



TORINO

anno XXVII
numero 4
2016

comunicazione
informazione
formazione

MEDICA

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

OMCeO Torino dalla parte
della non autosufficienza

FOCUS VIOLENZA

Cardiopatie congenite

FAQ SULL'ECM

LEA: IL FONDAMENTO DEL DIRITTO ALLA CURA

Cannabis: iter legislativo per uso terapeutico

Sommario

numero 4_2016

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia e a tutti i Consiglieri degli Ordini d'Italia.

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo:
redazioneomceotorino@gmail.com

4 tribuna
L'Ordine contro ogni discriminazione tra malati non autosufficienti
Guido Giustetto
Mario Nejrotti

10 focus_violenza
L'OMCeO di Torino contro ogni violenza sulle donne?
Guido Giustetto

12 Violenza di genere e salute pubblica
Patrizio Schinco

16 Le spie della violenza
Ivana Garione

19 I traumi oro-facciali: quando sospettare la violenza?
Patrizia Biancucci

22 Aspetti clinici e relazionali della violenza
Filippo Pennazio,
Vincenzo Villari

25 I numeri della violenza nel mondo
Pensiero scientifico

27 OPG: la violenza nei luoghi di cura

28 La violenza contro i medici
Rosella Zerbi

30 La violenza contro le fasce deboli
a cura di Sara Boggio

33 Rubare l'anima per poi restituirla
a cura di Rosa Revellino

36 salute
Il registro piemontese del paziente adulto con cardiopatia congenita
Gabriella Agnoletti

38 Indagine su esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenuti non necessari

40 transatlantico
I LEA nell'ordinamento costituzionale
Francesco Pallante

45 dedalo
Cannabis: primum curare, deinde discutere
Mario Nejrotti

50 dalle commissioni
FAQ sull'ECM AAVV

53 le nostre radici
La stanza nera
Giuliano Maggi

55 cultura
Inaugurazione del museo di odontoiatria
Giancarlo Barbon

56 dalle associazioni
Percorsi del lutto
Marcello Pedretti

59 *Il prestito d'onore*
60 *La biblioteca virtuale FNOMCeO-Ebsco*

61 congressi

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Domenico BERTERO

Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO

Riccardo DELLAVALLE
Ivana GARIONE

Anna Rita LEONCAVALLO

Elsa MARGARIA

Aldo MOZZONE

Roberta SILIQUINI

Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)
Bartolomeo GRIFFA (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente

Patrizia BIANCUCCI

Claudio BRUCCO

Bartolomeo GRIFFA

Paolo ROSATO

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Carlo FRANCO
Angelica SALVADORI
Vincenzo MACRÌ Supplente

TORINO MEDICA
Direttore:
Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Coordinamento
redazionale:
Rosa Revellino

Redazione:
Sara Boggio, Luca Nejrotti,
Laura Tonon (Pensiero
Scientifico Editore)

Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it
Grafica e Design SGI Srl
Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 3 ottobre 2016

SGI

L'Ordine contro ogni discriminazione tra malati non autosufficienti

Guido Giustetto

Presidente OMCeO Torino

Mario Nejrotti

Direttore Torino Medica

Quando le decisioni politiche portano modifiche nella erogazione di prestazioni e servizi in senso limitativo e pericoloso, specie per le fasce più deboli e vulnerabili della società, occorre stigmatizzarle e adoperarsi perché vengano modificate

IL QUADRO DI INSIEME

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino è sempre stato all'avanguardia a livello regionale nelle iniziative a tutela della salute dei cittadini.

L'invecchiamento della popolazione ha posto in primo piano le necessità di assistenza sanitaria e socio-sanitaria soprattutto per i malati cronici non autosufficienti e per le persone con demenza senile.

Il tempo in cui l'ospedale, attraverso degenze molto lunghe in reparti di medicina generale e geriatria o con i reparti dei cosiddetti "lungodegenti", aiutava a tamponare un problema sempre più grave, fornendo prestazioni sanitarie costose e spesso tanto inutili quanto insoddisfacenti, è tramontato ed è stato sostituito da una rete di cure domiciliari differenti per livello di organizzazione e possibilità di intervento.

La crisi economica planetaria e, a livello nazionale, l'evasione fiscale, gli sperperi e la dilagante corruzione nella pubblica amministrazione in ogni campo sono tutti fattori che hanno contribuito a ridurre anche le risorse disponibili per la sanità e l'assistenza nel loro insieme, portando a progressivi piani di riorganizzazione.

Se da un lato si cerca di ridurre il superfluo e il dannoso e di farsi guidare nelle scelte da concetti di appropriatezza, efficacia ed efficienza, dall'altro la sempre presente volontà meramente ragionieristica dei decisori ha progressivamente ridotto nel tempo le possibilità di intervento e gli oneri a carico dello Stato in campo sanitario e socio sanitario, riversandoli sulle spalle della popolazione.

Questi interventi sono stati più volte stigmatizzati da Associazioni di cittadini e malati perché stanno portando, nonostante le ottimistiche e irrealistiche affermazioni ufficiali di politici e amministratori, ad un impoverimento del Servizio Sanitario Nazionale e con ogni probabilità mettendo a rischio la salute dei cittadini.

L'ORDINE NON PUÒ STARE A GUARDARE

Il Consiglio Direttivo dell'OMCeO della Provincia di Torino, nell'ottica della difesa della salute globale dei cittadini, vuole essere parte attiva nelle decisioni amministrative e politiche che incidono sugli aspetti sanitari e assistenziali.

L'Ordine per propria missione istituzionale si occupa e difende la salute dei cittadini. Questo compito va oltre la cura e il controllo del rispetto delle regole deontologiche e della qualità professionale dei suoi iscritti. Esso deve tenere presente anche il contesto



normativo regionale e nazionale che condiziona di fatto l'espletamento della professione. Quando le decisioni politiche portano modifiche nella erogazione di prestazioni e servizi in senso limitativo e pericoloso, specie per le fasce più deboli e vulnerabili della società, occorre stigmatizzarle e adoperarsi perché vengano modificate.

LA PRIMA PRESA DI POSIZIONE

Per questo, di fronte alla Deliberazione della Regione Piemonte del 20 aprile 2015 n. 18-1326 "Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del sistema sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015", il Consiglio dell'Ordine già nella seduta del 22.06.2015, all'unanimità aveva approvato il documento "Presenza di posizione" proprio sulla sopracitata delibera. Infatti, nella delibera la Regione definisce che le liste d'attesa, vera piaga e vergogna di ogni servizio pubblico, «governate dalle Asl, costituiscono (...) elemento di garanzia rispetto al "limite invalicabile della spesa" necessario per assicurare il rispetto di "sostanziale pareggio dei bilanci degli Enti del Servizio sanitario nazionale"». Inoltre, non riconosce che tutti i malati non autosufficienti sono soggetti colpiti da gravi patologie con l'esito di perdere il bene più prezioso per l'individuo, e cioè proprio l'autosufficienza, e afferma che «non si può sostenere che tutte le persone non autosufficienti abbiano diritto di accedere ai servizi residenziali». Concetto grave, sostiene l'Ordine, giacché "in contrasto con quan-

[...] nella delibera la Regione definisce che le liste d'attesa, vera piaga e vergogna di ogni servizio pubblico, «governate dalle Asl, costituiscono (...) elemento di garanzia rispetto al "limite invalicabile della spesa" necessario per assicurare il rispetto di "sostanziale pareggio dei bilanci degli Enti del Servizio sanitario nazionale"». Inoltre, non riconosce che tutti i malati non autosufficienti sono soggetti colpiti da gravi patologie [...] e afferma che «non si può sostenere che tutte le persone non autosufficienti abbiano diritto di accedere ai servizi residenziali»

to stabilito dai Livelli essenziali di assistenza (Dpcm 29 novembre 2001, articolo 54 della legge 289/2002)“.

La Regione Piemonte prende poi in considerazione una serie di criteri per valutare le priorità di accesso ai servizi residenziali che pone in capo alle Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), affinché collochino le persone non autosufficienti valutate «in apposite liste di attesa».

Il documento stigmatizza che l'attuale amministrazione regionale, nella delibera in discussione, non prende mai in considerazione la legge 10/2010 della Regione Piemonte "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti", che all'Art. 1 (Finalità) pone ben altri criteri per l'assistenza di questi soggetti. Essa infatti recita: "La Regione Piemonte, nel quadro della realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e in armonia con il Piano socio-sanitario regionale, promuove il benessere, la qualità della vita e l'autonomia dei cittadini non autosufficienti, previene l'aggravamento delle loro patologie, opera per evitare ricoveri impropri e favorisce la loro permanenza presso il domicilio nel quadro del rispetto prioritario della cultura della domiciliarità richiesto dalla persona e dalla famiglia.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione:

- a) realizza un insieme articolato e coordinato di prestazioni con criteri di equità;
- b) supporta in particolare coloro i quali assumono parte del carico assistenziale di persone non autosufficienti facenti parte continuativamente del proprio nucleo familiare anagrafico;
- c) valorizza il profilo professionale e formativo dell'assistente familiare;
- d) garantisce la qualità dei servizi prestati e la professionalità degli operatori;
- e) rende effettiva la possibilità di scelta tra cure domiciliari e inserimento in strutture socio-sanitarie."

Il Consiglio Direttivo dell'OMCeO afferma, quindi, nel documento approvato che:

"gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza senile sono soggetti che soffrono per gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici;

l'articolo 32 della Costituzione, la legge 833/1978, l'articolo 54 della legge 289/2002 assicurano il diritto alla cura di tali pazienti in relazione al loro fabbisogno terapeutico e senza limiti di durata;

in Piemonte sono 32.000 gli anziani malati cronici non autosufficienti posti in liste d'attesa, e cioè non presi in carico dal Servizio sanitario regionale, per le opportune cure di cui hanno necessità immediata dovuta alla loro situazione".

Già allora si chiedeva alla Regione di assumere provvedimenti urgenti per riportare l'assistenza sanitaria nella giusta ottica e alla responsabilità del Medico di medicina generale e dei medici ospedalieri impegnati nel percorso di cura, per dare la priorità alle cure domiciliari e per abbattere le liste di attesa.

RICHIESTE PRECISE PER UN CAMBIAMENTO DI ROTTA

L'assenza di risposta della Regione Piemonte e il perdurare di una linea politica mirata a non considerare gli anziani non autosufficienti e affetti da demenza senile come malati dalle necessità sanitarie e socio-assistenziali non differibili (e quindi che necessitano di un quadro di prestazioni residenziali o domiciliari di elevata complessità), ha spinto nel marzo di quest'anno il Consiglio dell'Ordine all'unanimità a chiarire la propria posizione con un secondo documento, dove si chiede con forza quanto segue:

"predispone il regolamento della legge della Regione Piemonte n. 10/2010 e dare piena attuazione alla suddetta legge attraverso l'attivazione delle indifferibili prestazioni socio-sanitarie domiciliari per le persone non autosufficienti (anziani malati cronici, persone colpite da demenza senile);

che siano le Asl a coprire i costi, come previsto dai Livelli essenziali delle attività socio-sani-

Villa Raby

Corso Francia 6-8, Torino

SPAZI ALLA CULTURA

UN POLO CULTURALE NEL CUORE DELLA CITTÀ DI TORINO

La sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino, nella cornice dello splendido Villino Raby, gioiello del Liberty italiano, opera nel 1901 dell'Architetto Pietro Fenoglio, offre i suoi spazi di incontro a Istituzioni, Associazioni, Gruppi Culturali e privati.

Tutti i Medici Chirurghi e Odontoiatri, le loro Istituzioni, Associazioni di Categoria, Società Scientifiche che vorranno organizzare Convegni, Congressi, Workshop, Corsi di Formazione, Incontri, Riunioni, Assemblee Societarie, a tutti i livelli, dal locale all'internazionale, potranno usufruire degli spazi più adatti.

Sono a loro disposizione cinque sale per ogni esigenza di incontro culturale e professionale: dalla grande Sala Congressi con 250 posti a sedere e le migliori dotazioni tecniche, alla piccola e affascinante Sala Piano per 20 posti, adatta anche per concerti da camera.

Le sale dell'Ordine sono usufruibili anche da parte di Istituzioni, Associazioni e Gruppi non medici, sia a livello cittadino che nazionale.

Per informazioni:

tesoreria@omceo.to.it



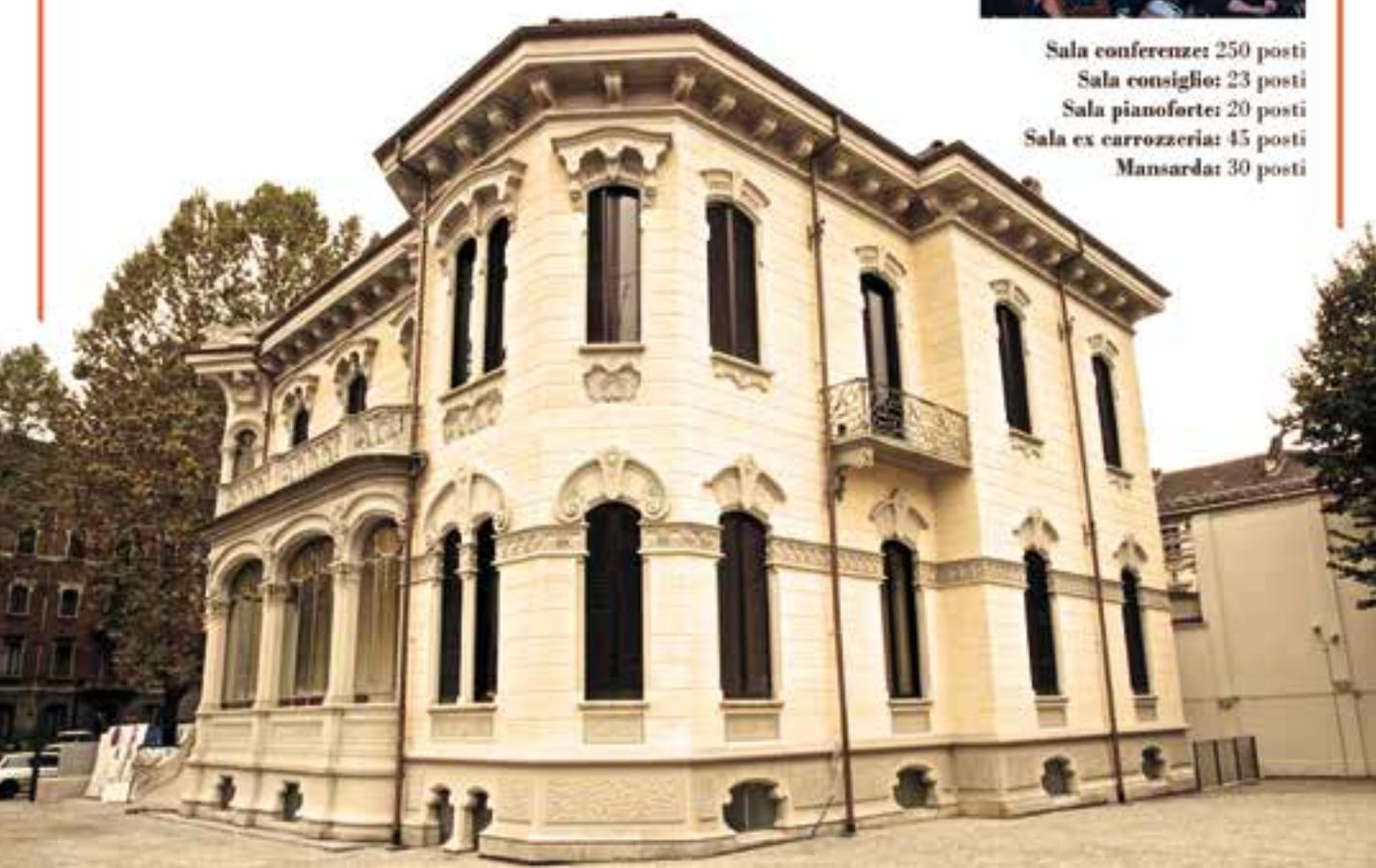
Sala conferenze: 250 posti

Sala consiglio: 23 posti

Sala pianoforte: 20 posti

Sala ex carrozzeria: 45 posti

Mansarda: 30 posti



Il Consiglio Direttivo dell'OMCeO della Provincia di Torino, nell'ottica della difesa della salute globale dei cittadini, vuole essere parte attiva nelle decisioni amministrative e politiche che incidono sugli aspetti sanitari e assistenziali

tarie (Lea), delle suddette prestazioni socio-sanitarie domiciliari, che rappresentano anche un'opportunità di risparmio di spesa rispetto ai ricoveri ospedalieri e/o alle prestazioni residenziali. Ed in particolare che il Servizio Sanitario Nazionale copra il 100% delle prestazioni di «medicina generale e specialistica, infermieristiche, riabilitative e di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa» e il 50% di quelle di «assistenza tutelare», con il restante importo a carico dell'utente o del Comune in caso di risorse economiche insufficienti;

che nell'ambito dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), servizio assicurato dall'Asl, venga creato un unico servizio di cure domiciliari per i pazienti acuti o cronici, adulti o anziani, attivato dai medici di medicina generale;

di attivarsi presso il Parlamento, il Governo, la Conferenza Stato Regioni e presso ogni altra eventuale sede istituzionale, al fine di sollecitare la piena applicazione della legge 833/1978 e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (Lea) attraverso l'assicurazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili alle persone non autosufficienti;

di attivarsi presso le sopra citate istituzioni per ottenere dal Fondo sanitario nazionale le necessarie risorse per le prestazioni socio-sanitarie, prioritariamente domiciliari, semi-residenziali e residenziali e dal Fondo per le non autosufficienze le risorse destinate ai Comuni esclusivamente per l'integrazione della quota alberghiera a carico dell'utente".

Il documento ricorda anche ai decisori i benefici che possono portare a questa categoria di pazienti delle "cure domiciliari adeguate" e il risparmio che il SSR ne ricaverebbe, giacché "gli interventi sanitari e socio-sanitari a domicilio nei confronti di tali malati, quando soddisfano le loro indifferibili esigenze terapeutiche, ne determinano in generale notevoli benefici, fra l'altro con rilevanti risparmi da parte delle Asl e dei Comuni, in quanto il costo per il SSN risulta così ripartito:

- degenza in casa di cura, 154 euro/giorno (con percorso di riabilitazione fino a 272,70 euro/giorno)
- degenza in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), da 71,56 a 104,44 euro/giorno (di cui solo il 50% a carico del SSN)
- prestazione socio-sanitaria domiciliare, dai 26 ai 52,80 euro/giorno (di cui solo il 50% a carico del SSN)".

Nella conclusione si ammonisce la Regione Piemonte, qualora proseguisse sulla attuale linea, che: "alla luce delle disposizioni della bozza di delibera 'Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica' le disparità di trattamento dei malati non autosufficienti (preventiva valutazione dell'UVG per l'accesso alle prestazioni di infermi con esigenze sanitarie indifferibili, accertamento condizioni sociali ed economiche, ecc.) rispetto agli altri cittadini sofferenti a causa di patologie identiche o assimilabili risulta evidente e poiché tutte le persone non autosufficienti, nessuna esclusa, sono anche soggetti con disabilità, peraltro grave, le disparità di trattamento rientrano fra le situazioni previste dalla legge n. 67/2006 'Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazione' ".

Anche a seguito delle prese di posizione di Associazioni quali Fondazione Promozione Sociale Onlus, Csa (Coordinamento Sanità e Assistenza fra i movimenti di base), la Regione Piemonte è stata spinta a cercare soluzioni alternative alla residenzialità (RSA aperte) che, però, a una analisi attenta paiono fortemente carenti e di facciata. L'Ordine vigilerà anche in questa direzione.

I documenti completi del Consiglio Direttivo dell'Ordine e le prese di posizione delle Associazioni si possono trovare al fondo della versione del presente articolo messa in rete all'indirizzo www.torinomedica.com



La violenza sulle donne, di cui parliamo nel Focus di questo numero di Torino Medica, è figlia di una diffusa cultura oppressiva e discriminatoria. I medici per primi devono dedicare attenzione a questo problema e debbono partecipare ad un reale mutamento

L'OMCeO di Torino contro ogni violenza sulle donne

Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino

La violenza di genere, cioè quella esercitata sulla figura femminile, affonda le sue radici in un profondo e atavico pabulum culturale, fatto di convenzioni storiche, sociali e religiose, che hanno da sempre posto la donna in una posizione di inferiorità e dipendenza nei confronti della figura maschile.

Molta strada è stata fatta, ma per una vera uguaglianza di diritti e di opportunità, per una società in cui abbia spazio il ruolo femminile, senza che sia necessaria un'assimilazione a quello maschile, il cammino è ancora lungo.

Anche il mondo medico ha le sue colpe e certamente le posizioni in carriera per le donne sono molto più difficili da raggiungere, senza pesanti sacrifici e rinunce del proprio "femminile", di quanto non lo siano per i colleghi maschi.

Il numero crescente di donne medico non testimonia necessariamente raggiunti risultati di uguaglianza, perché purtroppo, come già in un altro periodo storico nel mondo della scuola, il declino del reddito legato alla professione ha spinto molti giovani a cercare altrove una realizzazione.

La violenza sulle donne, di cui parliamo nel Focus di questo numero di Torino Medica, è figlia di una diffusa cultura oppressiva e discriminatoria. I medici per primi devono dedicare attenzione a questo problema e debbono partecipare ad un reale mutamento.

Un percorso di sensibilizzazione e di consapevolezza parte sempre dalla conoscenza del problema.

Se si nega che la violenza sulle donne sia un fatto rilevante, ritenendolo un fenomeno enfattizzato dai media ma poco diffuso nella realtà, non lo si cercherà o non se ne riconosceranno i sintomi.

