

BOLLETTINO

Volume 80
Numero 5
Settembre-Ottobre 2003

dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

Direttore: Piergiuseppe Conti

Direttore Responsabile: Piergiuseppe Conti

Redazione: G. Luigi Spata, L. Frigerio,
M. Russello

Comitato di Redazione:

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine:

P. G. Conti, Presidente;

P. Ferraris, Vice Presidente;

M. Nespoli, Segretario;

G. F. Prada, Tesoriere;

Consiglieri: L. Bianchi, F. Brenna,

I.M. Fini, R. Gini, M. Guidotti,

G.V. Melfa, M. Mariani, G. Moltrasio,

G. Nicastro, G.E. Rivolta, M. Russello,

G.L. Spata, P.G. Vegezzi

Revisori dei Conti effettivi: L. Frigerio,

M. Galli, G. Mastroeni

Supplente: D. Bellocco

Commissione Albo Odontoiatri:

I. Casartelli, F. De Simone, M. Mariani,

G. Prada, C. Scifo

DIREZIONE

REDAZIONE AMMINISTRAZIONE:

COMO - Via M. Masia, 30

Tel. 031572613 - Fax 031572466

Proprietà Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di Como

Autorizz.:

Tribunale di Como n. 11, aprile 1986

Stampa: CESARENANI s.r.l. - Lipomo (Como)

Spedizione in Abb. post. Art. 2 Comma 20/b

Legge 662/96 - Como

Sondaggio di informatica.....2

Corsi di informatica 2004.....4

RUBRICHE

Comunicati dalla Redazione8

Comunicati dalla Segreteria9

Novità sanitarie in provincia15

Convegni e corsi di aggiornamento16

Attività delle associazioni31

Contributi.....35

Il caso clinico36

Opportunità di lavoro39

Elenco supplenti40

In copertina:

Mario Radice: Composizione astratta-vele (fine anni '30)

Pastelli a olio su cartone, cm 23,5x18,5 - Collezione privata

sondaggio di informatica

Cari Colleghi/e

Il progresso ci impone nuove tecnologie che spesso condizionano anche il nostro lavoro quotidiano; fra queste l'informatica è uno strumento che sta sempre più diventando (per qualcuno di noi anche contro voglia) indispensabile per il nostro lavoro. Vorrei infatti ricordare l'utilità nella gestione della cartella clinica, l'immediatezza della posta elettronica, le grandi possibilità di aggiornamento su Internet e per il prossimo futuro anche la possibilità di acquisire punteggio ECM con l'aggiornamento a distanza (Fad).

In questa ottica il nostro Consiglio ha deciso di fare un sondaggio fra tutti i medici della nostra Provincia su chi è in possesso di un PC e soprattutto in che modo e quanto viene usato.

Tutto questo ci permetterebbe di capire se sarà possibile raggiungere, e con quali mezzi, questi obiettivi:

1. maggior rapidità nell'invio di nostre comunicazioni utilizzando la vostra posta elettronica;
2. un maggior uso del nostro sito (www.ordinemedici.como.it);
3. la possibilità da parte vostra di contattarci in modo più rapido e di avere anche risposte più rapide;
4. non ultimo ridurre le spese postali che stanno diventando sempre più pesanti sul bilancio del nostro ente.

Come potete vedere tanti sono i vantaggi se tutti noi disponessimo di un PC. Stiamo anche valutando la possibilità di organizzare presso la nostra sede dei corsi di informatica per tutti i medici principianti o che hanno poca dimestichezza con questa tecnologia.

