problemi, un pensiero dicotomico e poco flessibile, e un'impazienza che si manifesta nella carenza di costanza e di lungimiranza. Un altro fattore cognitivo importante sembra essere la disperazione, che per alcuni individui costituisce l'anello di congiunzione tra la depressione e il suicidio. Può

essere inoltre ipotizzato come *un difetto nella mentalizzazione* sia in grado di portare un individuo al passaggio all'atto in momenti di estremo disagio e incapacità di risolvere determinati problemi.

La vulnerabilità alle condotte suicidarie dalla prospettiva sociale è invece condizionata dall'interazione dell'individuo con gli altri individui, e dall'interazione del gruppo così costituito con l'ambiente. Si possono in tal modo selezionare, grazie all'ausilio degli studi epidemiologici, una serie di gruppi a rischio, la cui individuazione è cruciale per l'applicazione nella pratica clinica di schemi di monitoraggio e trattamento dei singoli pazienti, e per l'indirizzamento a livello socio-sanitario di piani di azione e prevenzione delle condotte suicidarie rivolti al sostegno delle classi in tal modo individuate. Prendendo in esame le più comuni variabili sociodemografiche, si può rilevare come il suicidio sia più comune tra i soggetti di sesso maschile, tra coloro che non hanno un'occupazione stabile e tra coloro che non possiedono un gruppo di supporto valido (famiglia, relazioni sentimentali ecc.) o sono socialmente isolati.

I fattori biologici e quelli delle sfere psicologica e socia-



le possono combinarsi a livelli e in proporzioni variabili a seconda dell'assetto biologico di base dell'individuo e del corso unico e irripetibile della sua storia. È possibile ipotizzare un modello di suicidalità in cui questi elementi si addizionino fino al superamento di una certa soglia, che definiremo soglia suicidaria, provocando l'insorgenza di una ideazione suicidaria o il passaggio al gesto autolesivo vero e proprio. È importante notare come queste tre dimensioni: l'ideazione suicidaria, il tentato suicidio e la morte per suicidio non rappresentino un continuum. Ci sono pazienti che pensano al suicidio per tutta la vita senza mai nemmeno tentarlo e, viceversa, decessi per suicidio privi di avvisaglie di alcun genere.

Marco Sarchiapone, psichiatra, psicanalista, è Professore di Psichiatria presso la nuova Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università del Molise. Si occupa da oltre dieci anni di condotte suicidarie, sia dal punto di vista clinico che della ricerca scientifica. È autore di numerose pubblicazioni sull'argomento e collabora con i maggiori esperti mondiali, sia statunitensi che europei, nello studio delle condotte autolesive. Tra le sue attività più recenti, in ambito internazionale, spiccano l'impegno come Segretario Generale della sezione di Suicidologia della World Psychiatric Association e come referente per l'Italia del Network europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la prevenzione del suicidio. Collabora con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria presso cui ha promosso e coordina uno studio sui correlati biologici e psicopatologici delle condotte aggressive ed autolesive all'interno degli Istituti di Pena, attualmente in corso nel distretto Abruzzo-Molise. Rappresenta l'Italia con la partecipazione ad una task force internazionale per la prevenzione del suicidio nelle carceri organizzata dalla International Association for Suicide Prevention.

L'OPINIONE

La medicina di famiglia



Ci sono aspetti della Medicina Generale/di Famiglia che le sono assolutamente peculiari e questa originalità si configura in ciò che le è specifico e la diversifica dalla medicina accademica-specialistica-ospedaliera. È essenziale che il ruolo che i Medici di famiglia ricoprono nel Servizio Sanitario sia compreso compiutamente all'interno della professione medica. Del resto la Medicina Generale è stata inserita tra le discipline per i tirocini professionalizzati universitari, sia pre-laurea, sia post-laurea per l'esame di abilitazione alla professione medica (decr. 19-ottobre 2001 n. 445).

Gli aspetti precipi alla Medicina di Famiglia possono essere considerati da vari punti di vista: struttura-metodo-contenuti-organizzazione.

La struttura

Nel 2002 Wonca Europe ha definito gli elementi costitutivi della Medicina Generale (MG) e le competenze del Medico di Famiglia (MdF).

Wonca (World organization of family doctors) è l'Organizzazione Mondiale dei MdF e Wonca Europe ne è il braccio europeo (ne sono paesi membri: Austria-Inghilterra-Francia-Germania-Italia-Portogallo-Spagna-Belgio-Olanda-Irlanda-

Danimarca-Svezia-Norvegia-Finlandia-Svizzera-Polonia-Grecia-Repubblica Ceca-Cipro-Islanda-Repubblica Slovacca-Israele-Romania-Slovenia-Estonia-Lituania-Malta-Ucraina).

Gli elementi costitutivi della MdF sono i seguenti:

- è il primo punto di contatto medico col Servizio Sanitario. Fornisce un accesso aperto e "senza limitazioni" al cittadino che lo utilizza: tratta tutti i problemi di salute senza tener conto di età, sesso, tipo di patologia.
- coordina le cure in interfaccia con altri professionisti e interagendo con altre specialità.

Questo ruolo di coordinamento è sua caratteristica chiave nel rapporto costo-efficacia nella medicina delle cure primarie perché assicura che il paziente venga visitato dal professionista più adatto al suo specifico problema.

- sviluppa un approccio centrato sulla persona e sulla sua soggettività (credenze - paure - aspettative - bisogni).
- la consultazione fra il MdF e il paziente è esclusiva, perché è articolata nel tempo: ogni consultazione si può riferire alla precedente e questo crea una relazione personale di rilevante valore (fra l'altro è questa relazione protratta nel tempo e la conoscenza dei precedenti che permette visite più brevi). Questa continuità longitudinale è peculiare della MG ossia il fornire cure per periodi prolungati di tempo delle vite dei cittadini assistiti.
- la MdF si avvale di uno specifico processo decisionale che proviene da informazioni derivate dalla conoscenza

dell'assistito e della comunità. Ovviamente la prevalenza e l'incidenza delle malattie è diversa da come appare in ambito ospedaliero; per esempio le malattie gravi sono meno frequenti in MG perché non sono selezionate prima.

- gestisce problemi acuti e cronici contemporaneamente.