Questo Focus, voluto dal nostro Esecutivo e sviluppato dalla Redazione di Torino Medica con molti autorevoli apporti, osserva il fenomeno da diversi punti di vista e vuole essere uno spunto di riflessione per i nostri iscritti. Tutti i medici, ma soprattutto quelli che per primi vedono le pazienti che hanno subito violenza, medicina primaria e medici dell'urgenza, non debbono scordare che è indispensabile nel colloquio esplorare l'ambito familiare e affettivo delle donne. Si potranno così scoprire violenze nascoste, che rischiano di sfociare in traumi e ferite. Un'attenta anamnesi potrà anche scoprire atteggiamenti, non necessariamente di violenza fisica da parte del partner, ma anche di coercizione e annullamento psicologico, che possono condurre a pericolosi stati depressivi e autolesionistici, fino al suicidio.

I fenomeni di violenza hanno molteplici forme e sono diffusi in tutte le nazioni del mondo con espressività diverse e giustificazioni differenti.

Non ripeteremo qui dati e situazioni che verranno ben

spiegate nel Forum, ma sottolineiamo che l'Ordine deve assolvere al proprio compito istituzionale di protezione della salute dei cittadini attraverso il governo della medicina, anche in questo fondamentale campo, contribuendo ad un percorso di sensibilizzazione e riflessione che porti i medici a schierarsi contro la violenza domestica e non, senza tentennamenti e dubbie giustificazioni, collaborando con la loro autorevolezza e umanità a portare alla luce ogni episodio.

Occorrerà superare le reticenze delle vittime se, come risulta da tutte le statistiche, la percentuale delle denunce è drammaticamente bassa rispetto alle violenze subite.

Ogni vita persa, che in qualche modo si poteva salvare, va ad aumentare per il medico il fardello di angosce che deve gestire durante la vita professionale. Ma, quando la vita di una donna si sarebbe potuta salvare con una maggiore conoscenza e sensibilità per il problema, indagando con attenzione e pazienza traumi sospetti e sintomi depressivi poco chiari, allora l'angoscia professionale potrebbe aggravarsi per il senso di colpa, che spesso altrove fallacemente ci accompagna.

L'OMCeO di Torino ha già organizzato e partecipato a episodi formativi sul problema, di cui l'ultimo nell'estate 2015 con il corso "La gestione della violenza da parte dei Medici e degli Operatori sanitari", a cura della sua Commissione Pari Opportunità, e non si stancherà di operare in questa direzione.

La donna deve trovare una collocazione equilibrata in una società che non abbia più bisogno di "quote rosa" e di "giornate" dedicate, per ribadire ciò che non ha bisogno di retorica per essere vero.

La donna deve essere libera di esprimere se stessa, non in competizione con il maschio, ma in armonica collaborazione.

Fino a quando ciò non accadrà in modo naturale, bisognerà lavorare su molti fronti. Per quello fondamentale della violenza e della prevenzione dei femminicidi, si dovrà proseguire nel potenziamento della prevenzione, del riconoscimento e della repressione di azioni e situazioni violente maschili.

Ma non bisognerà trascurare ogni mezzo per l'affermazione di una mentalità diffusa che isoli e contrasti atteggiamenti, immagini, letteratura, arte, stereotipi sociali e religiosi, che pongano la donna in una posizione di inferiorità verso l'uomo nella famiglia come nel lavoro.

Finché non si giungerà compiutamente e diffusamente a questo traguardo, esisterà una base culturale che potrà in qualche modo spingere e giustificare forme di violenza sulle donne.

Violenza di genere e salute pubblica

Patrizio Schinco

*Dirigente Responsabile Centro Supporto e Ascolto Vittime di Violenza DEMETRA
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Consulente di Fiducia Regione Piemonte per le Pari Opportunità e contro le discriminazioni*

DENTRO LE MURA DOMESTICHE

Quando si parla di violenza di genere bisogna distinguere tra violenza che avviene dentro le mura domestiche (Intimate Partner Violence, in acronimo IPV) e violenza sessuale da estraneo. Nella violenza domestica esiste un legame affettivo, mentre nel secondo caso vi sono modi differenti e diverse conseguenze. L'IPV si può definire come un insieme di comportamenti abusivi da parte di un partner o di costituenti del nucleo familiare uniti con la vittima da un rapporto intimo come il matrimonio, la famiglia, l'amicizia o la convivenza. L'IPV presenta molte manifestazioni tra cui l'aggressione fisica, le espressioni di minacce o repressioni, l'abuso sessuale, il maltrattamento psicologico, l'intimidazione, lo stalking, la negligenza e la privazione economica.

Le radici dell'IPV sono da ricercare principalmente nella persistenza degli stereotipi sul ruolo maschile, nell'educazione dei figli, nella violenza trasmessa dai media. L'IPV non deriva dall'uso di sostanze o da patologie psichiatriche, non vi sono caratteristiche ricorrenti tra i partner violenti, tuttavia possono essere evidenziati fattori di rischio tra i quali il principale è la condizione di essere figlio di un genitore maltrattante e aver assistito al maltrattamento di una figura di riferimento. Il

Qualche dato

La violenza contro le donne rappresenta una violazione dei diritti umani, attraversa tutte le culture, le classi, le etnie, i livelli d'istruzione, di reddito e le fasce di età, frena l'autonomia e provoca una riduzione del PIL in tutti i Paesi del mondo.

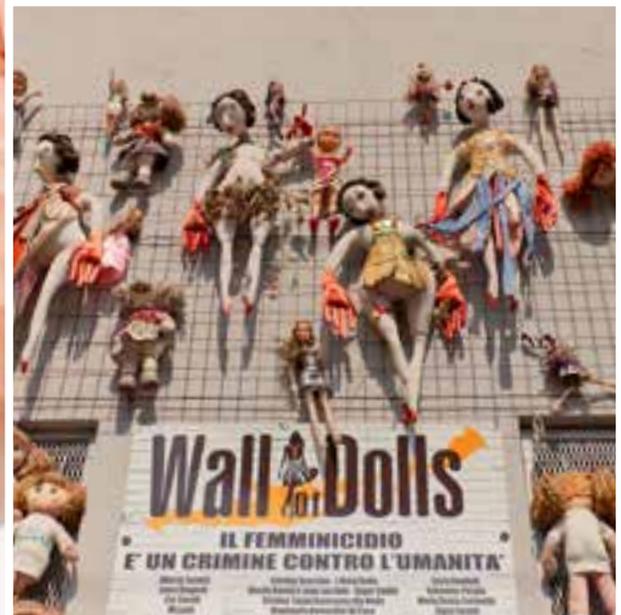
Se consideriamo i costi umani e le conseguenze della violenza vedremo che i costi sanitari in Italia superano i due miliardi di euro all'anno, ma la ricaduta attraverso i moltiplicatori economici e sociali corrisponde ad altri quindici miliardi di euro annui. Il danno è nell'ordine dei miliardi di euro, mentre gli investimenti pubblici in prevenzione e contrasto sono ben di sotto i dieci milioni.

I dati dell'ISTAT del 2015 hanno confermato che il 31,5% delle donne in Italia fra i 16 e i 70 anni ha subito nel corso della propria vita una violenza fisica (20,2%) o sessuale (21%). Quest'ultima è rappresentata nel 5,4% da stupri o tentati abusi commessi in 2 casi su 3 da un partner attuale o ex-partner, nell'ultimo decennio secondo l'EURES ci sono stati in Italia 1740 femminicidi.

La statistica dell'ISTAT non espone dati sui minori ma quella Europea del 2014 ci dice che il 20% delle bambine e il 5-10% dei maschi hanno subito abusi prima dei 16 anni: una bambina su 5 e un bambino su 8. Nove volte su 10 il responsabile dell'abuso sul minore è un familiare: il padre nel 50% dei casi, la madre una volta su 10 e poi zii, nonni, conviventi, fratelli e amici di famiglia. Solo in meno di un caso su 10 il responsabile è estraneo alla famiglia (8,19%).



Un esempio di installazione artistica contro la violenza alla donna, il Wall of Dolls, contributo del mondo della moda, allestito a Milano nell'aprile del 2015 per mano di stilisti e marchi internazionali.



Questi dati drammatici danno una dimensione della violenza nella società ma non descrivono compiutamente i suoi effetti a livello di salute della popolazione e delle sue implicazioni a livello sanitario

62,4% delle madri oggetto di violenza ha dichiarato che i figli hanno assistito a episodi di violenza in casa e hanno posto l'accento sul fatto che nel 15,7% dei casi i figli hanno subito violenza dal padre.

LE CONSEGUENZE DELLA VIOLENZA SULLA SALUTE

Il fenomeno della violenza di genere ha quindi una matrice di carattere culturale ma è solamente una faccia dell'aggressività che pervade la nostra società e che comprende ogni manifestazione aggressiva contro i soggetti deboli in primo luogo, minori e tutti gli individui che versano in una situazione d'inferiorità come disabili, anziani ed emarginati, soprattutto se di sesso femminile. Questi dati drammatici danno una dimensione della violenza nella società ma non descrivono compiutamente i suoi effetti a livello di salute della popolazione e delle sue implicazioni a livello sanitario. Sappiamo che la violenza provoca importanti danni alla salute psico-fisica delle vittime, aggravando la loro situazione di vulnerabilità sociale e il rischio di esclusione dalla società.

L'OMS nel 2013 ha proposto un elenco delle patologie correlate direttamente con vissuti di violenza domestica (comprese le minacce, lo stalking, lo stress emotivo e fisico da parte del partner). Anche la violenza esclusivamente psicologica, ritenuta erroneamente meno grave, è associata a patologie autoimmuni, dolori cronici, emicranie e cefalee, balbuzie, ulcera gastrica, malattie infiammatorie intestinali, colon spastico e dispepsie, diarrea o costipazione e disturbi del comportamento alimentare. ▶

Anche la violenza esclusivamente psicologica, ritenuta erroneamente meno grave, è associata a patologie autoimmuni, dolori cronici, emicranie e cefalee, balbuzie, ulcera gastrica, malattie infiammatorie intestinali, colon spastico e dispepsie, diarrea o costipazione e disturbi del comportamento alimentare

È dimostrata una forte associazione tra IPV e ridotta salute fisica e mentale con aumentata incidenza di ansia e depressione. Tali danni sono più gravi quando l'IPV è subita o assistita in età infantile: tramite processi di metilazione delle molecole biologiche si modifica l'espressione genica e s'innescano un moto di progressione verso la malattia. Nei soggetti esposti alla violenza da bambini, c'è una forte relazione con l'ansia e la depressione in età adulta. La violenza contro le donne in gravidanza è associata ad aborto ripetuto, insufficienza placentare, basso peso alla nascita e necessità di cure intensive neonatali. Nelle donne vittime di violenza intrafamiliare è aumentata l'incidenza di tumori della mammella, dell'ovaio, del corpo e del collo dell'utero.

Lo stress cronico indotto da situazioni di disagio familiare innescano l'inibizione diretta della produzione di NGF, riduzione della neurogenesi e della produzione dei neurotrasmettitori a livello cerebrale determinando alterazione della densità dei neuroni cui conseguono disturbi psichici e problemi comportamentali di tipo aggressivo. Gli studi sulla violenza fisica e sessuale contro le donne hanno riportato che quelle gravemente vittimizzate ricorrevano a visite mediche con frequenza doppia e con una spesa medica 2,5 volte superiore rispetto alle donne non vittimizzate.

Questo problema deve essere affrontato da personale sanitario preparato e adeguatamente formato. Prevenzione, attenzione, interesse e interventi specifici possono sostanzialmente ridurre il peso della violenza domestica sul sistema di sanità pubblica e migliorare notevolmente la salute delle pazienti.

Negli ultimi anni abbiamo visto una crescita della sensibilità sulla violenza e assistito di conseguenza a un incremento normativo del diritto penale, nello specifico le Leggi sullo Stalking del 2009 e quella sul Femminicidio del 2013. Alcune forme di violenza, tuttavia, rimangono difficilmente dimostrabili con efficacia in tribunale: infatti quella psicologica, che rappresenta la grande maggioranza degli episodi, non è adeguatamente valutata ed è carente la cultura del riscontro del danno psicologico nelle relazioni intime.



1522

è un numero di pubblica utilità completamente dedicato alle donne vittime di violenza, gratuito e attivo 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno

Prevenzione, attenzione, interesse e interventi specifici possono sostanzialmente ridurre il peso della violenza domestica sul sistema di sanità pubblica e migliorare notevolmente la salute delle pazienti

A CHI CHIEDERE AIUTO? LA RETE DI SUPPORTO NELLA REGIONE PIEMONTE

In Piemonte esiste da anni una rete di sostegno alle donne. Il “**Coordinamento della Rete Sanitaria per la presa in carico delle vittime di violenza sessuale e domestica**” nasce con la Delibera della Giunta Regionale n. 14-12159 del 21 settembre 2009, e tale funzione è stata confermata e rafforzata dalla Legge Regionale 2 del 24 febbraio 2016. Il Coordinamento è costituito da Referenti di ogni Azienda Sanitaria e di ogni Ospedale sede di DEA (Dipartimento emergenza e accettazione). La funzione di Coordinamento è stata garantita dai Responsabili del Centro SVS del Sant’Anna e del Centro Demetra delle Molinette; esso promuove l’attività di assistenza e accoglienza delle vittime di violenza nei DEA della Regione, la formazione continua per gli operatori delle Aziende Sanitarie, l’adozione di linee guida e protocolli specifici, il monitoraggio sanitario della violenza sessuale e domestica, svolge inoltre attività di consulenza telefonica per gli operatori delle strutture sanitarie, coordina la gestione operativa delle problematiche emergenti nella realtà decentrate. In ogni DEA è attivo personale formato dalla Regione Piemonte all’accoglienza delle vittime di violenza, in collegamento e sinergia con la rete di sostegno sanitaria e psicosociale. Attraverso la Rete sanitaria, le vittime possono accedere ai servizi offerti, compresa l’ospitalità in emergenza. Manca ancora un coordinamento dell’emergenza sanitaria con la rete di sostegno psicologico che tuttavia è in fase di progettazione.

Nel territorio della Città Metropolitana di Torino esistono numerose associazioni rivolte ad assistere donne e bambini vittime di violenza. Alcune di esse fanno parte della **Rete Nazionale Antiviolenza 1522 del Dipartimento per le Pari Opportunità**: 1522 è un numero di pubblica utilità completamente dedicato alle donne vittime di violenza, gratuito e attivo 24 ore su 24 per 365 giorni l’anno. Offre un servizio multilingue di supporto psicologico, giuridico e di orientamento verso le strutture di assistenza pubbliche e private più vicine gestito da personale esperto con la garanzia del più assoluto anonimato. Novanta associazioni che si occupano di violenza di genere aderiscono al “**Coordinamento Cittadino e Provinciale Contro la Violenza alle Donne**”, un organismo istituito dalla Città di Torino. Esso opera per prevenire, contrastare e denunciare la violenza contro le donne informando e sensibilizzando la cittadinanza, rafforzare e incrementare i collegamenti fra le strutture pubbliche che operano in campo socio assistenziale-sanitario-legale-giudiziario, analizzare le necessità e i bisogni da colmare individuandone le soluzioni operative, realizzare percorsi formativi e di sensibilizzazione. Opera altresì per garantire accoglienza alle donne maltrattate supportandone i percorsi di autonomia. Inoltre verifica l’applicazione delle norme esistenti in tema di maltrattamenti e di violenza, monitorando il fenomeno e predisponendo strumenti adeguati.

FONDO PER IL PATROCINIO LEGALE GRATUITO E CONVENZIONE DI ISTANBUL

Dal 4 aprile 2008 tutte le donne che intendano sporgere denuncia per un reato consumato o tentato sul territorio piemontese possono beneficiare del **Fondo di solidarietà per il Patrocinio legale gratuito alle donne vittime di violenza e maltrattamenti**, istituito con la Legge regionale n. 11 del 17 marzo 2008. Il Fondo copre le spese di assistenza legale, se il patrocinio è svolto da avvocati regolarmente iscritti nell’elenco previsto dalla Convenzione tra la Regione e i Consigli degli Ordini degli Avvocati del Piemonte.

La **Convenzione di Istanbul** ratificata dal Parlamento Italiano ed entrata in vigore il 1 agosto 2014 impegna gli Stati aderenti a promuovere politiche volte a favorire la parità tra le donne e gli uomini, l’emancipazione e l’autodeterminazione delle donne. All’Art. 15 la Convenzione rileva la necessità di fornire e rafforzare un’adeguata formazione delle figure professionali sanitarie che si occupano delle vittime, con corsi di cooperazione coordinata interistituzionale per consentire una gestione globale e adeguata.

Le spie della violenza

Ivana Garione

Consigliere OMCeO Torino

L'idea stereotipa di violenza, comune tra gli operatori socio-sanitari, è che sia un grave reato, ma relativamente poco frequente. Anche per questo si tende a non riconoscerla come problema, alla stregua delle malattie molte rare. Un altro stereotipo è l'idea che si limiti a colpire persone di livello socio-culturale basso e/o che sia necessariamente connessa alle dipendenze (etilismo o tossicodipendenza)

La violenza sulle donne è un problema di salute pubblica e provoca una serie di danni alla salute che bene sono stati descritti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel World report on violence and health (l'ultimo è del 2013), tra i quali lesioni fisiche sia breve termine (addominali, lividi e frustate, fratture, danni oculari, lacerazioni e abrasioni) sia a lungo termine (disturbi gastrointestinali, colon irritabile, sintomi cardiaci, fibromialgie, sindromi da dolore cronico). Inoltre produce conseguenze sessuali e riproduttive, di nuovo sia a breve termine (come disturbi ginecologici, complicazioni della gravidanza, aborto spontaneo, gravidanza indesiderata) sia a lungo termine (come malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS, sterilità, malattie infiammatorie pelviche, disfunzioni sessuali).

Pesanti sono anche le sequele a livello psicologico e comportamentale che insorgono precocemente: ansia, attacchi di panico, insonnia, sensi di colpa e di vergogna, inattività. Altrettanto gravi quelle che si presentano a distanza dalla violenza subita: depressione, fobie, scarsa autostima, disturbo da stress post traumatico, comportamenti autolesionisti, abuso di alcol e droghe, disturbi alimentari.

I sintomi dello Stress post-traumatico da violenza

Numbing: uno stato di coscienza simile allo stordimento e alla confusione.

Flashback: un vissuto intrusivo dell'evento che si propone alla coscienza, "ripetendo" il ricordo dell'evento.

Evitamento: la tendenza ad evitare tutto ciò che ricordi in qualche modo, o che sia riconducibile, all'esperienza traumatica (anche indirettamente o solo simbolicamente).

Incubi: possono far rivivere l'esperienza traumatica durante il sonno, in maniera molto vivida.

Hyperarousal: stato caratterizzato da insonnia, irritabilità, ansia, aggressività e tensione generalizzate



Suggerimenti per cogliere le spie di violenza:

- collegare la salute della donna alle sue condizioni di vita;
- considerare ogni donna a rischio di violenza;
- considerare la violenza quotidiana all'interno della famiglia come la più consueta e la più diffusa delle forme di violenza contro la donna;
- conoscere tutti i possibili effetti che la violenza produce in termini di danno alla salute, sia fisica che psichica;
- valutare i sintomi fisici e psichici nella donna come possibili conseguenze della violenza familiare e di coppia;
- inserire nelle procedure di accoglienza dell'utenza e di raccolta dati domande sulla violenza e sui maltrattamenti che riguardano gli aspetti più consueti (sessuale, fisico e psicologico);
- conoscere percorsi istituzionali di supporto per l'uscita dalla violenza (centri anti-violenza, case alloggio, associazioni di donne e di volontariato, leggi di tutela dei diritti delle donne...).

Nonostante questi dati, il fenomeno della violenza è ancora sottovalutato in ambito sanitario, e soprattutto sono sottovalutate le conseguenze e l'impatto che la violenza ha sulla salute delle donne.

Sicuramente gli stereotipi giocano un ruolo: l'idea stereotipa di violenza, comune tra gli operatori socio-sanitari, è che sia un grave reato, ma relativamente poco frequente. Anche per questo si tende a non riconoscerla come problema, alla stregua delle malattie molto rare. Un altro stereotipo è l'idea che si limiti a colpire persone di livello socio-culturale basso e/o che sia necessariamente connessa alle dipendenze (etilismo o tossicodipendenza).

Il fenomeno della violenza è ancora sottovalutato in ambito sanitario, e soprattutto sono sottovalutate le conseguenze e l'impatto che la violenza ha sulla salute delle donne

Inoltre esistono delle obiettive difficoltà per i medici a riconoscere la violenza: da una parte per la mancanza di un approccio capace di mettere a fuoco le specifiche condizioni di vita femminile, dall'altra per la più diffusa tendenza a riferire costantemente i malesseri e i disagi delle donne a problemi di tipo biologico, che poco hanno a che vedere con gli eventi della vita e le relazioni violente.

Senza dimenticare la difficoltà maggiore: non è semplice riconoscere ciò che la vittima stessa sceglie di nascondere, mimetizzando la violenza, spesso del partner, dietro una più rassicurante dichiarazione di "trauma da incidente domestico".

Anni di studio e di pratica professionale hanno insegnato, a noi medici, le risposte terapeutiche adeguate a una persona malata, mentre è scarsa l'attitudine al riconoscimento dei segnali inespressi alla "comunicazione non verbale" ad ascoltare in modo diverso, a prestare attenzione anche alle parole non dette, perché troppo difficili da pronunciare.

Quindi è ancora necessario fare formazione per acquisire conoscenza delle caratteristiche del ruolo e della vita quotidiana femminile come luoghi in cui più facilmente si annida il rischio di violenza.

In conclusione, credo si possa condividere la Relazione del 2012 della Commissione europea per i diritti della donna e l'uguaglianza di genere: "La violenza contro le donne è conseguenza delle perduranti disparità di genere ed è un fenomeno strutturale collegato alla ripartizione iniqua del potere tra donne e uomini nella nostra società, ma è possibile ridurre tale fenomeno coniugando azioni mirate contro gli stereotipi di genere e una presa di coscienza del fenomeno nell'ambito della sanità, dei servizi di polizia e del sistema giudiziario".

I traumi oro-facciali: quando sospettare la violenza?