Per tutti questi motivi è indispensabile che collaboriate con noi e ci facciate pervenire il questionario allegato, compilato nel modo più dettagliato possibile, attraverso posta o fax o e-mail o sul sito dell'Ordine, **entro e non oltre il 31 dicembre 2003.**

A questo proposito ricordiamo i nostri indirizzi: **Fax 031.572466**

e-mail: info@ordinemedici.como.it - sito: www.ordinemedici.como.it

Gianluigi Spata, Luca Frigerio

SONDAGGIO SULL'USO DELL'INFORMATICA

Cognome

Nome

Nato il a

Indirizzo

Città Tel. N. cellulare

MMG Ospedaliero Altro

Fai uso di PC Sì NO

Se sì:

1) e-mail (da segnalare in modo leggibile)

2) usi internet Sì NO

3) sei in possesso di programma di gestione cartella clinica Sì NO

4) suggerimenti

.....

.....

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a su tutti gli elementi di cui alla legge 675/96 e di consentire il trattamento dei dati personali

Firma

CORSI DI INFORMATICA 2004

In un momento in cui l'informatizzazione sta diventando sempre più parte integrante del nostro lavoro, il Consiglio del nostro Ordine ha deliberato, nell'ultima riunione, di proporre a tutti gli iscritti **due corsi di informatica: uno per i neofiti e uno più avanzato per chi invece ha già delle nozioni di base.**

Il primo corso, per i principianti, si svolgerà presso la nostra sede suddiviso in tre serate e sarà condotto da istruttori della Comptech di Mariano Comense che metterà a disposizione un personal computer portatile ogni 2 partecipanti per poter seguire meglio le lezioni ed **effettuare prove pratiche**. Riportiamo in dettaglio il programma del primo corso che ha come obiettivo acquisire dimestichezza con il personal computer ed il suo sistema operativo al fine di utilizzare le funzioni base.

1) Serata dalle 20.30 alle 23.30: SISTEMA OPERATIVO BASE

- Descrizione contenuto tecnologico dei personal computer per Windows
- Che cosa forma un personal computer
- Dettagliata spiegazione della tastiera e del mouse (come si usano?)
- Accensione e spegnimento corretto di PC (personal computer)
- Introduzione a Windows
- Icone e finestre: come si usano e cosa sono
- Primo utilizzo di Windows: capire la logica di funzionamento
- I concetti di cartella e directory
- L'albero delle cartelle

2) Serata dalle 20.30 alle 23.30: INTERNET E POSTA ELETTRONICA BASE

A) *Introduzione a Internet e terminologia*

- Cos'è Internet
- Come funziona
- I termini più utilizzati

B) *Cosa serve per navigare*

- Hardware necessario

C) *I browser*

- Cos'è un browser e come funziona
- I servizi internet utilizzabili con un browser
- Indirizzi URL
- I motori di ricerca e il loro corretto uso

D) *La posta elettronica*

- Cos'è e come funziona

del nostro Ordine con la scheda di iscrizione sotto indicata e la relativa quota di iscrizione.

Per ulteriori informazioni contattare la segreteria dell'Ordine.

I Coordinatori

Dr. Gianluigi Spata e Dr. Ilo Marco Fini

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome e cognome

Indirizzo

.....

Tel. Cell. Fax

e-mail

- Iscrizione al
- Corso per principianti (prima parte)
 - Corso per avviati (seconda parte)
 - Entrambi

- Qualifica:
- Medico di Medicina Generale
 - Medico Ospedaliero
 - Odontoiatri
 - Altro (libero professionista ecc.)

Organizzazione:

Ordine Provinciale Medici e Odontoiatri
Ass. Culturale Medico Odontoiatrica Comasca

COMUNICATO DALLA REDAZIONE

Nelle lettere alla redazione dell'ultimo bollettino (4-2003), in cui spieghiamo al Dr. Carlo Ghezzi i motivi che ci hanno impedito di aprire un procedimento disciplinare nei confronti del Medico di guardia medica (anonimo) che fece delle dichiarazioni inopportune nei confronti dei MMG e Pediatri di libera scelta (vedi La Provincia del 23 febbraio 2002), al punto n. 4 della nostra replica testualmente affermiamo:

“È vero abbiamo sbagliato, e ne chiediamo scusa, a non aver comunicato in modo tempestivo la delibera del nostro organo disciplinare, ma è altrettanto vero che non ci è mai pervenuto da parte del Dr. Ghezzi un invito scritto, indirizzato all'Ordine, ad aprire un procedimento disciplinare se non attraverso la stampa”.