L'assistito si rivolge al MdF per problemi multipli, che aumentano con l'età e questo rende necessaria una "gestione gerarchica" dei disturbi e la responsabilità per il medico di individuare le priorità.

- si trova di fronte alla presentazione specifica di sintomi indistinti. I pazienti si presentano all'iniziale comparsa dei sintomi, quando la precocità dello stadio dell'infermità rende difficile la diagnosi. I segni precoci di una malattia spesso non sono specifici e sono comuni a molte patologie. Questa presentazione della patologia obbliga il MdF a prendere decisioni importanti sulla base di informazioni limitate anche per bassa tecnologia che caratterizza la MG, e a scegliere di gestire il rischio, attendendo nuovi sviluppi, o a richiedere interventi urgenti. tratta i problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale. Il MdF adotta realmente, quotidianamente e quasi automaticamente il modello solistico di fronte ad ogni assistito che gli si rivolge.

Il metodo

L'attività del MdF ha delle caratteristiche che rendono il metodo specifico e differenzia-

to da quello accademico-ospedaliero-specialistico.

- l'uso del tempo a disposizione che è breve per ogni consultazione ma è protratto negli anni. Questo permette l'istaurarsi di una conoscenza reciproca intensa. Il trascorrere del tempo diventa uno strumento diagnostico di fronte ad un quadro clinico non chiaro, ma che non richiede urgenza, l'attesa sostituisce la richiesta di accertamenti (per es. in caso di febbre si attende la comparsa di qualche altro sintomo/una nevralgia intercostale dopo qualche giorno può essere seguita dall'eruzione di un herpes zoster)
- l'uso di un metodo quasi indiziario con l'esigenza di dare una risposta al paziente in base a pochi elementi, di fronte alla valutazione di sintomi indistinti, spesso sintomi senza malattia, e di fronte alla necessità di prendere decisioni in condizioni diagnostiche incerte e a bassa tecnologia.
- capacità di negoziare l'iter diagnostico-terapeutico della diagnosi vera alla prescrizione terapeutica nel tentativo di conciliare il modello concettuale del medico e quello del paziente. In questo contesto si inserisce lo strumento della cosiddetta "If therapy" (se la tosse continua fra tre giorni e il muco diventa giallo, può utilizzare questa ricetta per prendere l'antibiotico).
- infine è peculiare del metodo del MdF la relazione medico-paziente e il suo valore che diventa quasi terapeutico nel problem solving: la abitudine a fronteggiare disturbi, malesseri, disagi sperimentati dal paziente come infermità con una forte carica soggettiva, sviluppa l'attitudine a decodificare prima il bisogno del paziente, e poi la ricerca della patologia d'organo.

Insomma il MdF non fa la raccolta di una anamnesi, ma fa la comprensione di una storia.

Contenuti peculiari

- ci sono problemi posti dal paziente al MdF così vaghi e indifferenziati da non trovare riscontro in uno specialista definito; sono i sintomi aspecifici e indistinti (prurito, astenia, febbre, vertigine...)
- sintomi di allarme (rettorragia, cefalea dispnea, dolore acuto, pallore, emoftoe)
- infezioni delle vie aeree
- infezioni delle vie urinarie e patologia ostruttiva delle vie urinarie
- colonpatie e dispepsie funzionali
- ci sono le condizioni critiche in cui l'unico referente è il MdF: il paziente difficile, il malato immaginario, il trattamento del dolore cronico, il malato che non guarisce, il paziente terminale, il rapporto con la morte, l'involverimento cerebrale senile
- ci sono le urgenze domiciliari - emergenze (accidente cerebro-vascolare acuto-cardiopatologia ischemica - scompenso cardiaco - coma - sincope...) in cui non è il contenuto ad essere proprio della MdF (in quanto è prerogativa dei medici dei dipartimenti di emergenza), ma piuttosto la capacità di cogliere, anche telefonicamente, le situazioni gravi e fronteggiare con risolutezza.

organizzazione

Aspetto peculiare della MdF è anche la sua organizzazione

- la gestione dello studio medico che è inserito nei normali contesti di vita dei cittadini, ambienti notevolmente diversi dall'asetticità del reparto ospedaliero e della sua alta tecnologia specialistica.
- nell'organizzazione dello studio del MdF si vanno sviluppando con sempre maggiore rilevanza le forme di lavoro associato, che permettono al cittadino un orario di accesso più ampio,

personale di segreteria o infermieristico, facilitazione di accesso ai servizi (teleprenotazioni), dando contemporaneamente ai medici la opportunità di incontri e scambi di idee,

- la possibilità di una medicina di opportunità che il medico può realizzare nei confronti di una persona che lo consulta per un problema non correlato (misurazione della pressione in un paziente che è venuto in studio per un certificato)
- medicina di iniziativa, cioè il richiamo attivo di pazienti che non si presentano in studio o ai quali si propone un intervento programmato (controllo pressione - glicemia - prevenzione oncologica - vaccinazione anti influenza)
- infine il simbolo che caratterizza la specificità della MdF è il sistema delle cure domiciliari. La visita al domicilio del paziente non è solo uno strumento di assistenza, ma un'insostituibile fonte di conoscenza della vita del paziente.

Essa si articola in:

ADI, ADP, Assistenza domiciliare per malattie acute.

conclusione

STRUTTURA-METODO-CONTENUTI-ORGANIZZAZIONE

Tutte queste ottiche da cui si può osservare la specificità della MdF hanno ovviamente molti punti di sovrapposizione. E queste connessioni rappresentano una ulteriore caratteristica: la necessità per il MdF di spostare continuamente il fuoco della sua osservazione ai vari livelli: la persona, la sua famiglia, la malattia, l'organizzazione, il coordinamento di molteplici aspetti.

...E in tutto ciò il MdF deve utilizzare contemporaneamente la sua preparazione (il sapere), il suo saper fare, il suo saper essere.

Vilma Zullo

“Spiritualità”... come terapia

Lo scrittore americano Saul Bellow, in una appassionata denuncia, subito dopo l'attentato dell'11 settembre 2001, pose in luce come i suoi connazionali si fossero allontanati da una vera spiritualità, calpestando la morale con una rincorsa, senza limiti, verso un edonismo sfrenato e un successo economico, che non prevedeva, se non ai margini, spazi per un sentimento religioso autentico.