Patrizia Biancucci
Componente CAO OMCeO Torino

La nostra classe medica è ancora restia alla sanità digitale che viene vista solo come un aggravio di lavoro, e continuerà ad esserlo finché non le verrà provato che permette di raggiungere risultati migliori rispetto alle vie tradizionali

La proposta di un Registro nazionale dei traumi infantili con denunce da parte dei dentisti nei casi di sospetto maltrattamento è stata avanzata a suo tempo dall'Aio, ma il problema è riconoscerli, ancora prima di registrarli. Il Journal of the American Dental Association ha di recente affrontato il tema dei traumi infantili pubblicando alcune linee guida (Trauma-informed care pyramid) per il trattamento dei piccoli pazienti facenti parte di una ricerca della psicologa Sheela Raja, docente presso l'Università dell'Illinois (Dipartimento di odontoiatria pediatrica), sulle vittime di violenza domestica dall'area metropolitana di Chicago. L'OMS sottolinea come "per abuso all'infanzia e maltrattamento debbano intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" (Krug et al. 2002).

Nonostante la regione orale rappresenti solo l'1% della superficie totale del corpo, il 5% di tutti gli incidenti la colpiscono, mentre nei bambini traumatizzati in età prescolare è coinvolta nel 17% dei casi. Gli studi riportano comunque dati molto differenti per la mancanza di metodi e classificazioni standardizzate e per il variare dell'età del campione in esame. La prevalenza dei traumi dentali è elevata in tutto il mondo ed il confronto dei dati tra i diversi Paesi verrebbe favorito da protocolli epidemiologici standardizzati. In Italia soltanto il 7% degli atti di violenza viene denunciato alle forze dell'ordine e all'autorità giudiziaria, malgrado anche la cavità orale sia bersaglio della violenza sessuale sui minori. Infatti, nel 50% dei casi di violenza sono presenti lesioni oro-facciali o al capo in genere, fra cui i cosiddetti "bitemarks" (l'analisi dell'impronta di morsicatura rientra nelle competenze dello specialista odontologo forense).

Capitolo dell'odontoiatria particolarmente complesso, i traumi oro-facciali richiedono un approccio multidisciplinare per eccellenza, ossia competenze in chirurgia conservativa, endodonzia, parodontologia, ortodonzia e protesi, oltre che in ambito medico e di fisiopatologia dell'apparato stomatognatico. La traumatologia appare tuttavia come una branca piuttosto trascurata, malgrado il numero di traumi e loro ripercussione su individui e società. La loro prevalenza nella popolazione generale, e pediatrica in particolare, è alta. Giovane o anziano, il traumatizzato è sempre psicofisicamente alterato: si presenta in studio o in ambiente istituzionale chiedendo un trattamento immediato e la risoluzione della sintomatologia dolorosa o disfunzionale. Essendo spesso un soggetto in crescita, la scelta terapeutica tempestiva e corretta rappresenta un'assoluta necessità, perché opzioni errate potrebbero condizionare la crescita del paziente o complicare la prognosi dell'elemento dentario. ▶

Alcune linee guida, pubblicate dall'Associazione Internazionale di Traumatologia Dentale (ladd <http://www.dentaltraumaguide.org>), non garantiscono sempre il successo terapeutico, ma aumentano le possibilità di ottenerlo: all'odontoiatra spetta valutare il caso clinico considerando le variabili. Il trattamento delle lesioni in dentizione presenta aspetti differenziati, con protocolli clinici specifici per traumi della dentizione decidua e della permanente, dal cui approfondimento scaturirà la corretta scelta terapeutica.

Per una diagnosi appropriata e un più idoneo trattamento interdisciplinare sono richieste un'anamnesi accurata e un esame obiettivo rigoroso (vedi cartella dedicata anche ai fini medico-legali), oltre ad esami radiografici e fotografici specifici. Gli insuccessi possono essere dovuti alla negligenza diagnostica dell'odontoiatra, a un piano terapeutico non corretto, a un ingiustificato *over-treatment* o a un inadeguato *follow-up*. Occorre saper riconoscere i casi bisognosi di approccio multidisciplinare e coordinare il team di specialisti per interventi in tempi preordinati. Fondamentale in ogni caso il monitoraggio nel tempo, visto che tutti i traumi necessitano di un'adeguata e circostanziata relazione medico-legale per il risarcimento di danni non solo materiali, ma estetici e biologici, compresi gli aspetti psicologici.

Le più frequenti cause di traumi oro-facciali nella popolazione sono rappresentate nel grafico (vedi Tab. 1), dove si coglie che il 56% è dovuto al gioco, il 21% ad attività sportive, il 12% ad atti di violenza e l'11% ad incidenti di strada. Più esposte soprattutto le fasce d'età preadolescenziali (8-12 anni), con l'aggravante che 3 soggetti su 10 in età evolutiva possono avere esiti complicati ed una minor possibilità di risoluzione completa con costi di ripristino sociale elevati. In età pediatrica i traumi oro-facciali interessano dal 15 al 30% degli individui, costituendo con le lesioni cariose, la più comune causa del ricorso a cure odontoiatriche.

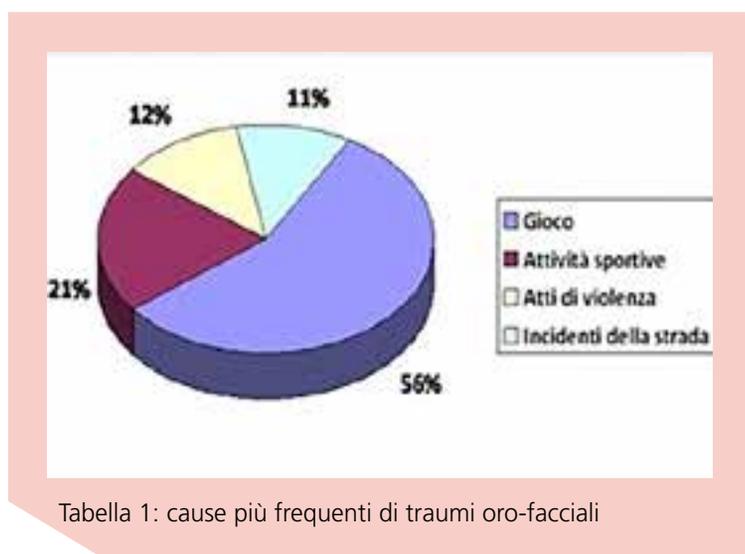


Tabella 1: cause più frequenti di traumi oro-facciali

Fonte: C. Caprioglio, L. Paglia, *Epidemiologia e approcci innovativi nei traumi dentali* (una branca piuttosto trascurata dell'odontoiatria), disponibile in open access su www.dental-tribune.com

In Italia il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nel novembre 2012, ha fornito le Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva (reperibili a questo link: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=746). Ne riportiamo qualche stralcio.

MALTRATTAMENTI E/O ABUSI SU MINORI E TRAUMA DENTALE



RACCOMANDAZIONE 1

In caso di trauma dentale, l'operatore sanitario deve sempre "sospettare" che tale trauma possa essere causato da un abuso e/o maltrattamento ed eventualmente segnalarlo alle autorità competenti



RACCOMANDAZIONE 2

In presenza di un trauma dentale, l'operatore sanitario deve effettuare, oltre ad una attenta valutazione del cavo orale, anche un esame della testa e del collo.



SOTTO RACCOMANDAZIONE

L'esame intraorale deve verificare la presenza di eventuali ferite a labbra, lingua, palato e frenuli, segni di precedenti traumatismi dovuti a traumi ripetuti causati da maltrattamenti. L'esame extraorale deve prevedere l'ispezione del cuoio capelluto (zone prive di capelli), dei padiglioni auricolari e del collo (presenza di ferite o lividi). Deve essere fatta anche un'attenta valutazione della cute delle zone anatomiche sopra indicate al fine di verificare l'eventuale presenza di abrasioni, contusioni o ustioni recenti o in fase di guarigione e segni di morsicatura non autoinflitti. Vanno inoltre ispezionati gli occhi per la ricerca di eventuali lividi periorbitali ed il naso per possibili deviazioni del setto o presenza di coaguli di sangue.

CERTIFICAZIONE DEL TRAUMA



RACCOMANDAZIONE 1

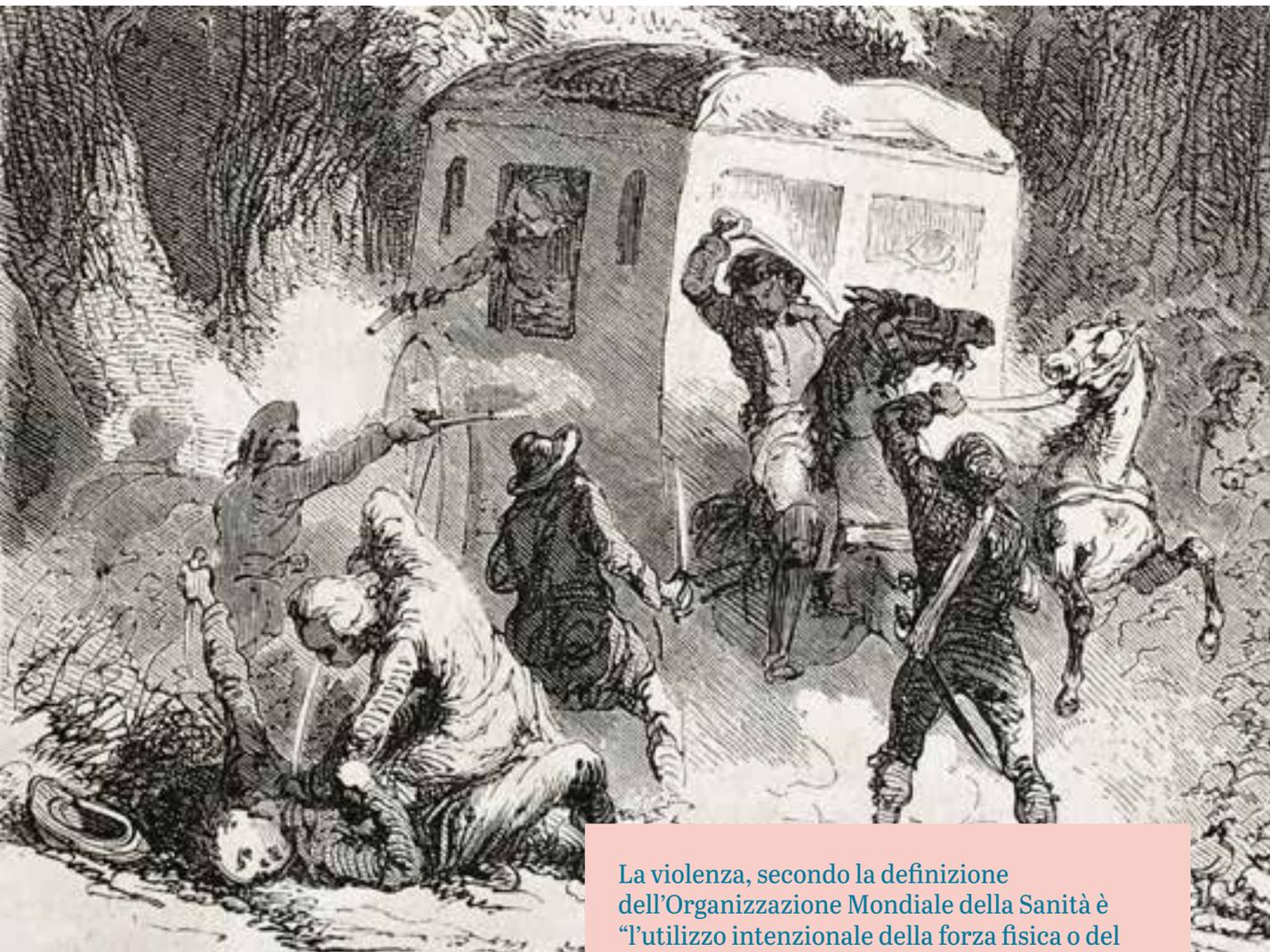
Il certificato rilasciato per attestare la natura e l'entità delle lesioni traumatiche del cavo orale deve riportare in maniera accurata la sede anatomica del trauma, la diagnosi e la prognosi.



RACCOMANDAZIONE 2

La lesione traumatica deve essere rigorosamente documentata dall'odontoiatra con cartella clinica, radiografie, fotografie e altro allo scopo di agevolare eventuali richieste risarcitorie da parte della famiglia dell'assistito.

Per concludere, in linea di principio dinanzi a una lesione oro-facciale la violenza è sempre la prima sospettata e dunque ogni volta che ci troviamo di fronte a una lesione oro-facciale e la spiegazione dell'accaduto non sembra essere convincente, occorre sospettare la violenza.



La violenza, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è "l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione".

Aspetti clinici e relazionali della violenza

Filippo Pennazio, Vincenzo Villari
SC Psichiatria Città della Salute e della Scienza di Torino

I malati di mente non sono tutti violenti e le persone violente e/o autori di reato non sono necessariamente malati di mente [...]. Ad accrescere la complessità del fenomeno contribuisce l'osservazione che le persone con disturbi mentali sono, a loro volta, più facilmente vittime di violenza

La definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, molto ampia e completa, comprende sia la violenza agita fisicamente che comporta una lesione all'integrità fisica dell'altro, sia le altre forme che potrebbero erroneamente apparire meno gravi. Inoltre, mentre la prima è facilmente intercettabile, le altre spesso sono subdole e difficili da individuare, talvolta anche per chi vi è coinvolto, almeno nelle fasi iniziali.

È anche importante evidenziare che la violenza si può manifestare nei rapporti duali, nei gruppi e nelle istituzioni.

Inoltre la violenza va distinta dall'aggressività, che è una spinta ad agire innata e determinata biologicamente. Può essere espressa con agiti violenti oppure – trasformata da processi mentali più complessi ed evoluti frutto dell'apprendimento e dell'addestramento – con azioni utili per l'individuo e socialmente accettate come competere per il lavoro o per lo sport.

Infine è utile distinguere due sottotipi di violenza: uno impulsivo/reattivo/ostile/affettivo e l'altro controllato/proattivo/strumentale/predatorio.

STORIA E RAPPRESENTAZIONE DEL FENOMENO

Sono stati condotti diversi studi sull'andamento nel corso della storia del tasso di morti avvenute per guerra od omicidio, sulla frequenza di crimini violenti (violenze di tipo sessuale, abusi su minori, ecc.) e sull'entità della violenza legata alle istituzioni (pena di morte, tortura, schiavitù, ecc.). Da questi lavori emerge in maniera pressoché univoca (si veda in proposito il recente e completo testo di Steven Pinker) che la violenza, nelle sue diverse forme, appare in costante riduzione e che stiamo vivendo nel periodo meno violento della storia dell'umanità.

Quindi si può affermare che la violenza non è un prodotto della modernità, ma è una manifestazione antica della vita e della natura umana, come emerge chiaramente dalla lettura della Bibbia e dell'Illiade, che possiamo considerare i due testi archetipici della nostra cultura occidentale.

Ma se la nostra epoca conosce il livello minimo di violenza nella storia, e noi abbiamo la fortuna e il privilegio di vivere nell'area meno violenta del mondo, come mai tendiamo invece a percepirla come un fenomeno così rilevante, addirittura in aumento?

Per tentare di rispondere possono essere utili due considerazioni. La prima è che la percezione che abbiamo della violenza è eminentemente legata alla sua rappresentazione. Questa, nella società contemporanea, è in larga misura connessa ai mass media, i quali – per le ragioni più diverse (commerciali? politiche?) – possono tendere a enfatizzarne le dimensioni. Un buon esempio è la recente serie televisiva Gomorra con le polemiche che ha suscitato, in cui gli autori, gratificati dall'enorme successo ottenuto, sono intervenuti dicendo che si tratta solo di fiction (ancorché talvolta molto verosimile) e non di realtà, come se fosse necessario dirlo! La seconda è che solo negli ultimi decenni si è cominciato sistematicamente a raccogliere dati sulla violenza. Il fatto che la misurazione del fenomeno sia appena iniziata può generare l'errata percezione che si tratti di un problema di recente insorgenza o, per lo meno, in crescita. Il risultato è il dilagare dell'ansia che – come sostiene Joseph LeDoux nel suo bel libro pubblicato di recente – ha preso il posto della paura (dei predatori, del fuoco, del freddo, della fame, ecc.) che ha accompagnato l'uomo dalle origini della specie.

VIOLENZA E PSICHIATRIA

Un altro luogo comune molto diffuso è la convinzione che i disturbi mentali comportino un maggior rischio di comportamenti violenti. In effetti è molto difficile pervenire a un giudizio univocamente condiviso e i dati in letteratura circa l'associazione tra patologia psichiatrica e violenza sono sparsi e discordanti. Numerosi studi su larga scala (Swanson 1990, Steadman 1998) che valutano tutti i soggetti in cura per disturbi mentali smentiscono tale ipotesi: le persone affette da disturbi mentali non compiono atti violenti, né

commettono reati con frequenza statisticamente differente rispetto alla popolazione generale. Recenti lavori, però, hanno valutato che il dato è molto influenzato dal tipo di diagnosi e dalla comorbidità con uso di sostanze che correla con il maggior rischio per agiti violenti dei soggetti schizofrenici (Fazel 2009). Inoltre sono a rischio alcune fasi cliniche di disturbi cronici, come le psicosi acute (Iozzino 2015), o specifici tratti di personalità legati alle dimensioni della rabbia e dell'impulsività (González 2016); in questi casi è prevalentemente coinvolta la forma impulsiva/reattiva/ostile/affettiva. L'uso di alcol o sostanze aumenta la probabilità di violenza sia nella popolazione generale sia nei pazienti con comorbidità psichiatriche. È fondamentale sottolineare come un trattamento efficace e precoce del disturbo di base riduca il tasso di crimini violenti (Nielssen 2010). Quindi i malati di mente non sono tutti violenti e le persone violente e/o autori di reato non sono necessariamente malati di mente (altrimenti non sarebbero necessarie le perizie per accertare la capacità di intendere e di volere al momento dei fatti).

Ad accrescere la complessità del fenomeno contribuisce l'osservazione che le persone con disturbi mentali sono, a loro volta, più facilmente vittime di violenza.

LE RELAZIONI DISFUNZIONALI

Un peculiare aspetto della violenza è quello che si esprime nelle relazioni disfunzionali con forme di sadismo e di masochismo che si attuano nei rapporti individuali, gruppalì o istituzionali. L'argomento è molto complesso e, sicuramente, va oltre gli aspetti strettamente psicopatologici e clinico-diagnostici, collocandosi in una dimensione profonda psicodinamica che può comportare diversi livelli di consapevolezza, fino a una totale inconsapevolezza del ruolo giocato nella relazione.

Le perversioni sado-masochistiche si basano sul piacere correlato al dare/provare dolore e quindi nella relazione tra chi lo infligge e chi lo subisce (relazione vittima/carnefice), in cui non è infrequente che vi sia il consenso della vittima. In tali casi, a parte la difficoltà a capire se il consenso è reale o solo apparente, è importante che si manifesti in relazioni libere e simmetriche tra adulti consenzienti. Tale condizione, per quanto possa sembrare aberrante, rientra nella libertà degli individui di autodeterminarsi. Diverso è quando ciò si realizza nell'ambito di rapporti asimmetrici di qualsiasi natura, con la presenza di persone in una situazione di fragilità, anche solo consistente in uno stato di subalternità emotiva e affettiva – prima tra tutti quella dei minori. Allora queste condizioni sono inaccettabili e spesso perseguibili dalla legge, per cui subentra la necessità, nel nostro caso anche deontologica (art. 32 del Codice di Deontologia Medica) di proteggere i soggetti fragili.

In conclusione la violenza, in tutte le sue manifestazioni, è sempre da combattere e contrastare, ma, andando oltre gli aspetti repressivi, è anche auspicabile che la società e la cultura favoriscano l'espressione dell'aggressività in maniera più complessa ed evoluta attraverso attività socialmente utili o, almeno accettabili, rendendo svantaggiose le manifestazioni violente.

Bibliografia

Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. *Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime*. JAMA. 2009;301(19):2016-2023.

FNOMCEO. Codice di Deontologia Medica, 2014.

González RA, Igoumenou A, Kallis C, Coid JW. *Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment*. BMC Psychiatry. 2016 Jun 3;16:180.

Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. *Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis*. PLoS One. 2015 Jun 10;10(6).

LeDoux J. *Ansia*, Raffaello Cortina, 2016.

Nielssen O, Large M. *Rates of Homicide During the*

First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin vol. 36 no. 4 pp. 702-712, 2010.

Organizzazione Mondiale della Sanità. *Violenza e salute nel mondo* - rapporto 2002.

Pinker S. *Il declino della violenza*, Mondadori, 2013.

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. *Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods*. Arch Gen Psychiatry. 1998 May;55(5):393-401.

Swanson J, Holzer CE, Ganju V, Jono R. *Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiological Catchment Area surveys*. Hosp Comm Psychiatry 1990;41:761-70.

I numeri della violenza nel mondo. Un'epidemia mondiale

A cura di Pensiero Scientifico

La violenza contro le donne è un fenomeno molto esteso, su scala mondiale, che colpisce tutte le età, le regioni e classi sociali; i femminicidi ne rappresentano solo la punta dell'iceberg. Si tratta di un problema globale di salute pubblica nonché di violazione dei diritti umani, dagli alti costi sociali ed economici. Le stime più recenti della dimensione mondiale di questa epidemia sono frutto di una revisione sistematica basata sui dati disponibili di 81 Paesi condotta nel 2013 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) in collaborazione con la London School of Hygiene and Tropical Medicine e con il Medical Research Council. Ne è emerso che nel mondo il 35% delle donne ha subito violenza fisica e/o sessuale da parte del proprio partner o violenza sessuale da parte di un altro uomo. Nei Paesi ad alto reddito la percentuale scende di poco (32,7%). Delle sette regioni OMS quella con il più alto tasso di prevalenza è l'Africa (46,7%), a seguire il Sud est-est asiatico (40,2%), il Mediterraneo orientale (36,4%), le Americhe (36,1%), il Pacifico Occidentale (27,9%) e, per ultima, l'Europa con inclusa la Russia e l'Asia centrale (27,2%). A livello mondiale, il 38% di femminicidi viene commesso dal partner.