Precisiamo che alla nostra segreteria è pervenuto il comunicato stampa, pubblicato su La Provincia in data 28 febbraio 2002, in cui il Dr. Ghezzi chiedeva al nostro ente l'apertura di un procedimento disciplinare, ma non una richiesta formale di procedere in tal senso.

Ci scusiamo pertanto con il Dr. Ghezzi per il disagio e ci auguriamo per il futuro che non si abbiano a verificare analoghi malintesi.

La Redazione

PROPOSTA COMMISSIONE OSPEDALIERA

Ai componenti del Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici della Provincia di Como

Como, 20 ottobre 2003

Per delega del Consiglio dell'Ordine, ho interpellato alcuni colleghi operanti nei presidi ospedalieri della provincia di Como, pubblici e privati, al fine di sondare l'interesse circa la costituzione di una commissione ordinistica della medicina ospedaliera.

La premessa è quella di coadiuvare i lavori del Direttivo dell'Ordine dei Medici nello svolgimento del programma relativo al triennio 2003-2005, particolarmente per quanto concerne la medicina ospedaliera della provincia di Como.

Considerato l'interesse suscitato dalla proposta, si è ritenuto opportuno individuare almeno un collega per ogni presidio ospedaliero della nostra provincia, al fine di costituire un gruppo di lavoro che individuasse le problematiche d'interesse ordinistico e fungesse da collettore degli aspetti professionali e giuridici della professione, stilasse proposte concrete che i medici ospedalieri volessero portare all'attenzione del Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Tra le finalità che si propone la costituenda Commissione Ospedaliera vi è quella di individuare le criticità esistenti nei rapporti fra Medici che operano in situazioni diverse (Ospedale, Poliambulatori, Medicina Generale, Servizi Territoriali) al fine di favorire corretti rapporti professionali fra colleghi, ottimizzare il servizio offerto ai cittadini attraverso la realizzazione della auspicata continuità assistenziale fra strutture diverse, individuare e favorire strategie collaborative fra le diverse componenti della Professione medica, al fine di superare gli ostacoli strutturali presenti nell'attuale organizzazione sanitaria locale.

Quanto riportato delinea la necessità futura di ampliare il tavolo della Commissione ai colleghi operanti sul territorio, medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali.

Hanno aderito all'iniziativa i seguenti colleghi, iscritti all'albo dell'ordine dei medici della provincia: Dr. Melfa Gianvincenzo, Dr. Enzo D'Ingianna, Dr. Galdini Roberto, Dr. Lietti Enrico, Dr. Luraschi Giorgio, Dr. Malinverno Marco, Dr. Nicastro Michele, Dr. Procopio Luigi, Dr. Sciangula Luigi e la Dr.ssa Sciascera Alba.

Membri di diritto i Consiglieri dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como.

Si propone un calendario d'incontri, almeno quadrimestrale, il primo dei quali si terrà presso la sede dell'Ordine entro il 31/12/2003.

Il Consigliere delegato
Dr. G. Melfa

Ministero della Salute - Decreto 8 maggio 2003
USO TERAPEUTICO DI MEDICINALE
SOTTOPOSTO A SPERIMENTAZIONE CLINICA
(GU n. 173 del 28-7-2003)

Il decreto ministeriale dell'08.05.2003 che recita "l'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica", prevede la possibilità di richiedere l'importazione di specialità medicinali registrate all'estero o la facoltà di accesso a terapie farmacologiche in fase sperimentale quando per una particolare patologia non esistono valide alternative terapeutiche.