Ecco allora che la caduta delle due torri simboleggia la disfatta anche della coscienza spirituale, i canali interiori che vengono sconvolti da un imbarbarimento che coinvolge tutto il mondo. Assistiamo, quotidianamente, impotenti a scenari di guerre, terrorismo, carestie, ingiustizie, povertà e ineguaglianze tra popoli, oltre al degrado economico, sociale ed ambientale che apportano, in tutti noi, paura, angoscia, stress, frustrazioni. In questa nostra epoca di grandi trasformazioni, caratterizzata dalle contraddizioni più stridenti, si sta verificando, d'altro canto, un maggiore interesse per la dimensione spirituale, specialmente per la preghiera, come non accadeva da tempo.

Anche se, già da alcuni anni, la corrente filosofico-spirituale New Age (nata in California), pur con tutti i dubbi e le perplessità ad essa associate, predicava la riconciliazione fra spirito e corpo, guardando e rappacificandosi con l'Oriente. Monsignor Gianfranco Ravasi considera che nell'area semitica, nella quale sono fioriti i salmi, l'attività spirituale coinvolgeva inevitabilmente anche la dimensione fisica. L'uomo non era scisso tra corpo e spirito

ma era un tutt'uno.

Se nel mondo indiano c'erano le tecniche di respirazione, nei salmi c'era la danza.

La preghiera recitata ha una dimensione liberatoria, e il suo aspetto reiterativo crea un effetto di rilassamento e abbandono psico-fisico, una spirale sonora che induce, come le musiche orientali, uno stato di meditazione e, secondo studi specifici, aiuta ad affrontare meglio una malattia.

La rivista americana Time, tempo fa, ha dedicato la sua copertina ad una inchiesta che riporta oltre 200 ricerche scientifiche sull'effetto "terapeutico" della religiosità.

Per molti il corpo e lo spirito sono strettamente legati, come abbiamo visto, e la preghiera può considerarsi un ottimo alimento per la mente, per la chiara componente positiva che apporta.

La preghiera innalza il livello energetico e vibratorio della persona, fatto che psicologicamente, porta alla pace, alla serenità, al perdono, all'accettazione, alla gioia, al rilassamento, e, quindi, alla vera armonia fra il corpo, la psiche, l'anima e il Sé. Tutti questi stati d'animo agiscono poi sul sistema immunitario, ormonale, nervoso e circolatorio (che rappresentano la *Vis Medicatrix Naturae*, il "terreno" e, perciò, i veri agenti di guarigione per una salute integrale), ristabilendo l'armonia e quindi la salute, il cui mantenimento rappresenta uno dei beni più preziosi da salvaguardare.

La dimensione spirituale e la prospettiva olistica conduce ad un nuovo modo di vedere la salute, la malattia e la guarigione nel contesto di una vera

“medicina spirituale” (meglio biopsicospirituale, conosciuta dal 1975), che tiene conto della dimensione fisico-biologica, psichica e spirituale.

La medicina del futuro sarà senza dubbi integrale o olistica, cioè riconoscerà ed integrerà tutte le dimensioni della realtà: fisica, chimica, biologica, vitale, emotiva, mentale e spirituale.

Notevole sviluppo stanno avendo, pertanto, studi che riguardano la PNEI (Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia), una disciplina scientifica che affronta i legami tra psiche e sistema immunitario, interconnessi con il sistema nervoso e l'apparato endocrino.

La preghiera, la meditazione o un profondo rilassamento attivano il sistema nervoso con influssi benefici sull'organismo. La fede religiosa ci fa raggiungere uno stile di vita più regolare, più salutare e facendo calare i livelli di stress e di ansia favorisce la resistenza dell'organismo alle malattie, apportando modificazioni neurofisiologiche benefiche.

Viene stimolata l'amigdala che, con il talamo e l'ipotalamo, costituisce il sistema limbico, quello che presiede alle emozioni, al piacere e alle funzioni fisiologiche come il battito cardiaco, la circolazione del sangue, la pressione arteriosa. L'amigdala attiva a sua volta il sistema vegetativo che agisce su vari organi del corpo. L'ipotalamo e il timo attivano le difese immunitarie, determinando la produzione di linfociti T, le cosiddette cellule "soldato", che combattono le infezioni.

Il livello dei corticosteroidi (ormoni dello stress) scende,

facendo diminuire la pressione sanguigna e il battito cardiaco. Si ha aumento della quantità di endorfine e metaencefaline - sostanze oppioidi regolate dal cervello e prodotte dalle ghiandole surrenali - che danno una sensazione di benessere e modulano la risposta immunitaria.

Tutto questo ci fa comprendere come l'attività del sistema immunitario, se stimolato da un atteggiamento psicologico positivo, può essere determinante per il buon esito di una terapia.

Ecco allora che il perfetto equilibrio tra corpo e psiche deve prevedere una giusta tensione spirituale tesa a raggiungere, con entusiasmo e rinnovato spirito, la certezza del bene, risvegliando la coscienza spirituale perché diventi il principio integratore della nostra vita.

Come Sogyal Rinpoche ci ricorda, nelle sue *Riflessioni quotidiane sul vivere e il morire*, dobbiamo tener conto che: "Ciò che abbiamo fatto della nostra vita rappresenta ciò che siamo al momento della morte. Tutto, assolutamente tutto, conta".

Antonino Picciano

Testi consultati:

Peter Roche De Coppens, *Medicina e Spiritualità: Incontro del secolo*, 2003, Guna Editore, Milano

Umberto Grieco, *L'Uomo Bioelettroneurologico*, 2003, Guna Editore, Milano

Peter Roche De Coppens, *La Preghiera: Strumento di guarigione olistica*, 2004, Guna Editore, Milano

I MEDICI E L'ARTE

Lo Sfastirio

È STRANA SENSAZIONE

CHE TI PIGLIA A TUTTE L'ORE

MALE INIZIA LA GIORNATA

SE TI ALZI "SFASTIRIATO"!!

NUN TE VA 'E TE ALZÀ

NUN TE VA 'E CAMMINÀ

TANTO MENO RE PARLÀ

NEI RAPPORTI PERSONALI

TUTTO È STORTO, TUTTO È MALE!