Un'indagine sulla violenza contro le donne circoscritta all'Europa è stata svolta recentemente dalla European Union Agency for Fundamental Rights. Dalle risposte di 42.000 donne intervistate nei 28 Stati membri, con età superiore ai 15 anni, emerge che in media il 33% ha subito uno o più atti di violenza fisica e/o sessuale. I paesi con le più alte percentuali sono la Danimarca (52%), Finlandia (47%), la Svezia (46%); mentre quelli con i tassi più bassi sono l'Austria (20%), la Croazia (21%), Slovenia, Cipro e Malta (22%). L'Italia si attesta sul 27%. Il 22% ha subito violenza fisica e/o sessuale da parte del partner. L'indagine europea evidenzia inoltre un basso tasso di denuncia: solo una donna su tre che è stata vittima di violenza perpetrata dal partner e una donna su quattro che ha subito una violenza commessa da altri hanno denunciato gli episodi gravi più recenti alla polizia o ad altri servizi; un terzo delle donne ha contattato un medico, un centro sanitario o un ospedale in relazione all'episodio più grave di violenza sessuale commessa dal partner, mentre solo il 6% ha contattato un centro di accoglienza e il 4% un'organizzazione di assistenza alle vittime.

“La maggior parte degli atti di violenza contro le donne continua a essere nascosta e, di conseguenza, gli autori dei reati non vengono perseguiti. Pertanto, è necessario valutare ogni possibilità al fine di mettere in luce e contrastare il fenomeno della violenza contro le donne”, ha commentato Morten Kjaerum direttore della European Union Agency for Fundamental Rights. “I risultati dell'indagine insieme alle necessarie misure di follow-up intraprese dagli organismi politici e decisionali possono indurre le donne vittime di violenza a rompere il silenzio e a dare voce agli abusi vissuti. Questo aspetto assume un'importanza cruciale in determinati Paesi e gruppi, nei quali parlare apertamente delle esperienze personali di violenza non è ancora una prassi diffusa, dove il numero di denunce alle autorità resta ancora basso e il problema della violenza contro le donne non è ancora parte integrante della politica tradizionale”.

Bibliografia

WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. *Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: OMS, 2013.

European union agency for fundamental rights. *Violenza contro le donne: un'indagine a livello di Unione europea - Panoramica dei risultati*. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2014.

LA VIOLENZA CONTRO LA DONNA

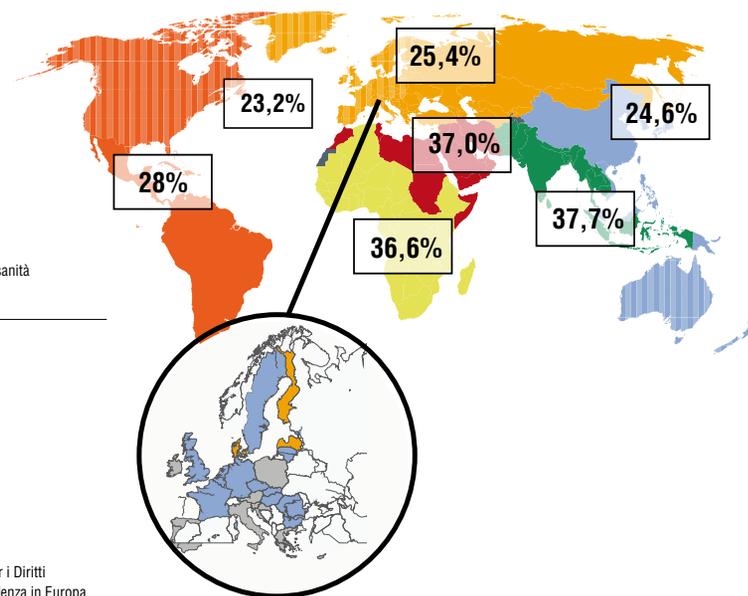
LA PREVALENZA

1 donna su 3 nel mondo

è vittima di violenza fisica e/o sessuale commessa da partner o di violenza sessuale perpetrata da non-partner

■ Paesi ad alto reddito

Fonte: Organizzazione mondiale della sanità



Donne che hanno subito una violenza fisica e/o sessuale in Europa

- 10 - 19 %
- 20 - 29 %
- 30 - 39 %

Fonte: Agenzia dell'unione europea per i Diritti fondamentali sulla diffusione della violenza in Europa

LE CONSEGUENZE

La violenza subita dal proprio partner come fattore di rischio per la salute

Salute mentale

2x Doppio il rischio di depressione

2x Quasi doppio il rischio di abuso di alcool e droghe

Salute sessuale e riproduttiva

16% il rischio di parti con neonati sottopeso

1,5x la probabilità di contrarre hiv e infezioni quali sifilide, gonorrea e clamidia

Morte e lesioni

42% delle donne vittime di violenze fisiche o sessuali riportano dei danni fisici

38% degli omicidi di donne sono commessi da partner intimi

Fonte: Organizzazione mondiale della sanità

LE RISPOSTE DEL SETTORE SANITARIO

Sei punti chiave delle linee guida dell'Oms basate sulle evidenze

- Assistenza centrata sulla donna**
Garantire confidenzialità, non intrusività, ascolto attento, fornire informazioni e supporto sociale.
- Identificazione e assistenza per le donne sopravvissute alla violenza da parte del partner intimo**
Indagare con discrezione quando la donna chiede assistenza per una condizione collegabile a maltrattamenti e violenze.
- Assistenza clinica per le donne sopravvissute alla violenza sessuale**
Assistenza immediata; contraccezione di emergenza; offerta informata della profilassi hiv e di altre malattie a trasmissione sessuale tra; raccolta di informazioni per fornire un livello di assistenza e supporto a secondo del bisogno.
- Sensibilizzazione e formazione multidisciplinare degli operatori sanitari**
A partire dalla formazione di base sulla prima assistenza alle vittime di violenza e i vari aspetti della risposta alla violenza.
- Organizzazione dell'assistenza sanitaria per le vittime di violenza**
Un'assistenza integrata per quanto possibile nei servizi già esistenti dando priorità a quelli di cure primarie.
- Sicurezza e riservatezza**
Sconsigliata la denuncia da parte del personale sanitario alle autorità dell'atto di violenza contro il volere della donna.

Fonte: Organizzazione mondiale della sanità

OPG: la violenza nei luoghi di cura

Una volta si chiamavano manicomi criminali, poco prima della “legge Basaglia” (180/1978) divennero Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) mentre oggi dovremmo chiamarli REMS (Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza), strutture a completa gestione sanitaria. L’iter legislativo che ha sancito il superamento degli OPG, però, è stato lento e travagliato quanto il risvolto applicativo, tuttora fonte di enormi criticità.



Tra il 2008 e il 2014 il fotografo Franco Guardascione (Napoli, 1969) ha visitato ciascuno dei sei OPG presenti sul territorio nazionale e ha documentato, con un reportage di 89 fotografie in bianco e nero, lo stato di squalore, sporcizia e abbandono di quei luoghi: un viaggio negli «scantinati della società - spiega - dove la 'bonifica psicofisica' del recluso è un'ipotesi che non trova alcun riscontro nella realtà».



Copyright delle immagini Franco Guardascione (www.francoguardascione.com)

La violenza contro i medici

Rosella Zerbi

Segretaria OMCeO Torino

Siamo abituati a vedere i medici e gli odontoiatri come professionisti che si prendono cura della salute delle persone. Non siamo abituati a pensarli come vittime di violenze nello svolgimento del lavoro. Ma succede.

Una rilevante quota dei lavoratori della sanità subisce violenze verbali, minacce, aggressioni, percosse o molestie sessuali sul luogo di lavoro. Il fenomeno appare diffuso a tutti i tipi di lavoro sanitario e non sembra riconoscere significative differenze di ruolo. Le donne più vittime degli uomini.

Le aggressioni, che pure rappresentano un fenomeno eclatante, sono raramente segnalate, spesso per sfiducia delle vittime sulla comprensione e buon esito della segnalazione.

Pur sottostimate, sono al quarto posto tra i 16 eventi sentinella segnalati nel IV e nel V Rapporto (2005-2012) del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella degli "atti di violenza a danno di operatore" del Ministero della Salute. Come tutti gli eventi sentinella richiedono di essere trattati con la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione.

La violenza verso i sanitari è un fenomeno diffuso in tutto il mondo ma poco approfondito in modo sistematico.

Ad aprile 2016 sul *New English Journal of Medicine* è stata pubblicata una revisione dal titolo "Violenza sul luogo di lavoro contro lavoratori della sanità negli USA" (1). L'articolo riferisce che sul totale degli episodi di grave violenza contro lavoratori adulti, circa il 25% delle aggressioni si verifica sul posto di lavoro, che tra il 2011 e il 2013 tali episodi sono stati negli Stati Uniti mediamente 24.000 all'anno e che fra questi ultimi circa il 75% si sono verificati in ambiente sanitario.

Dati dell'ufficio statistico del ministero del lavoro USA dicono che i lavoratori della sanità hanno una probabilità di assenza dal lavoro come conseguenza di violenza su-

bita circa 4 volte maggiore rispetto (alla probabilità) di assenza per lesioni di altra causa.

Dai dati ISTAT del primo report "Salute e sicurezza sul lavoro" pubblicati a dicembre 2014 emerge che tra gli occupati che hanno dichiarato di essere esposti a fattori di rischio per la salute psicologica sul luogo di lavoro, i lavoratori della sanità hanno dichiarato le percentuali tra le più alte in confronto ad altri settori relativamente a prepotenza e vessazioni (8,3 %), minacce fisiche o verbali (3,5%), tempistiche o carico di lavoro eccessivo (32,6). Gli incidenti violenti non sono degli eventi inevitabili ed è possibile e doveroso prevederli e prevenirli quando possibile. La prevenzione di tale violenza è un'azione complessa che deve avvenire a più livelli. La letteratura descrive ed elenca gli episodi di violenza, ma raramente fornisce dati sulle strategie attuate per superarle, quali per esempio: aumentare la sorveglianza, introdurre i metaldetector, implementare le linee guida sulla sicurezza sui posti di lavoro e i sistemi di segnalazione, proporre l'insegnamento di tecniche di autodifesa individuale, stimolare iniziative legislative che considerino le aggressioni contro il personale sanitario un grave reato.

Occorre anche migliorare il clima in cui si lavora coinvolgendo cittadini, i mass media e la magistratura.

La violenza dei pazienti viene alimentata anche dal clima generale. A questo concorrono significativamente le notizie di giornali e mass media riguardanti medici e sanità, spesso scorrette e scandalistiche, e in taluni contesti anche aspetti strutturali di politica sanitaria che determinano difficili condizioni di lavoro per medici e ridotte capacità di risposta a bisogni per cittadini. Esempio di ciò possono essere gli ospedali sovraffollati a seguito della riduzione del personale, con il territorio che non riesce ancora a garantire una vera tangibile alternativa.

**Prepotenze
e vessazioni 8,3%**

**Minacce
3,5%**

**Carico eccessivo
32,6%**

PROSPETTO 5. OCCUPATI CHE HANNO DICHIARATO DI ESSERE ESPOSTI A FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE FISICA SUL LUOGO DI LAVORO PER TIPOLOGIA DI FATTORE, SESSO, CITTADINANZA, RIPARTIZIONE GEOGRAFICA, CLASSE DI ETÀ, POSIZIONE NELLA PROFESSIONE^(a) E SETTORE DI ATTIVITÀ ECONOMICA. Per cento occupati con le stesse caratteristiche, il trimestre 2013

	FATTORI DI RISCHIO FISICO									
	Polveri, gas, esalazioni, ecc.	Rumori eccessivi o vibrazioni	Posizioni dolorose o stancanti	Movimenti ripetitivi della mano o del braccio	Altri movimenti	Sollevamento o spostamento di carichi pesanti	Concentrazione della vista	Rischio infortunistico	Almeno un rischio fisico	
GENERE										
Uomini	23,2	24,8	35,1	44,7	8,8	28,9	39,3	48,3	77,6	
Femmine	10,7	8,8	30,2	42,0	6,0	16,8	38,7	31,7	70,6	
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA										
Italiani	17,8	17,9	32,0	43,7	7,0	21,8	41,9	40,1	75,3	
Stranieri	19,2	19,8	42,5	42,5	13,5	41,9	14,0	40,9	69,6	
CLASSE DI ETÀ										
15-24	15,7	15,3	30,3	42,3	6,6	24,5	27,9	38,2	69,8	
25-34	17,2	17,9	31,8	42,7	7,7	25,4	37,5	39,4	74,1	
35-44	18,1	18,5	32,5	44,1	7,5	24,5	39,0	41,3	75,0	
45-54	19,3	19,5	35,1	45,8	8,2	24,1	41,9	42,0	77,2	
55-64	17,4	16,6	33,3	41,7	7,3	20,9	40,1	37,4	73,3	
65 e oltre	11,7	10,3	25,1	30,5	5,1	16,5	28,8	27,9	61,2	
POSIZIONE NELLA PROFESSIONE										
Dirigente e quadro	10,1	8,7	20,8	31,1	3,2	4,5	57,0	31,1	72,1	
Ingegnere	10,3	10,2	24,0	37,6	4,3	11,1	52,3	32,4	73,3	
Operaio	27,3	28,7	43,5	52,5	11,8	38,3	25,3	50,0	78,7	
Imprenditore e libero professionista	9,2	8,0	20,7	33,2	3,2	5,3	52,4	29,9	68,4	
Lavoratore in proprio	21,7	20,8	41,2	47,1	9,8	36,2	30,0	45,1	74,2	
Alto autonomo	13,0	11,5	28,9	40,2	5,9	25,5	23,0	31,9	64,9	
Collaboratore	7,7	7,9	20,8	33,6	4,4	10,8	43,1	25,2	67,5	
SETTORE DI ATTIVITÀ ECONOMICA										
Agricoltura, silvicoltura e pesca	26,7	25,6	56,8	58,5	17,8	52,9	18,0	53,1	81,7	
Industria in senso stretto	28,0	33,8	32,7	49,3	8,4	26,4	43,3	47,7	80,7	
Costruzioni	38,0	40,3	55,5	58,4	16,2	51,5	33,7	62,2	86,7	
Commercio	11,9	10,5	30,8	38,0	6,3	26,5	29,7	38,5	70,0	
Aberghi e ristoranti	9,7	9,1	37,0	49,7	6,6	26,0	15,4	35,9	68,0	
Trasporto e magazzinaggio	23,4	29,8	41,6	47,4	9,0	25,3	52,3	52,9	82,0	
Servizi di informazione e comunicazioni	4,0	5,8	20,3	44,0	2,5	2,2	71,2	23,1	60,2	
Attività finanziarie e assicurative	2,8	2,3	15,9	40,1	1,2	0,9	62,4	22,9	71,0	
Attività immobiliari e servizi alle imprese	13,1	8,7	25,7	40,9	4,3	10,6	49,7	30,8	74,3	
Amministrazione pubblica e difesa	19,1	15,5	26,4	39,8	4,9	8,2	56,6	40,1	76,0	
Istruzione	7,7	12,6	20,7	25,7	3,6	7,4	42,3	28,5	65,3	
Sanità	16,3	6,6	37,8	40,7	9,3	30,0	39,0	46,4	75,1	
Altri servizi collettivi e personali	11,3	7,7	31,9	38,8	7,4	20,2	20,3	26,8	62,5	
TOTALE	18,0	18,1	33,1	43,6	7,7	23,9	39,0	40,2	74,7	

(a) È esclusa dal prospetto la categoria residuale "altro dipendente" composta da apprendisti e lavoratori a domicilio, pari a 159 mila occupati, pur essendo considerata nel valore totale.

Bibliografia

- Workplace Violence against Health Care Workers in the United States, n engl j med 374;17 April 28, 2016_files
 Vellani KH. The 2014 IHSSF crime survey. J Health Prot Manage 2014; 30:28-35
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf
 Chicago Emergency Nurses Association (<https://ena.org/government/State/Pages/Default.aspx>)
 Report ISTAT Salute e sicurezza sul lavoro 2014

La violenza contro le fasce deboli

A colloquio con Barbara Badellino
Sostituto procuratore alla Procura di Torino
Gruppo reati contro le fasce deboli

A cura di Sara Boggio

Il maltrattamento è un reato “a condotta libera”. Non c’è una definizione di condotta aprioristica che configuri il maltrattamento: si tratta di una condotta che, reiterata nel tempo, pone la vittima in uno stato di inferiorità, sofferenza, malessere, privazione, che la fa soffrire. Può avere una natura fisica, ma anche solo psicologica

Di che cosa si occupa il “Gruppo reati contro le fasce deboli” della Procura?

È stato istituito a Torino parecchi anni fa, ma allora aveva competenze più ristrette, da una parte perché certi reati (come lo stalking) ancora non esistevano, dall’altra perché l’emersione di questi reati è stata progressiva. Il processo che ha consentito di farli emergere è dovuto sia a una serie di leggi specifiche, sia allo sviluppo di una serie di strutture collaterali che aiutano le vittime nel momento in cui decidono di denunciare.

Strutture di tipo associativo?

Esattamente. Di norma il caso tipico era quello della donna che, presa la decisione di denunciare il marito, non procedeva non sapendo poi dove andare e come sopravvivere materialmente. Oggi invece, se decidi di allontanarti da casa, vieni collocato in una comunità protetta, con la possibilità di portare con te i figli, di avere a disposizione una rete di supporto psicologico, chiedere l’ammissione al gratuito patrocinio. Sono aiuti che agevolano molto il percorso.

Da quante figure è composto il gruppo che si occupa di fasce deboli?

Un procuratore aggiunto e nove magistrati. Un gruppo che si occupa di questo tipo di reati esiste in ogni procura che abbia certe dimensioni (sicuramente il capoluogo del distretto).

Che cosa si intende, esattamente, per “fasce deboli”?

Per fasce deboli si intendono soggetti vulnerabili per ragioni di età (minori e anziani), di sesso (donne) o patologia (malati psichici o persone con deficit intellettivo, potenzialmente più a rischio di essere aggrediti o suggestionati).

“Maltrattamento” è una parola comune usata spesso in modo generico: quando si configura come reato penalmente perseguibile?

Innanzitutto va chiarito che il reato di maltrattamento è un reato per sua natura abituale e che quindi presuppone, per configurarsi come tale, una reiterazione di condotte analoghe poste in essere dallo stesso soggetto. Nei casi di violenza in centri diurni o case di riposo, una delle difficoltà consiste nel riuscire ad attribuire il comportamento sempre alla stessa persona. In casi come questi, di cui ogni tanto, purtroppo, riferisce la cronaca,

Si tratta di un settore difficile, si lavora sempre nell'emergenza, con un carico di responsabilità enorme e a fronte di un numero di reati crescente. Solo di specialistica, ogni magistrato del gruppo è assegnatario dai 300 ai 400 fascicoli all'anno: più di uno al giorno

è molto difficile individuare il colpevole. Oggi però gli strumenti ci sono. Fino al 2012 il massimo edittale della pena prevista per i maltrattamenti era più basso (fino a 5 anni di reclusione) e quindi non era possibile utilizzare quale mezzo investigativo le intercettazioni. Poi il massimo edittale è stato elevato a 6 anni (l. nr.172 del 2012) e di conseguenza le intercettazioni possono essere effettuate (sono infatti ammissibili per i reati che prevedono una pena superiore nel massimo a 5 anni).

Quali sono i reati di cui vi occupate con maggiore frequenza?

Il maggior numero dei reati di cui ci occupiamo sono nei confronti di mogli e di minori. Quello nei confronti della moglie, partner o compagna, è in assoluto il più frequente. Tra l'altro, tornando al punto precedente, bisogna anche specificare che il maltrattamento è un reato "a condotta libera". Non c'è una definizione di condotta aprioristica che configuri il maltrattamento: si tratta di una condotta che, reiterata nel tempo, pone la vittima in uno stato di inferiorità, sofferenza, malessere, privazione, che la fa soffrire. Può avere una natura fisica, ma anche solo psicologica.

Per esempio, un caso di cui mi sono occupata io, che ha avuto uno scalpore mediatico rilevante (e neanche così giustificato) è stato quello di un padre che maltrattava le figlie verbalmente, svilendole, dicendo loro che erano sovrappeso, costringendole a fare gare di sci agonistico contro la loro volontà (il caso si è concluso con una sentenza di condanna nel 2014). Si tratta quindi, a volte, di comportamenti che singolarmente potrebbero anche non essere un reato, mentre reiterati, e sorretti dalla volontà e dalla consapevolezza di procurare sofferenza, disagio, diventano una condotta maltrattante penalmente rilevante. Il cliché più frequente di condotta nei confronti delle donne è costituito da percosse, insulti, minacce.

Qual è il campanello d'allarme?

Il campanello d'allarme spesso si coglie al pronto soccorso. Però attenzione: l'obbligo di referto da parte del medico c'è solo quando, nell'esercizio delle sue funzioni, il medico si trovi di fronte a un reato procedibile d'ufficio (che si distingue dai reati procedibili a querela, per i quali l'autorità giudiziaria ha facoltà di procedere con l'accertamento dei fatti solo se la parte offesa chiede che venga esercitata l'azione penale). Il maltrattamento, appunto, è un reato procedibile d'ufficio. Quindi se il sanitario lo riconosce deve segnalarlo. Però, siccome abbiamo detto che il maltrattamento deve essere una condotta abituale, è difficile che al primo sospetto possa essere segnalato. Inoltre, le lesioni sono procedibili d'ufficio se la prognosi è superiore ai 20 giorni (se sono inferiori sono procedibili solo a querela). Che fare allora? Se la donna afferma che non è la prima volta, il sanitario può comunque inviare la segnalazione, anche in assenza di querela. Saremo poi noi a valutare come qualificare il reato e quali accertamenti fare. ►



Psicologi e psichiatri prestano consulenze per valutare se una persona sia suggestionabile, per capire se si configuri il reato di circonvenzione di incapace, oppure nel caso di minori, per stabilire se siano in grado testimoniare. Si tratta di casi delicatissimi perché l'abuso non necessariamente lascia tracce.