Art. 1

1. Un medicinale prodotto in stabilimento farmaceutico, autorizzato ai sensi dell'art. 3 del decreto ministeriale 11 febbraio 1997 sottoposto a sperimentazione clinica sul territorio italiano o in Paese estero, privo dell'autorizzazione di cui all'art. 8 del decreto legislativo del 29 maggio 1991, n. 178, può essere richiesto all'impresa produttrice per uso al di fuori della sperimentazione clinica quando non esista valida alternativa terapeutica al trattamento di patologie gravi, o di malattie rare o di condizioni di malattia che pongono il paziente in pericolo di vita.

Art. 2

1. L'autorizzazione all'uso del medicinale di cui all'art. 1 può essere rilasciata soltanto qualora ricorrano le seguenti condizioni:
 - a) il medicinale sia già oggetto, nella medesima specifica indicazione terapeutica, di studi clinici sperimentali, in corso o conclusi, di fase terza o, in casi particolari di condizioni di malattia che pongano il paziente in pericolo di vita, di studi clinici già conclusi di fase seconda;
 - b) i dati disponibili sulle sperimentazioni di cui alla lettera a) siano sufficienti per formulare un favorevole giudizio sull'efficacia e la tollerabilità del medicinale richiesto.

Art. 3

1. La fornitura del medicinale di cui all'art. 1 può essere richiesta alla impresa produttrice:
 - a) dal medico per uso nominale nel singolo paziente non trattato nell'ambito di studi clinici;
 - b) da più medici operanti in diversi centri o da gruppi collaborativi multicentrici;
 - c) dai medici o da gruppi collaborativi, per pazienti che hanno partecipato a una sperimentazione clinica che ha dimostrato un profilo di efficacia e tollerabilità tale da configurare la necessità, per coloro che hanno partecipato al trial, a fruire con la massima tempestività dei suoi risultati.

ASSOCIAZIONE INFORMATORI SCIENTIFICI DEL FARMACO

Con le elezioni in data 30 Maggio 2001 si rinnovano le cariche del direttivo sezione e di presidente e risultano elette le seguenti persone:

<i>Presidente</i>	Peruzzo Fabio	tel. 031.300121
<i>Vice presidente</i>	Guarisco Sandro	tel. 031.929050
<i>Segretario</i>	Bianchi Massimo	tel. 031.570897
<i>Tesoriere</i>	Bellasio Gabriella	tel. 031.522173
<i>Consigliere</i>	Bruno Maria	tel. 031.746378
<i>Consigliere</i>	Bellasio Mariano	tel. 031.282244
<i>Consigliere</i>	Arnaboldi Alberto	tel. 031.282933
<i>Membro supplente</i>	Morganti Daniele	
<i>Membro supplente</i>	Chiodo Pierlorenzo	tel. 031.941356
<i>Membro supplente</i>	Infante Antonella	tel. 031.269899

Collegio Sindaci e Proviviri

<i>Presidente</i>	Clerici Achille	tel. 02.96372708
<i>Componente effettivo</i>	Colombo Francesco	tel. 031.766152

Elenco informatori iscritti

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Ditta</i>	<i>Telefono</i>	<i>Tel. cellulare</i>
Acierno	Costantino	Aventis	031-513783	335-6631206
Arnaboldi	Alberto	Therabell	031-282933	347-1402292
Arrighi	Manuela	Lilly	031-378424	328-9458041
Balducci	Federica	Mediolanum	031-280455	335-5336180
Ballini	Simone	Duncan Farmaceutici	031-910691	348-1502756
Baserga	Dario	GSK-I.H	031-221243	347-2787593
Bea	Nicola	Schering	031-797271	349-5925899
Bellasio	Mariano	Laboratorio Farmaceutico Milanese	031-282244	349-1009841
Bellasio	Gabriella	Merck Sharp& Dohme	031-522173	347-8647001
Bellati	Francesca	Merck Sharp& Dohme		335-6049082
Belsanti	Pietro	Italfarmaco-I.H	031-505602	335-6638943
Bernasconi	Nicoletta	Merck Sharp& Dohme	031-340419	335-5472297
Bernasconi	Roberto	Dompe	031-944076	
Bernasconi	Vanessa	Pharmacia-Pfizer	031-210026	335-5337713
Bianchi	Massimo	AstraZeneca-I.H	031-570897	347-0496326
Bof	Serena	Solvay Pharma		334-3215349
Bonfanti	Enrico	Masterpharma-Chiesi	031-536069	