NON C'È NULLA CHE TI VA:

PENSI SOLO A LITIGÀ.

COSÌ INSEGUI LA CHIMERA

CHE TI PASSI VERSO SERA ...

NON VA MEGLIO

ANZI VA PEGGIO:

SE DA LUI SEI PREDILETTO

NON TI LASCIA MANCO A LETTO!

GIRA QUA GIRA LÀ

NUN TE LASSA, NUN SE NE VA

NUN TE VA MANCO E SCO..!

SE LA VITA È QUESTA QUA

PENSI E DICI: "MA CHE CA... CAMPO A FA?"

PUR SE È AL MASSIMO O SFASTIRIO

PUR SE IN PREDA SEI AL DELIRIO

LA MORALE È QUESTA QUA!

SE TU A LUNGO VUOI CAMPÀ

CERCA E NUN TE SFASTIRIÀ!

AMEN!

"ZIP"

ECM: che cosa bisogna sapere



Sull'Ecm (Educazione Continua in Medicina) si è scritto e se ne è parlato molto.

Credo che essendo ormai giunti alla fine del quinquennio sperimentale sia il caso di fare un riepilogo cominciando dall'inizio.

La riforma Bindi della sanità (Decreto legislativo 229 del 1999) ha introdotto il sistema italiano di Educazione continua in medicina (Ecm) che effettivamente è stato avviato dal 1° gennaio 2002.

L'Ecm comprende l'**aggiornamento professionale** e le attività finalizzate a migliorare le competenze, le abilità cliniche, le conoscenze tecniche e manageriali dei professionisti sanitari. **Riguarda tutti gli operatori sanitari:** medici, infermieri, tecnici-dipendenti o libero professionista - che lavora per strutture pubbliche o private accreditate dal Servizio Sanitario.

Sono esclusi dall'obbligo di frequenza coloro i quali stanno frequentando corsi di formazione post-base (master, scuo-

le di perfezionamento, anche all'estero), sono in gravidanza o prestano il servizio militare.

L'Ecm consiste nella **partecipazione a iniziative** volte al fine di migliorare quelle che il decreto definisce caratteristiche fondamentali per l'operatore sanitario: il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere), il possesso di abilità tecniche o manuali (il fare), il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).

Le attività formative dell'Ecm, possono essere di tipo didattico teorico o attività pratiche e possono essere promosse da vari soggetti, quali Società Scientifiche, Società professionali, Aziende Ospedaliere, strutture specificamente dedicate alla Formazione in campo sanitario, etc. che si siano registrate al progetto Ecm, come organizzatori di eventi formativi. La partecipazione ai programmi Ecm si misura attraverso l'**acquisizione di crediti "formativi"**. Secondo la definizione del Ministero, «i crediti formativi sono una misura dell'impiego e del tempo che ogni operatore della Sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità».

Ogni operatore che abbia partecipato ad una attività formativa accreditata, **dovrà ricevere dagli organizzatori un certificato in cui sia precisato, tra l'altro, anche il numero di crediti.**

È opportuno conservare i certificati acquisiti per poterli esibire quando si renda necessario (ad esempio, la conferma

di un incarico o una concorso). L'acquisizione dei crediti formativi non è libera. La Commissione Nazionale Ecm in accordo con la Conferenza Stato Regioni, ha stabilito che il **debito formativo per il 2006** sarà equivalente a quello del 2005. Pertanto tutti gli operatori sanitari dovranno conseguire 30 crediti (minimo 15, massimo 60) in luogo dei 50 originariamente previsti. In questo modo i crediti previsti nel primo quinquennio del programma si ridurrebbero, da 150 a 120 complessivamente. Si possono individuare due grandi categorie di attività di formazione, quelle residenziali e la formazione a distanza (fad). Le prime prevedono una presenza fisica dei discenti sul luogo di formazione. Per le attività **FAD**, l'utente non deve spostarsi dal luogo di lavoro o dal domicilio, possono essere svolte sia in gruppo, sia individualmente, usando materiale cartaceo o informatico.

Per la FAD la fase di sperimentazione, che avrebbe dovuto avere durata limitata, non ha mai avuto termine ed è stata più volte prorogata. Peraltro al momento non è neppure possibile proporre per l'accredimento nuovi eventi fad (salvo rarissime eccezioni). Il risultato è che non c'è praticamente più offerta di corsi a distanza salvo quelli già proposti ed i cui provider hanno accettato di prorogare la fase di sperimentazione gratuita. Unica eccezione è il **Progetto ECCE** (Educazione Continua Centrata sull'Evidenza) dell'Agenzia Italiana del Farmaco, basato sul Clinical Evidence che prosegue per tutto il 2006, speri-

mentale e del tutto gratuito.

Ma la domanda che tutti si pongono è cosa succederà ora che è finita la fase sperimentale?

Sul *Sole 24 ore Sanità* di febbraio troviamo la risposta:

«Stop alla fase sperimentale; avvio della seconda fase del progetto dell'Ecm, con l'accreditamento dei provider per la formazione residenziale e la formazione a distanza (Fad)... Poi si cambia. E la "rifondazione" dell'Ecm stavolta la scriveranno a quattro mani Governo e Regioni, dettando i contenuti del *Piano Nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario* a partire da metà marzo.»

Non ci resta che aspettare.

Tuttavia l'ASSIMEFAC l'Associazione Società Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e Comunità, già selezionata dal Ministero della Salute fra gli 85 Provider nazionali che porteranno avanti la seconda fase del progetto Ecm, continua a lavorare con grande impegno nel campo della formazione e della ricerca, per offrire ai medici italiani una sponda culturale efficiente e prestigiosa. Delle varie sedi regionali la sezione molisana è fra le più prolifiche.

Dal 2000 ad oggi ha organizzato numerosi corsi d'aggiornamento Ecm. Nel 2005 ha raggiunto un grande traguardo: con l'Assessorato alla Sanità della Regione Molise ha realizzato un progetto formativo indirizzato ai MMG che, sfruttando la capillarità territoriale della nostra struttura, permettesse di "portare" la formazione fin alla sede di lavoro del discente, collaborazione che continua anche quest'anno con la preparazione di due eventi formativi. Questi non sono gli unici eventi in programma, dato il suo carattere interdisciplinare, l'ASSIMEFAC ha stretto collaborazione scientifica con altre strutture presenti sul territorio. Infatti nella programmazione 2006 sono previsti sei eventi formativi.