E per quanto riguarda i minori?

Nel caso dei minori il nostro riferimento è il centro Bambi, una struttura estremamente efficiente, istituita presso l'Ospedale Regina Margherita di Torino, dove ci si occupa di bambini che possono essere oggetto o di maltrattamenti oppure di abusi e violenze sessuali.

Come interagite con il personale medico nel caso di presunto maltrattamento su minore?

I medici fanno una visita molto accurata, con una descrizione molto precisa anche del comportamento del bambino. Tutta la documentazione clinica viene poi messa a nostra disposizione.

Qual è il ruolo di psicologi e psichiatri?

Psicologi e psichiatri prestano consulenze per valutare se una persona sia suggestionabile, per capire se si configuri il reato di circonvenzione di incapace, oppure nel caso di minori, per stabilire se siano in grado testimoniare. Si tratta di casi delicatissimi perché l'abuso non necessariamente lascia tracce. Tutto quindi si basa sulla testimonianza. Esiste un'ampia letteratura in materia, ci sono specifiche procedure e protocolli da seguire. In tutti questi casi è fondamentale l'aiuto di neuropsichiatri infantili per la raccolta delle tracce. Chiaramente non spetta al neuropsichiatra stabilire se il minore dica la verità o no (questo lo stabilirà il giudice) ma spetta a lui stabilire se sia in grado di testimoniare, di ricostruire un ricordo, se è capace di raccontarlo.

Disabili e malati psichiatrici: rientrano nelle fasce deboli di cui vi occupate?

Sì. E anche qui è fondamentale la presenza di uno psichiatra. Si tratta spesso di casi di circonvenzione, reato che si configura quando un soggetto, abusando o dell'infermità o di una situazione di deficienza psichica, induce a compiere un atto patrimoniale per sé o per altri pregiudizievole. Caso tipico: redigere testamento, oppure una delega a operare su un certo conto corrente. Anche questi sono reati difficili da accertare e purtroppo estremamente frequenti.

Che cosa si impara veramente da questo lavoro? E quale sarà lo scenario per il futuro?

Quando arriva il fascicolo e il fatto di reato può sembrare inverosimile, nella realtà invece può esserlo: purtroppo ho imparato a pensare che nulla sia impossibile.

Si tratta di un settore difficile, si lavora sempre nell'emergenza, con un carico di responsabilità enorme e a fronte di un numero di reati crescente. Solo di specialistica, ogni magistrato del gruppo è assegnatario dai 300 ai 400 fascicoli all'anno: più di uno al giorno. Eppure, per quanto le situazioni siano complesse, se tu vuoi aiuto, noi te lo diamo: a una donna che subisce violenza, per esempio, viene trovata una sistemazione in cui possa alloggiare con i figli, se non è in condizione di poter pagare un legale le viene offerto d'ufficio, riceverà sostegno psicologico, mentre noi raccogliamo le prove necessarie a procedere con le misure cautelari. Al di là di come andrà l'indagine, hai davvero l'impressione di fare qualcosa di utile. Forse è un ambito meno propriamente giuridico di altri, ma risolvi dei problemi concreti quando è necessario che vengano risolti. Perché l'obiettivo è quello di mettere in sicurezza la situazione.

Tra quattro anni però dovrò smettere. La riforma dell'ordinamento giudiziario del 2006 ha stabilito infatti il principio della temporaneità delle funzioni: dopo un massimo di 10 anni il magistrato (ed anche il pubblico ministero) deve cambiare settore di materia specialistica. L'obiettivo è quello di evitare casi di accentramento di potere, ma di fatto si perde tutta l'esperienza tecnica, professionale, conoscitiva acquisita. Per fare un paragone estremo, è un po' come se l'ortopedico dovesse diventare anestesista o cardiologo.

Rubare l'anima per poi restituirla

Sensibilità ed etica.
Solo così ci si può confrontare con il dolore.

A colloquio con Franca Leosini

A cura di Rosa Revellino



Franca Leosini giornalista che da sempre tiene in scacco il mondo della cronaca nera e giudiziaria. Buona parte della storia del crimine è passata dalle sue interviste: Angelo Izzo, Pino Pelosi, Rudy Guede e Luca Varani. Sono solo alcuni dei casi da lei seguiti in anni di carriera, iniziata per l'Espresso, Il Tempo, Cosmopolitan fino ad arrivare al format di Ombre sul giallo e al famoso Storie Maledette.

Molte storie, molte narrazioni, ed altrettanti processi, alcuni dei quali sono stati riaperti grazie ad una scrupolosa indagine giornalistica. La sua è una ricerca di verità umana e non solo giudiziaria, perché i processi giudicano i gesti, ma c'è una verità dell'anima a cui difficilmente si accede.

Le sue interviste, che sarebbe meglio definire narrazioni giornalistiche, segnano la storia del giornalismo creando un genere unico che attinge molto dalla postura dell'indagine antropologica e psicanalitica. Non c'è finzione nel suo discorso, anche se studiato nei minimi dettagli, dalle carte dei processi, dall'incontro con i suoi interlocutori, perché proprio nell'incontro con l'altro si saldano etica e sensibilità che rendono il giornalista un fragile indagatore, talvolta ingozzato dal dolore.

"Io però non posso camuffarmi – ha detto Franca Leosini alla redazione – sarei un falso in atto pubblico".

Franca Leosini rappresenta per gli addetti ai lavori e non solo un tipo di giornalismo etico, equilibrato, poco urlato. Come si costruisce oggi un'informazione corretta sui fatti di violenza?

Cominciamo con il ricordare che il giornalismo è informazione, noi giornalisti non possiamo sottrarci alla notizia, quando spesso sono i Capi di Stato a dare le notizie senza filtri, senza una sapiente mediazione. La violenza è però oggi sempre di più un clima e non un semplice gesto o un fatto di cronaca. Cioè viviamo in una sorta di psicopatia quotidiana, contagiosa, che va oltre il delitto quotidiano, il fatto privato, e investe tutta la società in modo diretto e frontale. Per tale ragione siamo diventati un po' tutti sudditi della paura, anche di raccontare. Penso che uno dei principi fondamentali del nostro mestiere, per come si configura oggi, sia andare alla radice dei fatti: tra i limiti della cronaca con-

Crede che lo sforzo del giornalismo di oggi sia quello di impostare il più possibile un racconto onesto, aderente ai fatti, con toni equilibrati che non vadano nella direzione di una cronaca morbosa, ammiccante ad una sorta di bulimia del dolore

temporanea c'è l'abitudine di agganciarsi ai colori della notizia trascurando i motivi, cioè non ricostruendo le vicende in modo articolato senza sminuirne la complessità narrativa. Questo compito, proprio del giornalismo di inchiesta, richiede molto tempo che spesso non è concesso ai colleghi perché come sappiamo tutta l'informazione è bruciata in pochi secondi. Allora il problema è appunto trovare un equilibrio che non abbia toni ovattati o finti e non indulga nella compiacenza del fatto violento per non creare allarmismi che sono comunque sempre nocivi per una corretta informazione. Credo che lo sforzo del giornalismo di oggi sia quello di impostare il più possibile un racconto onesto, aderente ai fatti, con toni equilibrati che non vadano nella direzione di una cronaca morbosa, ammiccante ad una sorta di bulimia del dolore. Anche perché la violenza diffusa e capillare è spesso una violenza *innominata*, che nasce da un sofferto *anonimato*. Ci sono personaggi che, reclutati da una condizione di emarginazione personale, acquisiscono identità proprio nel gesto violento, cioè solo tramite la violenza agita sono nominati, riconosciuti. In altri termini penso che si debba tenere conto del fatto che la violenza abbia molto a che fare con la dimensione identitaria: agire violenza significa spesso acquisire un'identità, per quanto tragica e incomprensibile.

Le due facce della violenza: agire e subire. È possibile raccontarle?

Nella mia attività di autore di *Storie Maledette* per Rai 3, tratto sempre casi che non rientrano mai nella categoria "professionisti del crimine". Si tratta di persone comuni che cadono, ad un certo punto, nel vuoto di una maledetta storia. Cioè mettono in atto l'orrore di un gesto che non somiglia alla loro quotidianità. Ma quasi sempre, e sottolineo quasi, queste persone hanno fatto un percorso di revisione del gesto, di responsabilità dolorosa, e spesso lo hanno fatto proprio in atto di narrazione.

Per esempio il caso Varani, segna un'epoca, portando in luce un gesto crudele che sembra non appartenere al codice violento della tradizione europea: ha dato mandato di sfigurare con l'acido il volto di una giovane donna, Lucia Annibali, la sua fidanzata. Con il suo atto ha sfregiato non solo un volto, ma un'anima in modo irreversibile. Una condanna a vita per entrambi. Ricordo che un'interrogazione parlamentare ha tentato di bloccare questa intervista ma la Rai ha deciso di andare in onda. Varani infatti non aveva mai parlato prima ma nel corso del confronto giornalistico ha confessato: è stato un momento drammatico perché ha ammesso, nell'atto di parola, la consapevolezza del suo gesto. Alcuni interlocutori, in questi anni, hanno rifiutato la responsabilità del reato, ma hanno sempre fatto una revisione profonda dei fatti e della ineluttabilità e inemendabilità del corso di questi fatti. È nel confronto che avviene una presa d'atto, anche nella direzione della presa di coscienza. È nel confronto umano che si attivano le revisioni e le domande. Per tale ragione, quando ci si avvicina a questo tipo di indagine giornalistica, bisogna cercare di sapere tutto di una storia, non solo sul piano giuridico, ma anche etico, psicologico e linguistico perché è proprio nelle parole che si annida e si nasconde quella verità che cerchiamo, ma di fronte alla quale dobbiamo sapere che non possiamo capire tutto. Alla luce di questo noi giornalisti dobbiamo sapere che stiamo lavorando per la verità e non per una redditizia fiction e per nostro codice deontologico, ed etico, ci viene richiesto un grande rispetto di fronte al dolore, sia esso agito o subito.

Io lascio libero chi mi è di fronte di accedere alla verità per gradi, secondo il suo ritmo di consapevolezza. E non dimentico che nel gesto di una madre che affoga il figlio in una vasca da bagno può esserci un dolore tanto inespriabile da essere mortale. Quante volte mi sono sentita in quella vasca.

Sartre diceva che non esistono vittime innocenti, ma sono sempre complici dei carnefici. È un'affermazione forte che però spiega in modo chiaro, e crudele, la piena responsabilità di chi ha sopportato troppo, per secoli

Dire violenza per molti significa dire "un modo di vita". Cosa è accaduto culturalmente?

Sartre diceva che non esistono vittime innocenti, ma sono sempre complici dei carnefici. È un'affermazione forte che però spiega in modo chiaro, e crudele, la piena responsabilità di chi ha sopportato troppo, per secoli. Per secoli la donna è stata complice di un sistema violento, perché per secoli ha accettato una violenza culturale, psicologica e sociale. Ed è in questo senso che il concetto di violenza va allargato. La violenza è anche soggiogare una donna, umiliarla, emarginarla e toglierle identità.

In più di un centinaio di Storie Maledette, Ombre sul giallo, e molti processi, mi sono resa conto di un dato di esperienza: il fenomeno della violenza sulle donne è molto più presente al Nord di quanto non sia presente al Sud. La lettura del Paese si potrebbe fare proprio attraverso lo studio dei delitti perché ci sono delle vicende di crimine e di delitti specifici del Nord, a differenza della vulgata che vedrebbe nel Sud la caratterizzazione di delitti per esempio più passionali, o così detti d'onore. Ci sono motivi di carattere culturale e sociale da tenere conto: innanzitutto al Nord la donna è stata sempre oggetto di trasgressione, nel corso di questo secolo, perché prima era schiava dal punto di vista economico, non potendosi mantenere, e poi lentamente è diventata sempre più indipendente potendo scegliere anche per il destino della coppia. Qui gli stereotipi sono stati più facilmente superati. Al Sud, devastato comunque da terribili vicende di violenza, ci sono ancora valori tradizionali che affondano le radici in una certa cultura della famiglia. La donna del Sud è come se avesse più confidenza col dolore, in una forma di accondiscendenza inerme che da sempre l'ha resa meno trasgressiva. Per fare un esempio un delitto come quello di Olindo e Rosa non si sarebbe mai verificato in una città del Sud, come Napoli, sfregiata da violenza terribile, ma dove persiste ancora la vicoleria, un certo tipo di solidarietà di quartiere, di vicinato.

Medici e giornalisti a confronto: sono entrambi interpreti di storie?

I medici hanno una responsabilità enorme, perché solo loro sono davvero in prima linea. Il loro elegante riserbo è affascinante, nell'equilibrio che spesso hanno tra raccontare e mitigare. Uno stile che attinge senza dubbio dalla loro deontologia che è una cifra umana, che credo propria solo di questa professione.

Ritengo che in ambito mediatico i medici parlino sempre troppo poco e di loro si parli troppo poco. Si sa sempre troppo poco di loro e invece dovrebbero avere una linea di rappresentazione molto più ampia e vissuta da parte di chi racconta e informa. Noi giornalisti non dovremmo dimenticare l'enorme responsabilità di questa categoria che spesso si occulta volutamente in un garbato silenzio, non per mancanza di coraggio, ma per una scelta precisa e motivata. Certo, giornalisti e medici sono simili nel dolore che assorbono, intercettano quasi sempre brandelli di anima che necessita di essere esplicitata, in modo diverso e con strumenti diversi, ma in questa prospettiva non siamo distanti. Lo siamo quando invece di trovare un linguaggio comune che aggancia in rispetto e analisi documentata, mettiamo in cortocircuito le storie, per una esibizione del dolore che è a perdere. Per tale ragione noi giornalisti dovremmo parlare un po' di più di questi professionisti che sono sì professionisti del dolore ma anche della speranza, per tutti noi. In questo Paese sempre più sfregiato proprio da violenza e precarietà.

Il registro piemontese del paziente adulto con cardiopatia congenita

Gabriella Agnoletti

Cardiologia Pediatrica, Città della Salute

Le cardiopatie congenite (CC) sono malattie frequenti, colpiscono circa lo 0,8% dei nati vivi. Grazie ai progressi della chirurgia cardiaca, oltre l'80% dei bambini con CC raggiunge l'età adulta. Nei paesi occidentali le CC sono la prima causa di cardiopatia del giovane adulto e delle future madri. Negli USA i pazienti adulti con CC sono 20 milioni, in Inghilterra ci sono 1600 nuovi casi all'anno, in Canada il numero degli adulti con CC è aumentato del 270% in 10 anni. Anche la natura delle cardiopatie evolve, poiché, grazie all'introduzione di programmi di palliazione variati e talora complessi, un numero crescente di pazienti con cardiopatie gravi vive sino all'età adulta. La gestione medico-chirurgica di questa popolazione è difficile, molto specializzata e richiede una collaborazione multidisciplinare. Ci troviamo di fronte ad una nuova specialità che è oggetto di raccomandazioni pubblicate da Società di Cardiologia nazionali ed internazionali. In Germania, Olanda, Inghilterra l'organizzazione delle cure si svolge in centri specializzati e dedicati, con il supporto di registri nazionali e protocolli diagnostico-terapeutici. In Italia si può stimare che ci siano almeno 80.000 pazienti adulti con CC e che almeno la metà di essi necessitino di terapia interventistica cardiologica o di cardiocirurgia. Questi pazienti sono chiamati GUCH, dall'acronimo inglese: Grown-Up Congenital Heart disease.

In Piemonte nascono ogni anno 280 bambini con CC; di questi 238 raggiungono l'età adulta e 48 hanno problemi cardiaci gravi. Questi pazienti sono seguiti presso le cardiologie pediatriche generalmente sino al quindicesimo anno di età; in seguito non vengono più assistiti da centri o strutture specializzate. Una minoranza di questi pazienti viene seguita da cardiologi dell'adulto, molti non vengono più seguiti, molti altri si rivolgono a centri specializzati di altre regioni.

Grazie al supporto dell'associazione Amici del Cuore è nato, in seno alla Città della Salute e della Scienza, primo in Italia, il Registro Piemontese delle Cardiopatie Congenite dell'Adulto. I risultati dei primi 2 anni di inserimento sono recentemente stati pubblicati sul giornale Italiano di Cardiologia.

I risultati del registro, che ha incluso ad oggi 750 pazienti, hanno dimostrato che il 71,4% dei pazienti GUCH è attualmente seguito da cardiologi pediatrici mentre il 28,6% si rivolge a cardiologi dell'adulto. L'età media dei pazienti inclusi nel registro è di 35 ± 16 anni (range 18-84 anni). È una popolazione ancora giovane (il 13% ha 45-59 anni e l'11% più di 70 anni). Entrambi i sessi risultano ugualmente rappresentati (uomini: 50,7%, donne: 49,3%). La prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare è inferiore all'1% con eccezione per l'ipertensione arteriosa (13,9%), il sovrappeso (19%) e l'obesità patologica (6,9%). Al momento dell'inserimento nel registro, gran parte della popolazione presentava uno status funzionale preservato o solo lievemente compromesso (NYHA I: 76,2%; NYHA II: 21%; NYHA III: 2,8%; NYHA IV: 0%). La presenza di una sindrome è stata riscontrata nel 12,6% dei pazienti (la trisomia 21 costituiva oltre il 35%). Per quanto concerne le patologie, i difetti settali (35,3%) costituiscono le principali anomalie riscontrate, seguiti a loro volta dalle ostruzioni del cuore destro (18,5%) e dalle ostruzioni del cuore sinistro (17%). Complessivamente, il 71,7% dei pazienti al momento dell'inserimento era già stato sottoposto ad un intervento correttivo/palliativo. In totale, un approccio chirurgico era stato richiesto nel 49,2 % dei casi, mentre una strategia percutanea era stata adottata nel 12%; nel 10,2% dei casi, la CHD ha necessitato sia di un trattamento chirurgico che percutaneo. La libertà da intervento risulta 44% allo scadere del diciottesimo anno di età. In età adulta, la libertà da intervento per



tutta la popolazione risulta 81% a 30 anni e 56% a 45 anni. Nel corso del triennio di osservazione, il tasso di mortalità è stato dello 0,88%. La curva di sopravvivenza generale mostra una lieve riduzione della sopravvivenza a partire dal quarto decennio di vita. Le complicanze legate alla cardiopatia sono presenti nel 27,5%. In particolare il 15,2% dei pazienti aveva già riportato un'aritmia tale da giustificare un trattamento farmacologico, cardioversione o procedure di elettrofisiologia più invasive.

Al momento dell'inserimento nel registro, il 5,2% dei pazienti aveva un'ipertensione arteriosa polmonare (PAH). Nell'25% di questi casi era presente una fisiopatologia tipo Eisenmenger. La cardiopatia risultata più frequentemente associata a PAH è rappresentata dal DIA (41,6%) seguita dalla Pervietà del Dottor di Botallo (PDA) (20,8%). Altre problematiche presenti in questa popolazione sono l'insufficienza epatica (2,8%), l'enteropatia (2,4%), i problemi polmonari (2,2%), l'en-

docardite infettiva (1,1%). Nello 0,83% dei pazienti il decorso naturale della CHD è stato complicato da una sindrome coronarica acuta.

Analizzando l'impatto sociale della cardiopatia sulla qualità di vita, è emerso che solo 57% della popolazione adulta (≥ 30 anni) è attualmente inserito nel mondo del lavoro e che il 57% dei pazienti ha un partner. Meno di un terzo tra le donne (27%) ha affrontato una gravidanza.

In conclusione, i GUCH rappresentano una popolazione di pazienti in continua crescita per dimensioni e complessità. I dati del Registro Piemontese delle Cardiopatie Congenite dell'Adulto comprovano la rilevanza clinica e sociale del problema anche in Italia.

La prosecuzione del progetto si configura come un metodo efficace per concertare le diverse attività assistenziali e i diversi specialisti nell'ottimizzazione dei percorsi di cura e nella conoscenza delle innumerevoli problematiche che li contraddistinguono.

Indagine su esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenuti non necessari

Come reagisce il medico di fronte alla richiesta, da parte del paziente, di esami, trattamenti, procedure ritenuti non necessari o inappropriati? FNOMCeO e Slow Medicine lo hanno chiesto ai medici italiani, con un questionario – elaborato sul modello di quello impiegato in USA da Abim Foundation, l'Associazione promotrice della campagna Choosing Wisely – che è stato diffuso negli ultimi mesi del 2015. Di seguito pubblichiamo l'abstract dei risultati dell'indagine, a cura di Sandra Verner e di Guido Giustetto, promotori dell'iniziativa rispettivamente per Slow Medicine e per FNOMCeO.



La versione integrale dell'indagine si può leggere all'indirizzo <https://portale.fnomceo.it/fnomceo/showArticolo.2puntOT?id=149393>

Hanno iniziato il questionario
4.263 medici
(40% specialisti, 33% MMG,
26% liberi professionisti) e
3.688 l'hanno completato.

Per la prima volta è stata effettuata un'indagine rivolta a tutti i medici italiani riguardante il loro comportamento di fronte alla richiesta, da parte del paziente, di esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenuti non necessari. L'indagine, condotta in collaborazione tra Slow Medicine e Federazione nazionale degli Ordini dei

medici chirurghi e degli odontoiatri negli ultimi mesi del 2015, si è basata sul questionario impiegato da Abim Foundation presso i medici USA nel 2014.

I risultati dell'indagine italiana non sono confrontabili con quelli USA perché gli approcci utilizzati sono stati differenti: negli USA l'indagine è stata condotta per telefono su un campione rappresentativo a livello nazionale di 600 Medici praticanti la professione (medici di cure primarie e specialisti), mentre in Italia FNOMCeO ha pubblicato il questionario sul proprio sito web informandone tutti i presidenti OMCeO, e la compilazione del questionario è avvenuta da parte dei medici su base volontaria.