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Ditta</i>	<i>Telefono</i>	<i>Tel. cellulare</i>
Boscarelli	Fabio	Malesci		348-7028961
Botta	Irma	Scharper	031-930559	
Brancaccio	Roberto	Promedica-Chiesi	031-524597	348-1500988
Bruni	Michela	Astrazeneca	031-510707	
Bruno	Maria	Formenti-Dermo	031-746378	335-5853916
Burgio	Giuseppe	Crinos	031-302764	348-2286259
Calamida	Emilio	Roche	031-271673	
Calore	Monica	BMS		339-4714581
Capitani	Viviana	Zambon	031-283388	335-5795639
Casartelli	Maddalena	Aventis	031-592131	339-8024153
Casnati	Riccardo	Aventis	031-574427	333-3757295
Castelli	Vera	Bayropharm-Bayer		347-6148839
Cerbelli	Santo	Lusofarmaco	031-3599088	348-8294066
Ceresa	Luciano	Guidotti	031-819414	348-3101134
Chinchella	Mauro	SigmaTau	031-364123	335-7119812
Chiodo	Pierlorenzo	Lundbeck	031-941356	335-1328595
Clerici	Achille	Sanofi	02-96372708	347-9407090
Colla	Daniele	Pfizer-Pratt	031-900941	335-6756814
Corbella	Michele	Sofar	031-3365040	338-1697742
Cozzi	Silvano	Novartis-Sandoz/I.-H	031-645418	335-6874154
Crea	Saverio	SigmaTau	031-309870	335-8361837
Dainotti	Gabriele	GSK	031-632364	348-1502614
De Castro	Chiara	Abbot-Ravizza	031-304309	339-1221161
De Falco	Liliana	Merck Sharp& Dohme		333-3075760
De Lucca	Danilo	Simes.a	031-730837	339-4009811
Di Trapani	Maria Rita	Roche-Boehringer M.	031-360022	348-8818178
Farina	Elena	Fidia	039-9203329	
Ferrario	Antonio	Pfizer-Davis	031-621179	335-321452
Filippini	Luca	Stroder	0331-845955	338-8818156
Fumagalli	Federica	Gentili-Merck	0362-314142	339-7214790
Gallucci	Rosario	Malesci		320-0195080
Ghetti	Antonella	Servier	031-272772	338-8271914
Giagnoni	Piergiovanni	UCB	031-641601	
Giromini	Lorenza	Pharmacia-antinfiam	02-9300260	335-8041098
Giuliani	Carlo	AstraZeneca	039-9202561	
Giuliano	Claudia	Valeas	031-441398	
Grassi	Alberto	Italfarmaco	031-282029	
Greci	Cristiano	Novartis-Sandoz	031-421090	348-5805730
Guarisco	Sandro	Pharmacia-Pfizer	031-929050	335-7562969