Voglio concludere ricordan-

do che l'Ecm non è una novità nel nostro secolo, ma già in fonti del 1396 si legge: «Gli statuti dei Signori phisici del Collegio della città di Milano imponevano annualmente a ciascun medico di sottoporsi ogni due mesi nell'arco di tempo che va dalla fase di S. Michele (29 settembre) a Pasqua alla discussione di una tesi innanzi al Collegio medico della città. A nessuno era concesso di rifiutare il suo turno a pena di una multa di un floreno, a me-

no che non avesse un motivo legittimo riconosciuto dal Collegio stesso, o cinquant'anni e oltre. In questo caso il medico era esentato dal dover rispondere al dibattito, tuttavia era tenuto ad assistere allo stesso.»

Rosa Sassi

Programma ASSIMEFAC per il 2006

26 maggio, Isernia, Ordine dei Medici

16 ottobre, Campobasso

18 novembre, Termoli

**NUOVE FRONTIERE DELLA DONAZIONE:
le cellule staminali da cordone ombelicale**
in corso di accreditamento

21-22 settembre

Campobasso

RIABILITAZIONE CARDIO POLMONARE E OSTEOARTICOLARE NELLO STROKE (titolo provvisorio)
in corso di preparazione, si accettano idee!

7 Ottobre

Isernia, Ordine dei Medici

UP TO DATE SULLO SCOMPENSO
in corso di accreditamento

20-21 Ottobre

Campobasso, Università Cattolica del Sacro Cuore

GloMASP 2006
Le nuove frontiere della prevenzione
in corso di accreditamento

30 settembre, Termoli

7 ottobre, Campobasso

11 novembre, Isernia

**INFLUENZA AVIARIA E HIV:
nuove realtà e vecchie paure nel mondo globalizzato**
in corso di accreditamento

30 settembre, Isernia

14 Ottobre, Termoli

LA RESPONSABILITÀ IN SANITÀ
Il profilo penale, civile, contrattuale, assicurativo e deontologico
in corso di accreditamento

Nuove emergenze preistoriche nell'Alto Molise

di BRUNO PAGLIONE

L'interesse del mondo scientifico sulla presenza dell'uomo preistorico nel territorio dell'Alto e Altissimo Molise si è andato negli ultimi decenni dilatando sia in seguito ai rinvenimenti della località "La Pineta" di Isernia, sia per l'accertata e diffusa presenza di reperti in diverse aree della provincia.

Le oscillazioni climatiche da cui è derivata notevole piovosità, i corsi d'acqua a regime torrentizio che hanno solcato l'area negli ultimi millenni, il lavoro agricolo intensivo, la cui recente meccanizzazione ha contribuito ad incidere profondamente il terreno, gli scavi per strutture pubbliche e private hanno facilitato la ricerca sul territorio con il rinvenimento di migliaia di manufatti e strumenti litici riferibili alle culture del **Paleolitico** (industrie di età Pleistocenica) (2.000.000-10.000 anni da oggi circa), del **Mesolitico**, (industrie di età olocenica) (10.000-6/5.000 anni da oggi circa) e del **Neolitico** (industrie di età olocenica) (6/5.000 anni da oggi circa) che si sono susseguite nella preistoria.

La raccolta dei manufatti è avvenuta sulla superficie topografica e solo per alcuni siti, su scavi appositamente autorizzati ed eseguiti, corredati di studio geomorfologico e litostratigrafico.

In linea generale, i manufatti rinvenuti, singoli prodotti di forma predeterminata, sono il risultato finale di una straordinaria e formidabile combinazione di gesti manuali e di una preparazione meditata di operazioni su un nucleo di selce (roccia sedimentaria di origine chimica a struttura vetrosa) a testimonianza già di una immagine costruita mentalmente che, per morfologia e stile sono identificati e classificati nelle liste tipologiche convenzionali di Francois Bordes e Georges Laplace.

Tali utensili rappresentano, sinora, per il territorio della provincia di Isernia la testimonianza archeologica più diffusa della presenza umana arcaica.

Essi configurano un corpus culturale ricchissimo, cronologicamente distribuito in un arco temporale molto esteso, che decorre dai reperti de "La Pineta" di Isernia, quando i lavori di scavo di una strada hanno portato alla luce l'insediamento paleolitico più antico accertato nella regione (**Homo erectus** 736.000 anni da oggi circa), a quelli del sito di Monteroduni (**Homo erectus**, industria litica Acheulana, 300.000 anni da oggi circa), all'industria litica dei territori di Agnone, Caprocotta, Carovilli, Civitanova del Sannio, Pescopennataro, Rocchetta Al Volturno, Sessano del Molise e Vastogirardi (**Homo neanderthalensis**, 100.000 - 30.000 anni da oggi circa), alle officine litiche dei territori di Carovilli, Civitanova del Sannio, Pescopennataro e Vastogirardi (**Homo sapiens sapiens** 35.000 anni da oggi circa), sino agli utensili del Mesolitico ed ai rinvenimenti delle prime comunità agricole neolitiche di Civitanova Del Sannio (da 10.000 a 6/5000 anni da oggi circa).

L'insieme delle informazioni raccolte sugli ominidi che hanno frequentato il suolo molisano, credo possano costituire un *unicum* scientifico a livello nazionale ed internazionale utile agli studi sul Quaternario mediterraneo.

Nel corso del Quaternario, infatti, le condizioni climatiche ed ecologiche furono particolarmente favorevoli alla presenza umana nell'ambiente altomolisano: dal territorio ricco di corsi d'acqua e laghi collinari, alle risorse animali e vegetali ed alle possibilità insediative connesse all'esistenza di grotte e ripari sottoroccia. Inoltre la presenza di grandi quantità di selce, nelle qualità particolarmente adatte

alla scheggiatura, hanno contribuito all'occupazione dei luoghi da parte di gruppi umani arcaici.