Dai risultati emerge che i medici italiani sono in generale molto consapevoli del fenomeno del sovraultilizzo di esami diagnostici e trattamenti: per il 93% dei medici rispondenti la frequenza di test, trattamenti e procedure non necessari rappresenta un problema molto o abbastanza serio e il 44% dichiara di ricevere dai pazienti richieste di esami e trattamenti non necessari almeno ogni giorno o più volte la settimana.

I pazienti italiani seguono in buona percentuale i suggerimenti del medico: il 66% dei medici rispondenti afferma che i pazienti seguono sempre, quasi sempre o spesso il consiglio di evitare test, trattamenti o procedure non necessari.

Il dialogo appare buono: il 77% dei medici rispondenti afferma che quando il paziente richiede un test, un trattamento o una procedura non necessari, sempre o quasi sempre gli spiega perché quanto richiesto non è necessario. Una percentuale un poco inferiore (54%) riferisce di parlare sempre, quasi sempre o spesso con i pazienti dei costi delle diverse procedure. Però se il paziente non è convinto e insiste, il 36% dei medici rispondenti dichiara di prescrivere un test, un trattamento o una procedura pur ritenendolo inutile e il 20% si dichiara incerto.

L'esigenza di una maggior sicurezza emerge anche nelle risposte successive: il 51% indica la necessità di sicurezza tra le maggiori motivazioni di prescrizioni non necessarie, mentre il timore di sequele legali rappresenta una motivazione maggiore per il 33% dei rispondenti e il desiderio di assecondare il paziente è chiamato in causa da percentuali ancora inferiori. E solo il 23% dei medici rispondenti si sente molto sicuro nell'indirizzare il paziente ad evitare un test, un trattamento o una procedura non necessari.

La maggioranza di medici rispondenti (63%) si sente molto responsabile della corretta informazione del paziente al fine di evitare test, trattamenti e procedure non necessari, e il 79% ritiene che il medico sia la figura con il ruolo più adatto per affrontare il problema di test, trattamenti e procedure non necessari, distanziando di gran lunga altre istituzioni: solo per il 7% lo hanno le aziende sanitarie, per il 5% il legislatore o il governo, sempre per il 5% le società scientifiche.

I medici rispondenti indicano tra gli strumenti utili a ridurre la prescrizione di esami e trattamenti non necessari: avere più tempo a disposizione per discutere con il paziente le varie opzioni (88%), poter disporre di materiale informativo evidence-based preparato per i pazienti (84%), e a seguire la riforma della legge sulla responsabilità del medico (83%) e la modifica del sistema di remunerazione/sanzione (60%).

Tra i medici a conoscenza delle pratiche a rischio di inappropriately che la propria società scientifica ha individuato nell'ambito della campagna italiana "fare di più non significa fare meglio", il 91% afferma di condividere questa modalità di affrontare la questione, e per il 68% le raccomandazioni hanno in qualche modo contribuito a modificare la propria pratica clinica mentre il 31% ne teneva già conto.

Sono state effettuate analisi dei risultati del questionario con suddivisioni per genere, per tipo di attività lavorativa e per aree d'Italia (Nord, Centro e Sud). Le differenze più interessanti e statisticamente significative hanno riguardato la suddivisione per tipo di attività lavorativa: specialisti, MMG, liberi professionisti. In particolare emerge come i MMG siano i più bersagliati da richieste dei pazienti non condivisibili e contemporaneamente siano quelli i cui consigli ad evitare un test sono seguiti meno frequentemente. D'altra parte i MMG non rinunciano a spiegare la loro contrarietà, anche se sono i medici specialisti a sentirsi più sicuri nell'orientare i pazienti.

In conclusione, dai risultati dell'indagine emerge tra i medici italiani che hanno risposto al questionario la piena consapevolezza del fenomeno della prescrizione di esami e trattamenti non necessari e del fatto che il medico abbia in assoluto il ruolo più adatto per affrontare il problema.

Tra le misure da mettere in atto vengono indicate come prioritarie, oltre alla riforma della legge sulla responsabilità del medico, l'esigenza di una maggior sicurezza per fronteggiare il fenomeno, che sembra indicare l'opportunità di iniziative di informazione e formazione sul tema, e la necessità di avere più tempo da dedicare alla relazione con il paziente e di padroneggiare gli strumenti della comunicazione.

Dall'insieme di questi dati emergono ancora due indicazioni: la volontà dei medici di essere coinvolti in processi di condivisione dal basso delle scelte, e non essere soggetti ad imposizioni "per decreto", e la richiesta che i cittadini possano ricevere su questi temi un'informazione istituzionale indipendente.

I LEA nell'ordinamento costituzionale

Francesco Pallante

Professore associato di Diritto costituzionale – Università di Torino

Il procedimento di revisione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in materia sanitaria, giunto ormai alle battute conclusive, giustifica una **riflessione di più ampio respiro sul significato giuridico dei livelli essenziali nel quadro di un ordinamento costituzionale incentrato sulla tutela dei diritti**.

Occorre iniziare ricordando come, in una società plurale, attraversata da contrapposizioni di interessi e di ideali, la Costituzione sia lo strumento attraverso il quale il conflitto sociale viene posto sotto controllo, allo scopo di renderlo confronto politico tra avversari e non scontro fratricida tra nemici. È, questa, l'idea della Costituzione come armistizio, o patto fondativo della società, la cui funzione essenziale è quella di "contenimento" del potere al fine di evitare che una componente sociale possa prendere il sopravvento sulle altre.

In questa prospettiva, le due parti in cui tradizionalmente si suddividono le Costituzioni, assolvono a funzioni diverse, ancorché collegate: la parte sull'organizzazione del potere stabilisce la ripartizione delle competenze – legislativa, esecutiva, giudiziaria – e le procedure attraverso cui tali competenze vanno esercitate; la parte sui diritti e i doveri dei cittadini stabilisce qual è la posizione del cittadino nei confronti del potere e degli altri cittadini (*status* di cittadinanza).

Se è chiara la funzione "contenitiva" del potere esercitata dalla parte sull'organizzazione (stabilire, in ultima istanza, *chi* esercita il potere e *come* lo si esercita), merita di essere sottolineata la analoga funzione svolta dalla parte sullo *status* dei cittadini. Diritti e doveri costituzionali possono infatti essere visti, oltre che come posizioni soggettive di vantaggio o di svantaggio, anche come vincoli alla discrezionalità politica, dal momento che impongono o vietano determinati comportamenti da parte dei titolari del potere politico (stabiliscono cosa fare o non fare attraverso il potere). Più chiaramente: in un ordinamento in cui sia previsto il diritto alla salute vige l'obbligo di costruire gli ospedali, formare e assumere il personale, acquistare le attrezzature necessarie, ecc.; all'inverso, in un ordinamento in cui sia vietata la pena capitale vige il divieto di comminare condanne a morte. E così per ogni altro diritto. **Alla politica resta la libertà di decidere nello spazio che residua tra il dovuto e il vietato (lo spazio del permesso), nonché – questione decisiva – l'ordine delle priorità nella realizzazione del dovuto.**

Si può allora dire che, nelle democrazie costituzionali contemporanee, **il potere non solo è separato (come prefigurava Montesquieu), ma anche limitato: quale che sia il vincitore delle elezioni, ci sono cose che è obbligatorio e cose che è vietato fare.** È questa l'essenziale garanzia che consente agli sconfitti di accettare che a governare siano i vincitori: il non essere esposti alla loro assoluta discrezionalità (che potrebbe preludere a una volontà di annientamento).

La realizzazione in pratica di questo quadro teorico è però complicata dal pluralismo dei diritti, inevitabile riflesso del pluralismo sociale. Se – come s'è detto – la Costituzione è il patto che consente la convivenza di gruppi sociali altrimenti l'un contro l'altro armati, e se contenuto del patto è il riconoscimento dei diritti di tutti i gruppi sociali coinvolti, ne deriva che **la sfida capitale dello Stato costituzionale contemporaneo è trovare il modo di far tra loro convivere diritti potenzialmente contrapposti.** È il caso, per

Spetta al legislatore decidere le priorità nell'attuazione dei diritti (discrezionalità), ma a condizione che tutti i diritti siano attuati quanto meno nel loro nucleo minimo essenziale (limite alla discrezionalità)

I LEA sono il nucleo duro e incompressibile del diritto alla salute: violare i LEA significa violare il diritto alla salute

esempio, della libertà di iniziativa economica e della tutela dei lavoratori dipendenti.

Il «bilanciamento» dei diritti è, nel linguaggio della **scienza costituzionalistica**, la **risposta a tale sfida**. Bilanciare – in tutti i casi in cui debbano essere prese decisioni politiche che chiamano in causa il rispetto o l’attuazione di una pluralità di diritti – significa scegliere discrezionalmente quale diritto, o quali diritti, sacrificare rispetto agli altri, **alla sola, ma essenziale, condizione di non travalicare mai il limite del rispetto del contenuto minimo essenziale di ciascun diritto: quello oltre il quale il diritto risulterebbe violato o inattuato**. Si pensi all’aborto: a fronte di due posizioni opposte e incompatibili nella loro assolutezza – rispetto della vita dal concepimento vs. rispetto della salute psico-fisica della gestante – la soluzione è di compromesso: abortire è lecito, ma entro limiti temporali ben determinati. Impedire del tutto l’aborto lederebbe, oltre la soglia del suo contenuto minimo essenziale, il diritto alla salute della madre; così come, all’inverso, accadrebbe per il diritto alla vita del nascituro nel caso in cui l’interruzione volontaria di gravidanza fosse assolutamente liberalizzata.

In definitiva: nel quadro dei vincoli posti, in positivo e in negativo, dalla Costituzione, **spetta al legislatore decidere le priorità nell’attuazione dei diritti (discrezionalità), ma a condizione che tutti i diritti siano attuati quanto meno nel loro nucleo minimo essenziale (limite alla discrezionalità)**. È questo ciò che il legislatore italiano ha definito «livello essenziale delle prestazioni» inerenti ai diritti civili e sociali, categoria costituzionale generale alla quale va ricondotta, con riferimento al diritto alla salute, la nozione di «livelli essenziali di assistenza». **I LEA sono il nucleo duro e incompressibile del diritto alla salute: violare i LEA significa violare il diritto alla salute**. Vale a dire: assumere un comportamento incostituzionale. ►

Se a prevalere saranno le esigenze di carattere finanziario, sarà un ritorno a quando si disquisiva se i diritti siano mere norme programmatiche o vere norme prescrittive. Se, invece, verrà riaffermata la teoria del bilanciamento, allora si dovranno cercare nuove strade

Resta da valutare cosa accada se il legislatore non dà adeguata attuazione al livello essenziale di un diritto: o perché non ne riconosce alcuni profili fondamentali (per esempio, lascia talune prestazioni sanitarie essenziali al di fuori dal novero dei LEA) o perché, pur riconoscendoli tutti, non provvede poi a dotare gli apparati esecutivi delle risorse necessarie alla loro realizzazione (per esempio, assegna personale insufficiente o dotazioni finanziarie inadeguate).

La prima ipotesi – **carezza legislativa** – è quella contro la quale il sistema costituzionale si è, nel tempo, meglio attrezzato. La Corte costituzionale, attivata su impulso della magistratura ordinaria, interviene sulla legislazione con diversi livelli di intensità: richiedendo una nuova normativa conforme ai principi costituzionali o, nei casi in cui l'attuazione sarebbe costituzionalmente vincolata per lo stesso legislatore, imponendo direttamente la regola del caso. Ne è scaturito un circuito virtuoso cittadini-giudici-Consulta, che ha contribuito non poco a radicare la Carta fondamentale nel corpo sociale.

La seconda ipotesi – **carezza di risorse, specie finanziarie** – è relativamente più recente e ha acquisito centralità man mano che si è andata aggravando la crisi economica (in particolare in seguito alla costituzionalizzazione del principio di equilibrio di bilancio). Che fare a fronte di una legislazione finanziaria che trascura di assegnare le risorse necessarie all'attuazione dei diritti? La questione è oltremodo delicata, perché si tratta di intervenire sulla decisione politica per eccellenza, quella di bilancio. Che ne sarebbe della separazione dei poteri? D'altro canto, però, se accettiamo la teoria del bilanciamento, non possiamo fare a meno di respingere l'assoluta prevalenza delle esigenze finanziarie. Altrimenti, che ne sarebbe dei diritti?

È questo il tema intorno al quale si definirà il volto del costituzionalismo del nostro tempo. Se a prevalere saranno le esigenze di carattere finanziario, sarà un ritorno a quando si disquisiva se i diritti siano mere norme programmatiche o vere norme prescrittive. Se, invece, verrà riaffermata la teoria del bilanciamento, allora si dovranno cercare nuove strade, attraverso cui consentire il controllo delle decisioni di bilancio nel rispetto dell'autonomia della politica. La via maestra sembrerebbe l'introduzione in Costituzione di vincoli di bilancio in positivo, che rendano obbligatorio destinare una quota minima di risorse all'attuazione dei livelli essenziali dei diritti (questa sì, una riforma auspicabile). In alternativa, si dovrebbe quantomeno pensare alla sanzionabilità delle leggi di bilancio per manifesta inadeguatezza degli stanziamenti rivolti all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (in modo da poter, per esempio, sanzionare una regione che sceglie di destinare milioni di euro all'acquisto di arredi per la sua nuova sede, mentre decine di migliaia di non autosufficienti attendono di essere presi in carico dal servizio sanitario regionale...).

La questione è aperta e non può essere elusa. Farlo, equivarrebbe alla negazione dei diritti: vale a dire, del patto costituzionale posto alla base della nostra Repubblica.

Si è parlato molto a livello nazionale dell'uso terapeutico e ludico della cannabis, in vista della discussione sulla sua regolamentazione, che si annuncia lunga e aspra.

La sequenza di leggi che dal 1990 regolano o vietano l'uso della cannabis contribuisce a creare una notevole confusione anche negli addetti ai lavori. Questo faticoso iter legislativo, caratterizzato da lunghe, snervanti e spesso strumentali polemiche politiche, ha generato ultimamente una forte pressione emotiva dell'opinione pubblica sull'argomento, amplificata da media e social.

UN SOLO OBIETTIVO MEDICO

Dal punto di vista sanitario, però, appare chiaro che un solo interesse deve governare le azioni del medico: la salute del paziente.

Quando una sostanza ha più benefici che rischi per combattere sintomi e malattie è terapeutica e come tale può essere prescritta a giudizio del medico, che deve basare la scelta su scienza e coscienza.

Per altri farmaci potenzialmente tossici, per esempio la digitale, o per altre droghe, ben più potenti, come morfina e oppioidi in genere, non ci si fa fuorviare nella scelta terapeutica da preoccupazioni di responsabilità giuridica o da convinzioni morali o personali. Anche i preparati di cannabis vanno valutati esclusivamente come sostanze che possono aiutare i pazienti, alleviandone le sofferenze. Il medico sarà sempre attento ai progressi della scienza e alla letteratura scientifica per tenere aggiornate le proprie scelte.

Interesse precipuo del medico è anche un altro: che le cure siano alla portata di tutti coloro che ne possono trarre vantaggio, senza distinzione alcuna. Per questo si deve auspicare e ci si deve adoperare per una diffusione completa delle norme regionali che prevedono la dispensazione di cannabinoidi da parte dei sistemi regionali, con la massima uniformità possibile e con una regolamentazione semplice e agile dal punto di vista burocratico, che non ostacoli in alcun modo, in maniera subdola o di fatto, il processo di cura, che riguarda spesso patologie importanti, portatrici di gravi sofferenze per i malati.



Cannabis: primum curare, deinde discutere

Mario Nejrotti

Direttore Torino Medica

USO LUDICO DELLA CANNABIS TRA PROIBIZIONISMO E ANTIPROIBIZIONISMO

Il piano della discussione sulla liceità dell'uso ludico della cannabis, che divide opinione pubblica e naturalmente politici, sempre attenti agli umori popolari, in proibizionisti e antiproibizionisti non riguarda, se non indirettamente, l'ambito sanitario.

Certamente si potrebbe ricordare l'esperienza della storia che ha già sperimentato periodi e leggi proibizionistiche, ammantate da motivazioni morali o sociali, e vantaggiose all'epoca solo per la malavita organizzata, come potrebbe raccontarci Al Capone.

Si potrebbe discutere sull'ipocrisia di uno Stato che ostacola in tutti i modi l'uso anche moderato di una sostanza che agisce temporaneamente sul sistema nervoso centrale mentre detiene il monopolio della distribuzione di alcol e tabacco, che uccidono ogni anno decine di migliaia dei suoi cittadini.

Si potrebbe infine valutare il ruolo educativo, e l'autorevolezza che ne deriverebbe nei confronti dei cittadini, degli operatori sanitari che dovrebbero negare, motivandolo scientificamente, anche un uso moderato della cannabis e tollerare come normale quello giornaliero di alcol.

NORME SULL'USO DELLA CANNABIS: UN LABIRINTO SENZA USCITA?

Tralasciando le riflessioni sull'uso ludico della cannabis, pure importanti e necessarie, per assolvere consapevolmente almeno il nostro ruolo terapeutico occorre riuscire a districarsi nella "palude legislativa".

Usiamo come bussola la fonte più naturale: le iniziative del Parlamento, sfociate in leggi nazionali e regionali, decreti legislativi e ministeriali, allegati esplicativi, referendum, circolari, accordi interministeriali.

Si legge sul Portale della Camera dei Deputati, in un lungo e dettagliato resoconto (http://www.camera.it/leg17/561?appro=utilizzo_dei_farmaci_cannabinoidi_), che sul piano legislativo la prescrizione di farmaci derivati dalla cannabis è legale, sotto la responsabilità del medico, dal DPR 309/1990 (T.U. sugli stupefacenti) anche se la prescrizione risulta molto complessa sia per le modalità di reperimento dei farmaci, importabili a richiesta solo dall'estero, sia per quelle di controllo, che procrastinavano l'effettiva fruizione della terapia in modo da renderla di fatto quasi inefficace.

La spesa poi restava totalmente a carico del malato, creando disuguaglianza di accesso alla cura, intollerabile dal punto di vista etico.

Con l'approvazione della legge 21 febbraio 2006, n. 49 (c.d. Legge Fini-Giovanardi che modifica il D.P.R. 309/1990), la cannabis e i suoi derivati vengono invece classificati come sostanze di abuso "prive di utilità terapeutica" ed inseriti nella Tabella I, con il conseguente divieto di importazione dei farmaci cannabinoidi.

Per permettere di continuare terapie in atto e aiutare pazienti bisognosi dei farmaci si rese ne- ▶

Il piano della discussione sulla liceità dell'uso ludico della cannabis, che divide opinione pubblica e naturalmente politici, sempre attenti agli umori popolari, in proibizionisti e antiproibizionisti non riguarda, se non indirettamente, l'ambito sanitario

cessaria l'emanazione da parte dell'allora Ministro della Salute di un decreto ministeriale che, in deroga alla legge, consentiva l'importazione di cannabinoidi, ancora sotto responsabilità e su richiesta, per altro sempre farraginoso e complessa, del singolo medico.

Dopo l'abrogazione della Fini-Giovanardi, all'inizio del 2014 sono state rimodellate le tabelle dei farmaci stupefacenti e psicotropi, per renderle consone alle norme di fatto vigenti risalenti al 1993, anno del referendum abrogativo delle pene detentive per l'uso personale di droghe leggere.

La cannabis terapeutica continuava a non potersi produrre sul territorio nazionale, ma veniva di nuovo legalmente importata dall'estero, quasi esclusivamente dall'Olanda.

Dai dati pubblicati dall'International Narcotics Control Board (Narcotic Drugs: Estimated world requirements for 2015; statistics for 2013) i Paesi produttori di cannabis per uso medico sono Canada, Regno Unito, Olanda, Danimarca ed Israele. I Paesi che risultano importatori sono Germania, Spagna, Canada, Danimarca e Italia. Il consumo mondiale di cannabis ad uso medico nel 2013 è stato di 51 tonnellate.

Dopo l'approvazione definitiva delle Legge 79 del 16 maggio 2014, che convertiva in Legge il Decreto legge 20 marzo 2014, n. 36, la cannabis veniva inclusa in Tabella II (droghe leggere) e ne era consentita la coltivazione controllata a scopi terapeutici solo da enti o istituti controllati. Nel settembre 2014 è stato avviato un progetto per la produzione di cannabis nazionale da parte dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze (SCFM), un istituto dell'Agenzia Industrie Difesa, in seguito ad un accordo tra il Ministero della Salute e quello della Difesa e sotto il loro controllo.

In base al successivo decreto del Ministro della Salute del 9 novembre 2015, il primo quantitativo di cannabis è stato preparato da maggio 2016 e consegnato a fine agosto 2016, il successivo quantitativo sarà pronto a dicembre, per un totale di 100 kg di infiorescenze di cannabis.

Tale produzione dovrebbe coprire il fabbisogno terapeutico nazionale, garantendone nel contempo la qualità e l'uniformità per concentrazione di sostanze attive, su tutto il territorio.

CHI HA DIRITTO ALLA CANNABIS?

Nell'allegato tecnico al citato decreto compaiono le indicazioni terapeutiche dei preparati di cannabis, che vengono però considerati dal gruppo di lavoro non come una nuova terapia, ma come trattamenti sintomatici da riservare a quei pazienti che non abbiano ottenuto risultati con le terapie standard, ovvero quando le terapie usuali diano effetti collaterali o non siano tollerate.

Gli impieghi della cannabis ad uso medico riguardano quindi, sempre nel citato allegato, le seguenti situazioni:

- l'analgesia in patologie che implicano spasticità associata a dolore (sclerosi multipla, lesioni del midollo spinale) resistente alle terapie convenzionali;
- l'analgesia nel dolore cronico (con particolare riferimento al dolore neurogeno), in cui il trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace;
- l'effetto anticinetosico ed antiemetico nella nausea e vomito, causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV, che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali;
- l'effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa, che non può essere ottenuto con trattamenti standard;
- l'effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali;
- la riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard.

Nel medesimo contesto sono riportati gli effetti collaterali attesi per la somministrazione della cannabis ai pazienti, ma si ammette che questi sono quelli osservati in un uso ludico cronico, mentre non si hanno attuali segnalazioni definitive per quello terapeutico. I sintomi principali che possono essere presenti con l'uso ludico sono alterazione dell'umore, insonnia e tachicardia, crisi paranoiche e di ansia, reazioni psicotiche ed infine la sindrome amotivazionale. Quest'ultima, presente solo nell'uso cronico, consiste in apatia, mancanza di motivazioni, letargia, peggioramento della memoria e della concentrazione e stato di giudizio alterato. Infine, nello stesso allegato tecnico, si specifica anche il costo che avrebbe la produzione di ciascun grammo di sostanza attiva di origine vegetale al netto dell'eventuale IVA, e cioè 5,93 euro.

I PREZZI DEL MERCATO: CHI PAGA?

Attualmente per l'acquisto privato in farmacia di cannabis per uso terapeutico, possibile su tutto il territorio nazionale, i prezzi variano molto.

Occorre sempre la ricetta non ripetibile di un medico, redatta su ricettario personale, che rispetti i formalismi prescritti.

Lo schema che segue dà un'idea, se pure approssimativa, dei prezzi delle sostanze più comuni ancora importate, qualora il cittadino debba acquistarle di tasca sua.

Costi (approssimativi) delle sostanze importate

Prezzo all'origine di circa (stimati) 8-9 euro al grammo;

Prezzo alle farmacie del fornitore italiano, concordato con il Ministero della Salute, 20 euro/grammo.

Prezzo di vendita al pubblico in farmacia (secondo la Tariffa Nazionale dei Medicamenti del 1993), 35 euro/grammo.

I costi indicativi di confezioni standard:

30 cartine da 100 mg: circa 110 euro

30 cartine da 200 mg: circa 210 euro

30 cartine da 300 mg: circa 300 euro

30 cartine da 500 mg: circa 500 euro

(dati tratti dal portale <http://www.disabiliabili.net>)

Per cercare di chiarire, in via puramente indicativa, a che spesa può andare incontro un paziente facciamo l'esempio della SLA curata con Sativex, al dosaggio massimo indicato nel foglietto informativo e cioè 12 spruzzi al dì. Il flacone ne contiene 90, la confezione in vendita contiene 3 flaconi spray, costa 655,38 euro e non copre il fabbisogno mensile di questo ipotetico paziente.

La legge in vigore prevede che l'onere a carico del sistema sanitario venga lasciato al potere legislativo delle Regioni, in funzione dei loro bilanci e scelte politiche. Alcune di esse hanno legiferato, altre no.

Attualmente dodici Regioni si sono dotate di una legge che in modo diverso norma la prescrizione ed eventualmente la produzione di cannabis terapeutica. Esse sono: Campania, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Sicilia, Puglia, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Marche, Veneto, Liguria.

FARMACI CANNABINOIDI DISPONIBILI IN ITALIA

	THC	CBD	Varietà
Bedrocan	22%	< 1%	SATIVA
Bediol	6%	7.5%	SATIVA
Bedica	14%	< 1%	INDICA
Bedrobinol	12%	< 1%	SATIVA
Bedrolite	< 0,4%	9%	SATIVA
Nabiximolx (Sativex)	27mg/ml	25 mg/ml	SATIVA (approvata AIFA solo per la SLA)

Tratto dal Portale Farmagalenica (modificato). Consultabile anche per una serie di risposte chiare e ben organizzate per spiegazioni ai pazienti. <http://www.farmagalenica.it/vendita-cannabis-in-farmacia-situazione-2015/>

In Piemonte la cannabis può essere prescritta indifferentemente da medici specialisti o da medici di medicina generale. Le ricette devono seguire i formalismi previsti dall'articolo 5 della legge 94/98 e attenersi a modalità che permettano la valutazione degli effetti positivi e negativi, rispettando la privacy del singolo paziente e la comunicazione dei dati raccolti.

Per quanto riguarda l'uso terapeutico quindi gli strumenti per la cura paiono avviati su una strada di semplificazione e omogeneizzazione che garantisca a tutti il farmaco necessario. Si spera che la ricerca chiarisca i molti ambiti per i quali non c'è ancora un accordo (come la malattia di Parkinson, la fibromialgia, la malattia di Alzheimer) e fornisca al medico le certezze per agire, mantenendo la discussione sul piano scientifico scevra da inquinamenti morali o politici che poco hanno a che vedere con la salute dei cittadini.

PUBBLICITÀ INFORMATIVA SANITARIA

Il testo del Codice Dentologico, in data 19-05-2016, è stato modificato con la variazione dell'Art. 56 che riportiamo di seguito

Art. 56 Pubblicità informativa sanitaria

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole.

Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie. Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti.

FAQ sull'ECM

A cura della Commissione Formazione Permanente e Accreditamento Formativo dell'OMCeO di Torino (Gabriele Bellomo, Sergio Bretti, Daniela Dellepiane, Alessandro Farri, Ruggero Fassone, Paola Massucco, Aldo Mozzone, Patrizia Piano, Andrea Pizzini, Alessandra Romito, Giovanni Selvaggi, Vincenzo Villari)



1. Quanti sono i crediti che deve acquisire annualmente il Medico Chirurgo/Odontoiatra?

Triennio 2014-2016: n. 150 crediti con un debito formativo annuo di 50 crediti. Finora era possibile una flessibilità limitata con un range che andava da un minimo del 50% ad un massimo del 150% dell'obbligo formativo annuo.

Come già previsto in passato per i liberi professionisti una recente determina (7.7.2016) della Commissione nazionale per la formazione continua ha stabilito, fermo restando l'obbligo di conseguire 150 crediti formativi nel triennio, la possibilità per tutti i professionisti di acquisire, per singolo anno, i crediti in maniera totalmente flessibile. Questo significa in concreto che chi, per ipotesi, ad oggi avesse ancora 0 crediti, può soddisfare l'obbligo formativo dell'intero triennio in atto acquisendo tutti i 150 crediti in un solo anno di aggiornamento.

Sulla base della formazione effettuata nel triennio precedente (2011-2013), è inoltre possibile avvalersi di una riduzione dei crediti secondo la seguente tabella:

ECM triennio 2011/13	RIDUZIONE per triennio	ECM triennio 2014/2016
da 101 a 150	meno 45	150 meno 45=105
da 51 a 100	meno 30	150 meno 30=120
da 30 a 50	meno 15	150 meno 15=135

2. I crediti devono essere acquisiti per settore specialistico e con quali regole?

Possono partecipare agli eventi relativi ad una disciplina diversa da quella inerente la propria specializzazione i medici in possesso di specializzazioni che siano equipollenti o affini alla disciplina oggetto dell'evento.

3. Come è possibile conoscere i crediti già acquisiti e qual è l'ente che li contabilizza?

I crediti già acquisiti sono registrati nei portali: Co.Ge.A.P.S., ECM Piemonte ed Age.na.s, ai quali si accede dopo adeguata registrazione. È possibile che non tutti i propri crediti risultino correttamente inseriti, dal momento che sono i provider a doverli comunicare.

Nel portale del Co.Ge.A.P.S si può segnalare quanto manca. Una volta ricevuta la segnalazione e/o documentazione da parte del professionista, il Co.Ge.A.P.S valuterà il materiale ricevuto e, se conforme alle prescrizioni della normativa vigente, provvederà ad integrare la posizione del professionista con i dati segnalati. Nel portale ECM Piemonte, a partire dall'8 aprile 2016, è possibile procedere autonomamente all'inserimento di corsi ottenuti con provider non accreditati nel sistema ECM regionale.

4. Cosa si intende per dossier formativo (DF)?

Un documento, individuale o di gruppo, di pianificazione della formazione del professionista. Non è quindi soltanto un elenco dei corsi frequentati e dei crediti conseguiti, ma uno strumento di valutazione e programmazione del percorso formativo. Per il triennio 2014-2016 ogni medico, sia dipendente che libero professionista, può volontariamente attivare il proprio DF (fase sperimentale) registrandosi sul sito del Co.Ge.A.P.S. La costruzione del DF individuale prevede l'attribuzione di 15 crediti formativi.



5. Il professionista può acquisire crediti anche all'estero?

Sì. Per "estero" s'intendono i Paesi della UE, la Svizzera, gli Stati Uniti d'America e il Canada. Attività formative svolte in Paesi diversi, attualmente, non possono essere oggetto di riconoscimento.

6. Quali sono le attività meritevoli di crediti oltre ai comuni corsi di formazione?

Oltre alle attività che tutti conosciamo, e cioè 1) Formazione Residenziale (RES); 2) Congressi, Convegni, Simposi e Conferenze, si possono anche ottenere crediti con: 3) Formazione Residenziale Interattiva (RES); 4) training individualizzati (FCS: Formazione sul campo); 5) gruppi di miglioramento o di studio, commissioni, comitati (FCS); 6) Attività di Ricerca e Pubblicazioni scientifiche (FSC); 7) Audit clinici e/o assistenziali (FSC); 8) Autoapprendimento con tutoraggio (FAD: formazione a distanza); 9) Autoapprendimento senza tutoraggio (FAD); 10) Docenza e Tutoring.

7. I crediti sono suddivisi per tipologia, secondo l'attività formativa svolta: devono essere acquisiti sulla base di percentuali specifiche (FAD- RES- FSC)?

Per le tipologie 2, 5 6 e 10 (vedi sopra), il numero massimo di crediti acquisibili non può eccedere, complessivamente, il 60% del monte crediti triennale ottenibile da un singolo professionista sanitario

A differenza del passato, è oggi invece possibile assolvere l'intero debito formativo mediante FAD.

Lo svolgimento di un'adeguata formazione continua, di un costante aggiornamento professionale e, contemporaneamente, l'acquisizione dei relativi opportuni crediti formativi, costituiscono necessità di cui sono ben consci i Medici Chirurghi e Odontoiatri.

La Commissione Formazione dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Torino ha ritenuto di proporre all'attenzione dei Colleghi un compendio, snello ma si spera efficace, sulle norme e modalità operative vigenti relative all'ECM (Educazione Continua in Medicina).

Questo perché l'aggiornamento professionale, opportunamente programmato e certificato, rappresenta senz'altro un aspetto etico della moderna professionalità medica, nonché una strada importante per un uso razionale e appropriato delle risorse disponibili in campo sanitario.

La Commissione augura buona lettura ai Colleghi e resta disponibile per ogni approfondimento.

8. Come si possono "ufficializzare" (calcolare ed inserire) i crediti non acquisiti con i comuni corsi di formazione?

Se l'attività viene fatta senza un provider (come può essere per esempio il caso di pubblicazioni scientifiche, attività di tutoraggio, autoapprendimento) spetta al professionista comunicare al Co.Ge.A.P.S. la propria attività. Su tale portale sono presenti la modulistica di autocertificazione e le modalità di calcolo dei crediti a econda dell'attività svolta.

9. Nei concorsi può essere richiesto come titolo il possesso di crediti ECM?

I crediti ECM non rientrano tra i requisiti valutati dall'Ufficio Giuridico per l'ammissione ai concorsi, ma vengono valutati come elementi curriculari. La singola Azienda Sanitaria decide se e come controllare annualmente i crediti dei dipendenti e l'eventuale certificazione in occasione del rilascio dello stato di servizio.

10. Chi è esonerato dall'obbligo ECM?

Le situazioni che giustificano l'esonero (senza sospendere l'attività medica) sono le seguenti:

- frequenza di un corso di specializzazione universitario, di un dottorato di ricerca, di un master universitario, del corso di formazione in medicina generale, dei corsi di specializzazione in psicoterapia promossi da scuole private riconosciute dal MIUR e dei corsi di formazione e aggiornamento in materia di AIDS. Quelle che invece giustificano l'esenzione (con sospensione dell'attività medica) sono:
- maternità, aspettativa per gravi motivi familiari, richiamo alle armi, incarico di Direttore Sanitario o Direttore Generale in ASL o AOU, cariche pubbliche ▶

dalle commissioni

elettive, aspettativa per cooperazione sanitaria internazionale, permessi per gravi patologie, assenze per malattia.

11. Cosa succede se non si raggiunge il numero pre-stabilito di crediti?

Ad oggi, non sono previste sanzioni specifiche per il medico che non abbia conseguito il numero di crediti necessari, per cui l'obbligo ECM parrebbe essere più morale che sostanziale.

Nonostante ciò è necessario sottolineare alcune dinamiche del mondo del lavoro. Teoricamente infatti un medico che non fosse in regola con i crediti ECM potrebbe avere difficoltà a lavorare, sia come dipendente che come libero professionista presso strutture sanitarie private perché, sempre più spesso, tali strutture richiedono al medico di dimostrare la propria regolarità ECM. Vale la pena anche ricordare l'avvenuta cancellazione dall'elenco nazionale dei medici competenti, da parte del Ministero della Salute, di 5984 iscritti non risultati in regola con il piano formativo del triennio precedente, avvenuto nell'aprile 2015. In data 10 febbraio 2016 è stata però prorogato il termine del conseguimento degli ECM per questa categoria di professionisti che ha consentito loro di acquisire il 50% dei crediti mancanti al 31 dicembre 2014, entro il 30 giugno 2016.

Una recente delibera (del 7.7.2016 [si vedano i riferimenti normativi, a conclusione dell'articolo, N.d.R.]) della Commissione nazionale per la formazione continua prevede inoltre lo studio della concessione di una eventuale proroga del raggiungimento del fabbisogno formativo per i professionisti sanitari che non abbiano acquisito la totalità dei crediti ECM previsti per il triennio 2014-2016. Oltre ad un obbligo legislativo di aggiornamento, va segnalato anche quello di carattere deontologico. L'articolo 19 del nuovo codice di deontologia medica (del 18 maggio 2014) in tema di Aggiornamento e Formazione professionale permanente, ribadisce la necessità che il medico assolva agli obblighi formativi.

In definitiva, indipendentemente dalle eventuali sanzioni

e soprattutto in questa fase in cui manca l'aspetto applicativo del quadro normativo, è opportuno regolarizzare il proprio obbligo ECM.

12. Che cos'è un provider?

È un soggetto, pubblico o privato, abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM. Possono richiedere l'accreditamento come provider: Aziende Sanitarie; Università, facoltà e Dipartimenti Universitari; Istituti Scientifici del Servizio Sanitario Nazionale; Istituti del Consiglio nazionale delle Ricerche; Enti e Agenzie Regionali gestori di formazione in ambito sanitario; Società Scientifiche e Associazioni Professionali in campo sanitario; Ordini e Collegi delle professioni sanitarie; Fondazioni a carattere scientifico; Case Editrici; Società, Agenzie o Enti, pubblici o privati, purché operino nell'ambito della formazione continua.

13. Con quali criteri un'attività formativa può riscuotere più o meno crediti?

I criteri per "pesare" l'acquisizione di crediti si basano sulle diverse tipologie didattiche, sul numero di partecipanti e sulle ore di formazione. Per i dettagli si rimanda al documento "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" approvato il 13/01/2010.

14. Da quando decorre l'obbligo formativo per i medici neolaureati?

L'obbligo di aggiornamento professionale per i medici (e per tutte le figure che hanno obbligo di iscrizione ad un albo professionale) decorre dal primo gennaio dell'anno successivo a quello di iscrizione all'albo. Si segnala inoltre che l'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale all'art. 20 comma 5 stabilisce che "La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività di medico di medicina generale ..." e che "Per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata, il medico è tenuto a soddisfare il proprio debito annuale di crediti formativi".

Bibliografia

Il Manuale *La formazione per il Governo Clinico*. Trimestrale della federazione Nazionale degli Ordini dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri. N.1/speciale FAD settembre 2013

Riferimenti normativi

Determina Commissione Nazionale per la Formazione Continua 23 luglio-10 ottobre 2014 in materia di Crediti Formativi ECM e in materia di Dossier Formativo;

Delibera Commissione Nazionale Formazione Continua 7 luglio 2016;

D.M. 02.08.2000 per le modificazioni ed integrazioni alle tabelle equipollenze e delle affinità

Siti utili

www.cogeaps.it; www.agenas.it; www.ecmpiemonte.it

La stanza nera

Giuliano Maggi

Vi era un'unica stanza a pian terreno; dentro vi era un letto occupato da una vecchia, un tavolo, una sedia, una stufa a legna e un acquajo con due piatti sporchi. Le pareti e il soffitto erano neri come il carbone.

Nell'estate del 1958 sostituii un medico condotto in un paese di montagna durante le ferie estive. Era l'unico modo per raggranellare qualche soldo, poiché allora gli specializzandi non erano pagati e campavano di espedienti per non gravare troppo sui genitori.

Avevo una motoretta scassata di seconda mano, e con quella mi spostavo da una frazione all'altra del paese, facendo visite nelle baite con uno zaino a spalle, nel quale avevo tutto l'occorrente per visitare i pazienti o prestare soccorso (siringhe, disinfettanti, garze, bende e medicine).

Un giorno mi avvisarono che in una certa frazione una vecchia stava molto male e aveva bisogno del medico. Partii e, dopo pochi chilometri di strada sterrata, arrivai in un borgo che ricordava una città fantasma da film western. Ci saranno state una decina di case, più qualcuna diroccata, erbacee dappertutto, un senso di abbandono e di squallore. Mi sembrò di essere arrivato nel nulla. Vagai un po' tra le casupole con la mia moto, finché vidi un vecchio col cappello da alpino, seduto immobile su un sasso. Mi avvicinai e gli chiesi se sapeva dove abitasse la paziente che cercavo. Mi guardò in modo sospettoso e mi chiese se ero della polizia o della finanza. Risposi che ero il medico, e allora mi indicò una delle case. Gli chiesi cosa faceva lì seduto a guardare il muro e quello sorridendo mi disse: «Aspetto di morire!». Non seppi cosa rispondere e pensai che forse aveva ragione.

Arrivai alla casa indicatami e bussai: una voce disse: «Avanti, è aperto!» ed entrai. Vi era un'unica stanza a pian terreno; dentro vi era un letto occupato da una vecchia, un tavolo, una sedia, una stufa a legna e un acquajo con due piatti sporchi. Le pareti e il soffitto erano neri come il carbone. Vi era una sola lampadina che pendeva dal soffitto sopra al tavolo e due finestrelle con le inferriate.

Dal letto la vecchia disse: «Venga avanti, la malata sono io, sono vecchia, non respiro bene e ho tanta tosse».

Per farla breve la visitai, constatai che aveva un focolaio bronco pneumonico e la febbre alta, le praticai un'iniezione di penicillina e le lasciai un bocchetto di sciroppo espettorante, dell'antipiretico e delle gocce per la tosse.

Le chiesi se era sola e mi disse che era vedova da molti anni, senza figli, ma una vicina veniva a portare un po' di cibo a lei e alle sue galline quando era malata.

Mi guardai intorno in quella camera nera e cupa e mi venne spontaneo chiederle: «Signora, da quando non ha più fatto dare il bianco in questa stanza?». Lei si guardò intorno e mi disse: «Lo diede mio marito prima di partire per la guerra, ma me lo hanno ▶



ucciso e non è più tornato».

«Ah, risposi io, la guerra del 1940-45».

«No! – replicò lei – mio marito fu richiamato per la guerra di Libia, nel 1911; sono vedova da allora e vivo con la sua pensione di guerra».

Eravamo nel 1958 e da 47 anni la stanza attendeva di essere ridipinta. Tornai a trovarla tutti i giorni seguenti per farle l'iniezione e guarì rapidamente. La portai anche delle caramelle al miele per la tosse, che gradì moltissimo e volle a tutti i costi che accettassi due uova delle sue galline.

Poi ebbi un colpo di fortuna. Negli stessi giorni avevo curato un bambino col morbillo, aveva la febbre alta e la giovane mamma era molto preoccupata. Visitai anche quel bambino tutti i giorni e ciò fu di grande conforto per i genitori, tanto che, quando il bambino stette meglio, il padre mi disse che voleva sdebitarsi con me. «Sono un imbianchino – soggiunse – vuole che le dia il bianco in cucina?». Colsi la palla al balzo e risposi: «Sì, grazie, ma non a casa mia, ma nella stanza di una vecchia sola». Detto fatto, avvertii la paziente dell'antro nero, ormai guarita, e le portai l'imbianchino, che rapidamente passò la calce sulle pareti e sul soffitto. Quando il lavoro fu terminato, la vecchietta abbracciò me e l'imbianchino e disse: «Che bello, mi sembra di essere già in paradiso!».

A volte basta poco per far felice qualcuno.

Inaugurazione del museo di odontoiatria

Giancarlo Barbon

Segretario della SISOS (Società Italiana di Storia dell'Odonto-Stomatologia)

Lo scorso 12 maggio 2016, a Torino, presso un'ala dello studio dentistico Ruspa allestita allo scopo, si è svolta l'inaugurazione di un "Museo Odontoiatrico" intitolato a Franco Ruspa, cattedratico torinese del secolo scorso, contenente materiale e strumentario odontoiatrico appartenuto a una "dinastia" di dentisti, i Martini-Ruspa, che da sei generazioni (precisamente dal 1837) esercita ininterrottamente la professione a Torino.

Alla presenza di autorità istituzionali – quali il presidente CAO di Torino Gianluigi D'Agostino, il direttore della Dental School Stefano Carossa, il comitato scientifico del Centro Culturale Odonto-Stomatologico (CCOS), il comitato di redazione di Dental Tribune in rappresentanza della stampa di settore, amici e professionisti – ho illustrato come nei due secoli precedenti, a partire da Vincenzo Martini capostipite della stirpe odontoiatrica citata, questa famiglia di dentisti che nel tempo si sono avvicendati nella professione, siano stati percorsi quasi 200 anni di mutamenti storici in generale ed odontoiatrici

in particolare, ben rappresentati questi ultimi dai cimeli esposti: in pratica nelle sale allestite fanno bella mostra antichi trapani a pedale, attrezzature chirurgiche d'epoca, stufette ad aria calda per sterilizzazione, testi e manuali stampati più di 150 anni fa, e così via.