Sono dell'opinione che gli stessi abbiano vissuto per lungo periodo, forse permanentemente, nell'area dell'Alto Molise, conducendo una esistenza semi-nomade, conformandosi soltanto ai necessari, brevi spostamenti montagna-pianura e viceversa, dettati dall'alternarsi delle stagioni, smentendo le teorie dell'esistenza nomade dei cacciatori raccoglitori del Paleolitico, che cambiavano incessantemente territori di caccia, nel seguire la selvaggina, senza avere stabili sedi di riferimento, necessarie per permettere la tutela e la salvaguardia della prole e dei soggetti anziani.

Le condizioni di vita, infatti, per animali ed ominidi, erano tali che, tranne per i volatili, la selvaggina fosse prevalentemente stanziale, e non sussisteva l'utilità ed il rischio di spostarsi altrove, se non quando l'andamento delle stagioni lo rendesse utile, o il ciclo climatico, legato alle glaciazioni, nello scorrere dei millenni, lo avesse progressivamente determinato. Tutto ciò è rafforzato dalla presenza, in molte delle zone investigate, di industrie litiche omogenee che dimostrerebbero la semi-sedentarietà dei gruppi umani.

In sintesi, i rinvenimenti effettuati potrebbero essere distinti in tre grandi gruppi culturali, nella scansione cronologica sotto esposta.

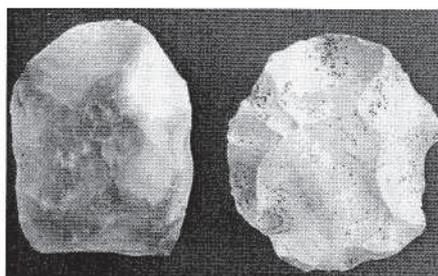
Homo erectus Paleolitico inferiore

Siti di Isernia, Carovilli, Monteroduni e Pescopennataro. Manufatti prevalenti: choppers, chopping tools, bifacciali (amigdala o ascia a mano, strumento ricavato dalla lavorazione delle due facce del ciottolo, mediante il distacco di schegge), di tradizione *Acheulana*, schegge, techno-complesso *Clactoniano*.

Homo neanderthalensis Paleolitico medio

Onnipresente sul territorio dell'Alto Molise, nei siti di Isernia (non La Pineta), Agnone, Capracotta, Carovilli, Civitanova del Sannio, Pescopennataro, Rocchetta Al Volturno, Sessano Del Molise e Vastogirardi, l'*Homo neanderthalensis*, abilissimo professionista della tecnologia del nucleo preparato, ha lasciato in loco una notevole quantità di schegge e lame di *facies Levalloisiana*, sovente trasformate, mediante ritocco, in strumenti specializzati (raschiatoi, nelle diverse varianti, denticolati, punte, coltelli, grattatoi, bulini etc.) che connotano le *facies* del *Musteriano* in tutte le sue fasi (*Musteriano di tradizione Acheulana*, di *tradizione tipica* etc.)

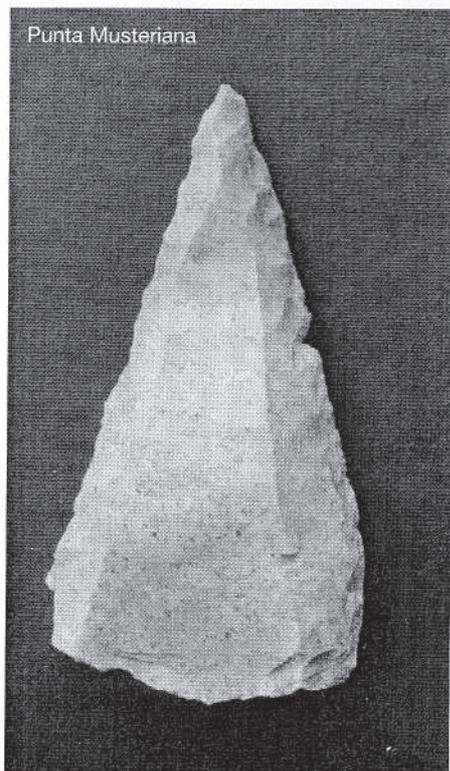
Lo studio e la classificazione, ancora in corso, per tipologia e impronte stilistiche dell'enorme numero di manufatti e strumenti rinvenuti in tutte queste aree, potrebbero condurre all'individuazione, all'interno del *Musteriano*, di tecniche e caratteristiche tipiche della *facies* di un **Neanderthaliano Molisano**.



Nuclei Levallois

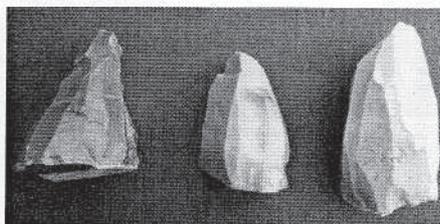
Homo sapiens sapiens Paleolitico superiore, Mesolitico e Neolitico

Homo sapiens sapiens. È l'uomo moderno con la propria sensibilità, emotività, raffinatezza estetica e comportamentale, dotato di generosità ed egoismo unitamente a ferocia e determinazione. Nelle contraddizioni di fondo che lo connotano, allo stato attuale del processo evolutivo, è la specie che appare vincente.



Nel *Paleolitico superiore* è stato produttore di arte, sotto forma di sculture, incisioni e meravigliose pitture rupestri, produttore di magia, di contenuti religiosi, corredando perfino di offerte votive le sepolture dei propri cari. Egli produceva, con cura e dovizia di particolari, ornamenti personali, fabbricava strumenti a fiato generando musica.

Il suo sito abitativo risultava organizzato e soprattutto possedeva una tecnica di lavorazione della pietra, più raffinata e complessa di quella dell'*Homo neanderthalensis* che si fondava sulla produzione di lame multiple lunghe e sottili ottenute da nuclei cilindrici, per percussione o per pressione (ipotesi di officine litiche nelle aree di Civitanova del Sannio, Pescopennataro e Vastogirardi con rinvenimenti di grosse quantità di lame, grattatoi, punte, punte a dorso etc.).



Nuclei Laminari

Nel *Mesolitico* e nel *Neolitico* proseguì, con l'utilizzo della scheggiatura laminare calibrata (lamelle standardizzate per morfologia e dimensioni), la produzione di armature microlitiche come triangoli, trapezi, rombi, rettangoli etc., utilizzati come elementi mobili da inserire, da assemblare in supporti fessurati di legno o di osso, atte a comporre utensili complessi (arponi, falcetti, punte etc.), funzionali a più raffinate tecniche venatorie e di pesca ed alla lavorazione del legno, dell'osso e delle pelli, in risposta alla crisi di risorse legata alla scomparsa delle grandi faune dell'era glaciale. In questo periodo della Preistoria, per la prima volta si introduce il concetto di "*pezzo di ricambio*". Microliti, punte a dorso, lame, lamelle e microlamelle sono particolarmente presenti nel territorio di Civitanova del Sannio.

Desti particolare interesse, tra i manufatti rinvenuti nei vari siti, una significativa presenza di utensili attribuibili al *Paleolitico superiore* che derivano da una evoluzione in loco della tecnica del musteriano e vi è dunque una contaminazione, una continuità locale tra il Musteriano

(*Homo neanderthalensis*) e il Paleolitico superiore (*Homo sapiens sapiens*), poiché simile fenomenologia non può essere frutto di fatti episodici ed occasionali, queste due specie potrebbero aver condiviso, per un lungo periodo, lo stesso ambiente e, nonostante le differenze anatomiche e culturali aver usato gli stessi utensili di pietra.

Grattatoi su lame ritoccate e lama ritoccata



Nell'area della provincia di Isernia, oggetto dell'indagine, è stato rinvenuto un discreto quantitativo di selce alloctona, riferibile a giacimenti esistenti nelle aree limitrofe dell'Abruzzo e della Puglia. La circostanza dimostrerebbe gli spostamenti - particolarmente tra pianura e montagna - lungo i tracciati naturali oggi chiamati tratturi, dei cacciatori raccoglitori del Paleolitico che seguivano lo spostamento dei mammiferi erbivori e quindi si approvvigionavano altrove della materia prima necessaria.

Sul fondamento delle scoperte e degli studi che si stanno effettuando, la ricerca sul paleolitico nel Molise e, in particolare nel territorio della provincia di Isernia, dopo la spinta iniziale della scoperta del sito "La Pineta" di Isernia, è destinata ad ampliarsi ed a qualificarsi ulteriormente.

Mi riferisco, all'iniziativa del Consorzio Moligal, che si situa all'interno del programma Leader Plus, finanziato dalla Comunità Europea e dalla Regione Molise, nonché cofinanziata dall'Università degli Studi di Ferrara, con la quale sono state estese le ricerche e gli studi dei rinvenimenti paleolitici presenti nell'area della provincia di Isernia, ed i cui risultati saranno oggetto di una pubblicazione a carattere scientifico, con diffusione regionale prima e nazionale poi.

Gli stessi risultati, saranno, altresì, comunicati al Congresso Mondiale di Preistoria, che si terrà a Lisbona nel prossimo settembre.

Al prof. Carlo Peretto, Preside della facoltà di Scienze della Terra presso l'Università di Ferrara, nonché Direttore del Centro Europeo di Ricerche Preistoriche di Isernia, sono state affidate la direzione scientifica e la realizzazione del progetto. L'iniziativa, che ha registrato, nella prima fase attuativa a livello territoriale, il coinvolgimento delle Istituzioni locali, ed un convinto interesse partecipativo, di specialisti e giovani ricercatori, sarà conclusa certamente nel corso dell'anno.

Il concorso e l'apporto di istituzioni locali, nazionali, europee, dell'Università e la dedizione di singoli studiosi, appassionati e ricercatori sono motivati dalle convinzioni che anche la preistoria contribuisce a formare l'identità storico-culturale di un territorio e della popolazione che oggi lo abita: un valore che ogni comunità non deve dimenticare, se non vuole disperdere se stessa.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

BORDES F., *L'antica Età della Pietra*, Il Saggiatore Milano 1968

BORDES F., *Typologie Du Paléolithique - Ancien et Moyen*, Edition du C.N.R.S., Paris

INIZAN M.L.- REDURON BALLINGER M.- ROCHE H.- TIXIER J., *Technologie De La Pierre Taillée*, Edition du C.N.R.S., Paris

BROGLIO A., *Introduzione Al Paleolitico*, editori Laterza, 1998, Bari

COCCHI GENIK D., *Manuale di Preistoria*, Octavo, 1992, Firenze

LEROY-GOURHAN A. *Dizionario di Preistoria*, Edizione Italiana a cura di M. PIPERNO, G. Einaudi editore, 1991, Torino

LAPLACE G., *Essai de typologie systématique*, 1964.

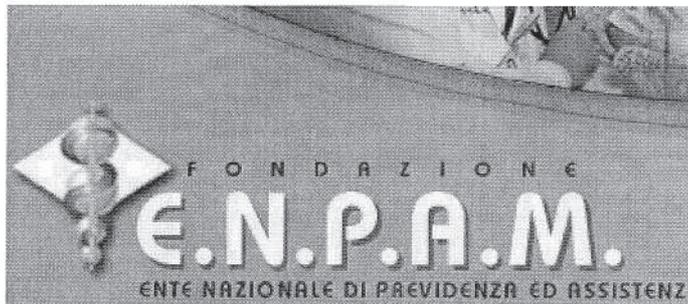
ENPAM

Primi risultati per i colleghi della consulta di medicina generale

Primi risultati nella consulta della medicina generale: si parla finalmente di maggior partecipazione dei consiglieri e della periferia.

Il 17 maggio scorso si è tenuto all'Enpam lo stage di formazione per i consiglieri delle differenti consulte dell'ente previdenziale dei medici.