Al termine del "racconto odontoiatrico" della famiglia Martini-Ruspa, hanno fatto seguito i vari commenti dei presenti, i più in elogio al Prof. Franco Ruspa a cui il museo è intitolato, come colui che nel 1961 aveva altresì fondato l'associazione culturale CCOS, tuttora viva e vivace anche dopo 55 anni di attività, con l'intento di divulgare ed aggiornare attraverso simposi, corsi e stage lo stato dell'arte e le conoscenze odontoiatriche del tempo in ambito libero professionale.

Ha chiuso l'evento una conferenza ECM gratuita, organizzata dal CCOS presso la Galleria d'Arte Moderna in corso Galileo Ferraris, in cui il Dott. Dario Severino, libero professionista in Roma, davanti ad un'interessata platea di professionisti, ha illustrato i vantaggi della "chirurgia guidata in implantologia".



Percorsi del lutto

L'esperienza di un gruppo di auto-mutuo aiuto

Marcello Pedretti

Medico psicoterapeuta

I tragici fatti collegati al terremoto che ha colpito alcuni paesi del Centro Italia ci mettono a confronto diretto con un evento traumatico di cui come italiani ci sentiamo tutti partecipi. È un trauma che va oltre la morte, pur dolorosa, di singole persona, collegato alla distruzione di interi paesi, alla perdita da parte di migliaia di persone di casa, lavoro, abitudini quotidiane, affetti. Le parole d'ordine sono ricostruire, sanare, favorire la rinascita sociale delle comunità e delle persone coinvolte al di là della semplice cura della salute fisica e psichica.

Su scala più ridotta, ma egualmente lacerante e dolorosa, molte persone delle nostre comunità si confrontano con morti improvvisi, che agiscono come veri e propri eventi traumatici. Non si tratta solamente della sofferenza collegata alla morte di una persona cara, queste morti sono fonte di importanti fenomeni di disorientamento affettivo e psicologico. Incidenti stradali, incidenti sul lavoro, suicidi improvvisi e imprevisi, cambiano bruscamente le prospettive vitali di chi rimane. Amici e famiglie non sempre sono di aiuto e spesso è il dolore stesso con la sensazione che nessuno può capire, essendo a propria volta confusi, e con la paura di essere respinti che favorisce l'isolamento.

L'Associazione Giocodinsieme Progetto Psicosociale ONLUS, associazione di volontariato sociale, sulla base di una precedente esperienza iniziata nel 2005 e finita nel 2010, ha attivato nel febbraio 2016 l'iniziativa "INSIEME OLTRE IL LUTTO", costituita da gruppi di Auto Mutuo Aiuto dedicati ad adulti con un familiare morto o gravemente malato, con lutti difficili e/o segreti, in relazione a morti attese e/o sospese, improvvisi e/o violente.

L'esperienza mostra che la possibilità di ritrovarsi insieme a persone con esperienze simili con il supporto di un facilitatore porta a superare il pudore con cui si nasconde il proprio dolore, rompe la solitudine e il vissuto di isolamento, fornisce l'occasione per riattivare risorse e capacità.

I gruppi nascono aperti, potendo accogliere nuove persone secondo le richieste, e proseguono secondo la necessità dei partecipanti. Gli incontri si tengono ogni 15 giorni, attualmente gli orari proposti sono il giovedì alle ore 10-11:30 o 18-19:30, a secondo del gruppo di

inserimento. La sede degli incontri è quella dell'Associazione, Via Giacomo Medici 11, Torino. Colloqui iniziali e partecipazione ai gruppi sono gratuiti.

Per informazioni: Dott. Marcello Pedretti, medico psicoterapeuta, 3299264833 o inviare una mail a giocodinsieme@fastwebnet.it

IL RACCONTO DELLA PROPRIA SOFFERENZA

Lascio la parola alle persone che hanno partecipato al gruppo di auto-mutuo aiuto dedicato al lutto, da me condotto tra il 2005 e il 2011.

Le persone si erano inserite nel gruppo per meglio affrontare lutti recenti da cui non riuscivano a riprendersi, lutti avvenuti anni prima, o anche l'angoscia relativa a un lutto atteso o sospeso.

Frequentemente si sono manifestate marcate dipendenze da persone oramai morte che, ancor più che come tali, erano percepite come parti di sé. Frequenti i tratti melanconici.

Ma ora prestiamo ascolto alle emozioni che suscitano in noi le parole riportate qui di seguito.

"Il mio compagno mi manca fisicamente, come se avessi perso una parte di me, un braccio, una gamba", "Quando mio figlio si è suicidato sono morta anch'io", "Non mi mancano gli altri, manco a me stessa", "Le uniche cose che sento interessanti sono quelle che non ci sono più".

E quando è così le proprie risorse e capacità sono come annullate: *"Le cose che so non funzionano, perché non mi sento viva".*

Una morte lenta, una lunga malattia, favoriscono l'isolamento dai propri sentimenti, interessi, amici. Fattore aggravante specifico si sono rivelate aree traumatiche infantili, con al centro i temi del riconoscimento, della differenziazione e della separazione, che si riattivano per il sentirsi abbandonati e/o rifiutati da familiari, partner e amici, dal morto stesso. Siamo in uno spazio critico, assolutamente reale, condizionato dalle fatiche collegate al prendersi cura, dalle rabbie e dalle invidie, dalle proprie proiezioni, così come dalle difese che si attivano nelle persone che si vorrebbero vicine.



PAURA, SENSI DI COLPA, FRAGILITÀ

È presente la paura: *“Non posso esprimere il mio dolore per paura di fare soffrire quelli che mi stanno attorno e sono sola”, “Temo che il mio dolore renda gli altri meno disponibili”, “Mi capita, ma solo nella solitudine e nel silenzio della mia casa, di piangere e urlare”.*

È presente la colpa, colpa di essere vivi, di essere sopravvissuti: *“Avrei preferito morire io”,* è presente l'invidia: *“Non riesco a sopportare le persone felici”,* è presente la rabbia: *“Sono arrabbiata con tutti: con Dio, con quelli che non capiscono, con mio marito che mi ha lasciato nella ‘merda’”.*

Si vive come divisi: *“Ci si occupa delle cose di tutti i giorni, ma dentro c'è un senso di vuoto, spesso si pensa al morto e poi ci si accorge che non c'è”.*

Talora la fatica diventa insopportabile: *“A volte sogno di cadere a terra. Forse qualcuno si accorgerà di me o almeno potrò riposarmi”.*

Quando i vissuti si fanno muti ci si lascia andare e allora l'unica voce è quella del corpo: *“Un giorno mi sono guardata allo specchio e ho visto che ero paurosamente dimagrita, che stavo morendo”; “Quando mi avvicino al pensiero della morte mi viene subito il mal di testa”.*

Una signora dice: *“Mi sento esclusa dal futuro, guardo avanti e vedo solo nebbia intrisa di solitudine”.*

Talora la difesa prevalente è la proiezione, la presa di distanza: *“Nella mia disperazione ho proiettato tutto sui figli, non posso pensare a una loro malattia, morte”.* È

questa una proiezione narcisistica intrusiva che espropria la vita ai figli: non si vive più per sé, ma per loro, privandoli di una presenza viva.

Spesso ci si sente diversi, lontani: *“Gli altri sentono, provano cose diverse, si occupano di cose diverse”.*

Anche quando si comincia a riprendersi la propria vita tutto è faticoso: *“Riprendere il contatto con la vita è difficile, è come confrontarsi con un vuoto che a tratti si fa incolmabile”, “Devo continuamente ripetermi: sono viva, sono sana, ho un lavoro”, “Non sono più congelata, ma soffro di più. Ora il mio dolore è caldo, fluido, mi squassa, ma è un dolore in cui mi sento viva”.* Tutto è fragile: *“In alcuni momenti si torna indietro, si perde la voglia di vivere: una ricorrenza, una morte, un cambiamento”, “Ho lasciato andare mio figlio, ho rivoluzionato la casa, ma ieri sarebbe stato il suo compleanno e ho sentito il vuoto”.*

DAL VUOTO ALLA CONDIVISIONE

Indicatori positivi sono quando la persona riesce a portare foto, scritti, ricordi, a condividere ciò che è stato prima dell'evento malattia, morte.

Alla fine per alcuni è possibile ritrovare uno spazio sereno nel presente, il rivivere lascia il posto al ricordare, è possibile dimenticare senza paura, senza sentirsi in colpa, il dolore non è più ostacolo alla vita: *“Da qualche tempo riesco a ricordare senza angoscia”, “Cambiare le abitudini mi ha permesso di stare meglio, di vivere le feste senza il peso degli assenti”.*

La morte di una persona, quando si resta vivi, è anche fonte di domande: *“Ma tutto questo dolore servirà a qualcosa?”* e di riflessioni: *“La morte mi ha come obbligato a guardare tutto ciò che avevo lasciato in sospeso”.* Con il tempo si pongono altri problemi: *“Come rapportarsi a una persona che soffre?”, “Come parlare del dopo a una persona che è ancora nel prima?”, “Cosa dire, cosa non dire, come non ferire?”.*

Le domande cambiano: *“Quale senso ha la sofferenza?”,* diviene *“Quale senso ha per me questa sofferenza?”.* *“Cosa potevo fare?”* diviene *“Cosa posso fare della mia esperienza?”.*

Il gruppo di auto-mutuo aiuto ha costituito per i partecipanti uno spazio per comunicare, che contiene e rende meglio percepibili le emozioni, uno spazio per pensare, uno spazio per riconoscersi nella propria fatica e nelle proprie risorse, per scambiarsi aiuto riattivando percorsi relazionali, luogo in cui rabbia, rifiuto, depressione, possono essere riconosciuti e il disorientamento può essere individuato come un fenomeno naturale.

Una persona del gruppo scrive: *“Quando un mare di dolore ti cade addosso, rimani senza fiato, non capisci il perché di tutto questo dolore. Far parte del gruppo ti aiuta a condividere quello che ti sta succedendo, non* ▶

dalle associazioni

risolve la causa del dolore, ma ti aiuta a chiarire i tuoi sentimenti, a pensare a costruire il tuo presente”.

Naturalmente non sempre tutto va bene e varie persone o non accettano il gruppo o finiscono per lasciare senza essere riuscite ad utilizzarne lo spazio. Alcuni sentono le loro difese in pericolo: *“La partecipazione al gruppo mi crea nuova angoscia, non posso nascondermi”*, e ancora: *“Non voglio pensare e il gruppo mi obbliga a pensare”*. In alcuni casi, se le persone lo desiderano, possono essere presi in considerazione percorsi personali.

ATTRAVERSO IL DOLORE DI NUOVO LA VITA

Il fattore di cambiamento centrale è la possibilità di sentirsi all'unisono con le altre persone senza confondersi con esse. Sentirsi all'unisono toglie dal proprio isola-

mento e crea una possibilità di relazione. Condividere permette l'ampliamento della realtà soggettiva. È una condivisione che a partire dal dolore si allarga alle altre aree dell'esistenza. Il dolore cessa allora di essere debolezza, mancanza, o motivo di orgoglio: *“Il mio dolore è il più grande di tutti”*, e diviene risorsa. Insieme si attraversa il dolore e si torna ad essere vivi, ci si riapre al sentire, si creano ponti inaspettati verso nuove realtà.

Siamo partiti dalla tragedia del terremoto che ha distrutto alcuni paesi del Centro Italia. Chi volesse approfondire le tematiche traumatiche collegate ai grandi eventi come i terremoti, le guerre, le migrazioni forzate, può trovare interessanti spunti nei seguenti documenti liberamente scaricabili dai link sottostanti.

Aspetti psicologici delle emergenze - Corso Operatore C.R.I. nel Settore Emergenza

http://www.criasti.it/documenti/protezionecivile/0.3.1-Aspetti_psicologici_nelle_emergenze.pdf

Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

Semestrale della Federazione psicologi per i popoli

<http://www.psicologiperipopoli.it/La%20rivista.html>

Riparte il prestito d'onore, un'occasione di crescita professionale

Il "Prestito d'onore" è stato inventato decenni fa negli USA per permettere a studenti e professionisti all'inizio della carriera l'ingresso nel mondo produttivo senza affanni economici. In passato l'Ordine dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino ha offerto con successo questo tipo di aiuto economico ai suoi iscritti e quest'anno riapre questa agevolazione con condizioni sempre più vantaggiose.

La sovvenzione, in convenzione con Banca Sella, prevede l'erogazione per gli iscritti fino a 50.000 euro con durata di 60 mesi per finanziare investimenti in ambito professionale e include diversi benefici tra cui:

- erogazione in tempi molto rapidi
- tassi molto convenienti
- nessuna ipoteca

	Finanziamenti a medio termine
Forma tecnica	Mutuo chirografario
Durata massima	60 mesi, rimborsabile in rate con periodicità a scelta (mensile, trimestrale, semestrale)
Importo massimo:	Euro 50.000,00
Commissioni di erogazione	0,30% sull'importo erogato
Destinazione fondi	Investimenti aziendali a qualsiasi titolo e di qualsiasi natura, purché documentati
Tasso applicato	tasso fisso annuo: 3,75% tasso variabile annuo; spread pari al 3% sul tasso di riferimento (euribor 1-3-6 mesi)

Per informazioni
Dr. Giuseppe SALVAGGIO
giuseppe.salvaggio@sella.it

La biblioteca virtuale FNOMCeO-Ebsco

Grazie a una convenzione con la Ebsco Information Services di Boston, uno dei principali provider mondiali di banche dati di letteratura medico-scientifica, la FNOMCeO offre gratuitamente a tutti i medici chirurghi e odontoiatri uno strumento di formazione, consultazione e aggiornamento di grande utilità sia per chi lavora nell'ambito della ricerca sia per i professionisti che operano sul campo.

Le banche dati messe a disposizione da FNOMCeO vengono aggiornate quotidianamente, includono migliaia tra le più autorevoli riviste internazionali di medicina e odontoiatria, altrettanti articoli in FULL TEXT e un'interfaccia che consente di affinare la ricerca in base alle specifiche esigenze di ciascun utente.

LE BANCHE DATI

Per accedere alle banche dati è sufficiente andare sul portale FNOMCeO (www.fnomceo.it), cliccare sul banner Ebsco (il primo, sulla sinistra dello schermo) e registrarsi.

Ecco alcune delle banche dati messe a disposizione dalla convenzione tra Ebsco e FNOMCeO.

MEDLINE COMPLETE

Medline Complete contiene tutti i riferimenti bibliografici di Pubmed e consente di scaricare il full text degli articoli a pagamento in modalità gratuita. Ogni utente può creare un profilo personale per il salvataggio permanente dei propri articoli, ricerche e alerts.

DENTISTRY & ORAL SCIENCES SOURCE

È il database Ebsco interamente dedicato alle scienze odontoiatriche. Dà accesso al full-text di oltre 250 riviste tra le più importanti del settore e, come Medline Complete, consente di creare un profilo personale per il salvataggio permanente dei propri articoli, ricerche ed alerts.

DYNAMED PLUS

Aggiornato giornalmente, DynaMed Plus è uno strumento di consultazione e aggiornamento i cui contenuti si basano sulle più recenti e accurate evidenze. Mediante sintesi analitiche e strutturate di letteratura, raccomandazioni e linee guida internazionali aggiornate in tempo reale, il clinico avrà la possibilità di integrare lo "stato dell'arte" della ricerca al lavoro clinico, alla propria esperienza e intuito e alle preferenze del paziente, così da supportare al meglio la pratica di cura.

PATIENT EDUCATION REFERENCE CENTER

Contiene oltre 4000 schede dedicate ai più svariati argomenti clinici di interesse per il paziente, oltre 750 procedure e test di laboratorio, 2800 topic riguardanti stili di vita e benessere, oltre 1500 schede dedicate ai farmaci (con più di 8000 brand e generici).

COCHRANE COLLECTION PLUS è la collezione delle banche dati edite dalla Wiley e contiene:

- NHS Economic Evaluation Database (NHS EED),
- Health Technology Assessments (HTA),
- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR),
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE),
- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Cochrane Methodology Register.

Per accedere al servizio: andate sul sito FNOMCeO (www.fnomceo.it) e cliccate sul banner "Banche dati Ebsco", nella parte sinistra dello schermo. Si aprirà la pagina "Servizi riservati al professionista FNOMCeO", dalla quale potrete effettuare il login per accedere alle banche dati.

DERMOCHIRURGIA: DALLA BIOPSIA ALLA DISSEZIONE VIDEOASSISTITA

Dedicato all'insegnamento
di Luigi Santoro nel terzo anniversario
della sua scomparsa

Associazione Luigi Santoro onlus
Servizio di Dermochirurgia Oncologica
Humanitas Gradenigo

02 Dicembre 2016, ore 14.00 – 21.00

Sala "ex carrozze" Corso Francia 8 Torino

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Torino

Responsabile scientifico:

Dott.ssa Alessandra Farnetti
Dott.ssa Annamaria Ronco

Segreteria organizzativa:

Dr.ssa Piera Piludu
Ufficio Formazione Humanitas Gradenigo

RAZIONALE

Il corso è indirizzato ai medici specialisti in Dermatologia che desiderino consolidare le loro conoscenze nell'ambito dermochirurgico.

L'incremento epidemiologico delle patologie cutanee avvenuto negli ultimi anni, in particolar modo delle patologie neoplastiche, richiede un affinamento professionale nelle capacità diagnostiche ed un corretto approccio diagnostico-terapeutico.

La dermochirurgia è il passaggio cruciale per il percorso diagnostico terapeutico della patologia cutanea: dalla semplice biopsia che, se adeguatamente eseguita, permette di formulare corretta diagnosi istologica alle tecniche chirurgiche più avanzate: la laparoscopia permette di aggredire distretti anatomici complessi le regioni iliacootturatorie con minor impatto postoperatorio.

La biopsia è un atto chirurgico semplice: utile se correttamente eseguita, inutile e fuorviante se il materiale biopsico non è sufficiente per lo studio istologico.

La dermochirurgia, oltre alla corretta formazione della diagnosi, è un atto terapeutico fondamentale nell'approccio terapeutico delle neoplasie cutanee, non solo di quelle più frequenti

come il melanoma e il carcinoma, ma anche delle lesioni rare: si considereranno alcuni esempi tratti dalla nostra casistica.

Inoltre nuove tecniche chirurgiche già ampiamente collaudate e praticate in altri ambiti possono essere usate nella terapia delle lesioni neoplastiche metastatiche cutanee: la tecnica laparoscopica già usata nel trattamento delle patologie del tratto gastroenterico, urologico e ginecologico deve essere un utile bagaglio tecnico del dermochirurgo oncologo.

La condivisione tra ospedale e territorio del corretto approccio diagnostico terapeutico e la discussione interdisciplinare casi clinici permette un'occasione di crescita e di confronto tra diverse figure professionali.

PROGRAMMA

- 14.15 Apertura lavori (Pippione, Ronco)
Moderatori: Pippione, Ronco
- 14.30 Introduzione alle tematiche congressuali (Pippione, Ronco)
- 14.45 La diagnosi dermatologica ieri e oggi (Pippione, Ronco)
- 15.00 La biopsia (Ronco)
- 15.30 Chirurgia: atto terapeutico fondamentale (Deluca, Ronco)
- 16.00 Focus su: sarcomi superficiali (Schiavone)
- 16.30 Focus su: tumore di Merkel, melanoma dell'ano, melanoma acrale (Deluca)
- 17.00 Focus su: carcinoma spinocellulare (Mattio)
- 17.15 I margini di escissione (Schiavone)
- 17.45 Confronto dibattito (Ronco)
- Coffee break libero
- Moderatori: Ronco, Farnetti
- 18.15 Lettura: "Dal Microscopio al Telescopio" (Maccone)

- 18.45 Il melanoma: malattia ancora imprevedibile (Deluca, Pippione)
- 19.15 Dal linfonodo sentinella alle dissezioni (Farnetti)
- 20.00 Tecnica laparoscopica e dissezione video assistita. Presentazione di alcuni video (De Paolis, Farnetti)
- 21.00 Conclusione e Chiusura lavori (Ronco)

RELATORI

PIPPIONE MARIO
S.C. Chirurgia, Ser. Di Dermoncologia Presidente Associazione Luigi Santoro ONLUS

DE PAOLIS PAOLO
S.C. Chirurgia

DELUCA FRANCESCA
S.C. Chirurgia, Ser. Di Dermoncologia

FARNETTI ALESSANDRA
S.C. Chirurgia, Ser. Di Dermoncologia

MATTIO ROBERTO
S.C. Chirurgia, Ser. Di Dermoncologia

RONCO ANNAMARIA
S.C. Chirurgia, Ser. Di Dermoncologia

SCHIAVONE VIVIANA
S.C. Chirurgia, Ser. Di Dermoncologia

MACCONE CLAUDIO
Director for Scientific Space Exploration presso International Academy of Astronautics

DONNE MEDICO OGGI: CRITICITÀ, DISEGUAGLIANZE, PROSPETTIVE

Associazione Italiana Donne Medico
Sezione della Città Metropolitana di Torino

Sabato 5 NOVEMBRE 2016

Educatore della Provvidenza cso Trento 13 – Torino

Crediti 5.5

Evento n° 171175

Iscrizione gratuita

(Medici Chirurghi: tutte le discipline)

Il Convegno affronta i temi del lavoro medico femminile, l'evoluzione della convivenza tra generi e generazioni in Medicina, i ruoli di genere in famiglia, l'evoluzione della composizione di genere nei medici torinesi, le differenze stipendiali, le differenze nella gestione degli eventi avversi, la problematica del consumo di sostanze nei medici donna e i progetti di aiuto, e infine come, a livello previdenziale, legislativo e contrattuale, viene affrontata l'aumentata presenza femminile nella classe medica.

Per informazioni e iscrizioni:

Dr.ssa Tiziana Borsatti

Segreteria scientifica: tizianaborsatti@virgilio.it;

Dr.ssa Gabriella Tanturri

Segreteria Organizzativa: gabri.tanturri@gmail.com