Alla fine della sessione di lavori Fernando Crudele, consigliere nazionale per la consulta della medicina generale e segretario regionale della Cumi-Aiss del Molise, ha così commentato: «Poco alla volta stiamo riuscendo a introdurre alcune sostanziali novità. La Cumi-Aiss sin dalla campagna elettorale per il rinnovo delle cariche elettive dell'Enpam ha fatto leva su alcune parole d'ordine: maggiore controllo da parte della periferia, più partecipazione della base alle scelte strategiche dell'ente, in



sintesi più potere ai medici». «Il primo piccolo traguardo - ha aggiunto Ernesto La Vecchia consigliere Enpam eletto nel Molise - è stato l'organizzazione di uno stage di formazione per tutti i consiglieri sul funzionamento della nostra cassa previdenziale. Il primo di questo genere, ci risulta. Il nostro scopo è quello di avviare un processo graduale di modernizzazione di un ente che ha una importanza strategica per migliaia di professionisti». «È giusto sottolineare - hanno

concluso Crudele e La Vecchia - che tutto ciò si è realizzato grazie allo spirito unitario dei consiglieri e alla pronta e attenta risposta del gruppo dirigente dell'Enpam e in particolare modo del presidente Eolo Parodi».

A conclusione dell'incontro i dirigenti dell'Enpam hanno dato appuntamento all'Ordine dei Medici di Isernia sabato **17 giugno 2006** per rispondere alle numerose richieste dei medici molisani.

AVVISI E NOTIZIE

Si cercano medici volontari per il WestBengala, India

L'India si sa è uno dei paesi che in futuro segnerà il cammino del mondo. Ma oggi come oggi dal punto di vista mediosanitario è fortemente carente.

La Onlus Santa Maria della Speranza che in India ha la sua corrispondente Charity Society approvata dal governo indiano, con sede a Krishnagar, WestBengala, India, chiede la presenza di un medico e di un infermiere volontari per turni di almeno un mese, a cominciare dal mese di luglio 2006 per la durata di un anno.

È necessaria una conoscenza minima di inglese, il costo del viaggio è di circa 800 Euro, l'ospitalità sarà assicurata in strutture locali, austere, ma sufficienti.

Si tratta di visitare 25 villaggi

privi di qualunque assistenza sanitaria con l'aiuto di gente del posto che conosce il bengala o bengali e l'inglese.

L'ambulanza sarà attrezzata con cardiografo, ecografo, strumenti per analisi, kit di ferri chirurgici, medicinali di pronto intervento, rimedi per tubercolosi, malaria, tifo e paratifo, infezioni in genere, ricostituenti.

Le eventuali operazioni chirurgiche saranno effettuate gratuitamente per i poveri presso strutture ospedaliere indiane. Tale animazione prelude alla costruzione di un T.B. Asharam o casa sacra dei tubercolotici che ospiterà dei turni di 40 ammalati per volta.

Chiunque è interessato o vuole ulteriori informazioni può fare

riferimento a P. Marcello Fidelibus o.m.i.t., via S. Anastasia, Piane di Carpinone (Isernia) tel. 3332070994, e-mail gaudio1@hotmail.it oppure Prof. Cristina Floro, via India 31, 86039 Termoli (CB), te. 0875 84387 e 320 8954771, e-mail cristinafloro@katamail.it.



Sfogliando le memorie

È il titolo del bel libro di Antonio Di Nardo, medico condotto originario di Capracotta, non il personale rimpianto per i trascorsi impegni ordinistici.

È spunto per sussurrare che "sfogliare le memorie" è opportunità da cogliere (in senso prometeico, quindi non nostalgico) per poter rendere più snello l'agire nel presente, per rinvigorire la nostra identità professionale personale e collegiale, per riuscire a partecipare al senso di accadimenti che da eventi aspirano ad elevarsi a storia, anche se trattasi di un minuscolo tassello della nostra provinciale vicenda ordinistica.

Una storia nella quale l'epifania del gioco (l'Ordine e i valori professionali) assume preminenza rispetto ai giocatori (ordinisti di turno e medici) i quali in sintonia con le regole e lo spirito del gioco stesso, per dirla con Gadamer, divengono giocatori-giocati.

Il senso (ermeneutico) è dunque nel tradursi della tradizione della professione (regole, conoscenze, valori) nell'attualità della vita attraverso la mediazione dell'Ente professionale.

Il gioco dell'Ordine si disvela nel contemperamento di regole e prassi, nella riconduzione dell'etica dalle aule universitarie e dai luoghi di studio dei moralisti al topos originario: il letto del malato, dove si generano criticità, riflessioni, decisioni.

Solo nell'Ordine l'etica (o le etiche applicate) e la bioetica vengono recepite meno intrusive e risultano intese non più come strumenti di colonialismo culturale.

La missione ordinistica si palesa come processo di armonizzazione dell'idea tradizionale di paziente e di tutela del paziente con altri modernismi

(predittività, predicibilità, relativismo, creabilità, ecc.) e come promozione della compatibilità tra verificazionismo scientifico e asseribilità del malato.

Nell'Ordine trova spazio e forza la proposizione del concetto di cura, oltre quello ormai vetusto di terapia. Una svolta, questa, che presuppone dialogo tra saperi diversi e possibilità i scelta tra più riferimenti per una comprensione ontologica di malato e malattia.

Un gioco fatto anche di equilibrismi, condotti in equilibrio instabile dal mondo professionale con società, giustizia, università, politica, stampa, altre professioni sanitarie non mediche, con un solo bilanciere ai cui estremi pendono il Codice Deontologico e la formazione, unici strumenti a garanzia del medico e a tutela del cittadino.

Equilibrismi in relata caratterizzati da astenia istituzionale legata a "staticità, difficoltà di governo, mancanza di effettività del potere disciplinare, formativo e non solo".

Sfogliando le memorie diviene occasione per ricordare con la massima ippocratica "iatros philosophos isotheos" (il medico che si fa filosofo diviene pari a un Dio) che raramente sorgono conflitti tra medico e paziente quando vi è una pratica di comunicazione corretta perché improntata al reciproco rispetto, in piena onestà, credibilità e fiducia. E dunque, chi può dirsi realmente senza peccato?

Gioco ordinistico inderogabile diviene la promozione della sana comunicazione, ma anche l'"occuparsi" della salute del medico creando le condizioni perché impari a conoscersi e a star bene con se stesso (evitando il burn out!) per poter



star meglio con gli altri (pazienti, familiari, etc.).

Tutto il resto è sagra di timbri, festival della burocrazia, ai quali nessuno di noi è disposto a rinunciare (forse!).

In questi anni è stato privilegiato questo complesso processo di "semina", ora invece ringrazio tutti, augurando buon lavoro ai neoletti colleghi e ai Presidenti OMCEO e CAO.

Franco Carugno