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Ditta</i>	<i>Telefono</i>	<i>Tel. cellulare</i>
Guffanti	Angelo	Abbot-Knoll	031-933143	335-7841937
Guffanti	Mario	Asta Medica	031-920782	339-2140554
Iemolo	Stefano	Aesculapius	031-762823	328-9410981
Imperiali	Alessia	Biofutura-SigmaTau	031-521147	347-9784214
Infante	Antonella	Cilag-Janssen	031-269899	347-5255594
Introzzi	Alessio	Guidotti	031-525932	
Lanzetta	Emilia	Fournier-Pierrel	031-990677	348-1577651
Laricini	Alberto	Lederle-Wyeth	031-481404	348-5122573
Legname	Sabrina	Solvay	031-715681	
Lopez	Ester	Takeda		348-1543113
Lunetta	Fabio	Simes.a	031-881176	335-8137405
Macri	Paola	Novartis-CH	031-645418	339-6970098
Maffioli	Silvia	Sintofarm		339-8632536
Maggi	Emiliana	Sankyo	031-401114	347-5755444
Mandalari	Domenico	Chiesi		348-6909041
Mangione	Aldo	Boehringer-Ingelheim	031-267439	
Manzoni	Luca	Formenti		328-2757976
Mascetti	Filippo	Mipharm	031-3371283	348-2605170
Mercuri	Carlotta	Teva-generici	31.266.165	335-6554337
Merola	Luigi	Novartis-Geigy	031-220526	336-548791
Meroni	Elide	Theramex-I.H	031-747068	339-1470192
Mezzadri	Attilio	AstraZeneca	031-283204	335-6839557
Minut	Jose	Essex	031-748790	335-7440614
Molteni	Emilio	Italfarmaco	031-606939	
Molteni	Laura	Schering	0362-852113	339-3654806
Morganti	Daniele	Boehringer-Ingelheim		348-8717960
Munin	Ezio	Recordati	031-700350	335-6362768
Nocerino	Laura	Byk Gulden Italia	031-3371350	338-5713577
Origgi	Marcella	Ibi	031-301571	328-2498313
Pafundo	Luca	Takeda	031-711255	335-7192434
Binda	Angelo	Sanofi-Synthelabo		
Pavoni	Maurizio	SigmaTau-I.H	031-550072	
Pedretti	Carlo	Recordati	031-751306	338-5873756
Pelizzoni	Paolo	Pfizer-Roerig	031-698531	335-8497314
Perego	Beatrice	Cilag-Janssen		348-0471625
Peruzzo	Fabio	Bayer	031-300121	339-2077650
Piatti	Flavio	Roche-Boehringer M.	031-931309	348-8818199
Pigliapochi	Mario	Angelini	031-3371436	
Pizzala	Francesco	Poli	031-571167	348-2239642
Pozzi	Alberto	Novartis-Geigy	031-304907	335-5847740

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Ditta</i>	<i>Telefono</i>	<i>Tel. cellulare</i>
Pozzi	Alessandro	Menarini	031-480333	
Pozzi	Roberto	Menarini	031-280198	
Prandini	Enrico	Abiogen	031-441398	347-2307308
Querini	Elio	BiomedicaFoscama		328-1797063
Radice	Enrico	Novartis	031-746007	338-7215119
Rigamonti	Beatrice	Alfa	0362-904539	333-3849735
Rigo	Alberto	Abbott	031-522930	333-2593253
Romeo	Raffaele	Pfizer-Powers	02-96779618	348-7211070
Roncoroni	Fabio	Guidotti	031-471699	348-3110305
Roscio	Giuseppe	Scwartz Pharma	031-470083	
Rossetti	Cristian	Merck Sharp& Dohme	031-400733	348-3100958
Rossi	Alessandro	GSK	031-307345	348-1516136
Rossi	Gianmarco	Roche-Boehringer M.	031-797661	
Ruggiero	Domenico	Bracco	031-301195	349-7270600
Russo	Gabriella	Hexan		339-8265008
Sala	Barbara	Alfa W.2pharma	031-211485	333-4567851
Sangiani	Margherita	Fournier-Thylmer	031-591878	333-3656071
Savagnone	Isabelle	Dompe	031-619144	347-9650254
Seminari	Lorenzo	DOC		339-4349903
Soldarini	Germano	BMS	031-821761	
Tavola	Francesco	Keryos		335-445261
Terenghi	Marco	Novartis	031-590574	
Tettamanti	Giordano	ErreKappa	031-211367	
Tosi	Gianenrico	Wyeth-I.H	0322-880176	339-3028420
Tragni	Adriano	Pfizer-labs	0362-73860	338-3341743
Traversa	Davide	Schering-Plough		335-7440549
Tumminelli	Francesco	BrunoFarmaceutici	031-928219	340-2985653
Valesi	Gianni	SigmaTau	031-927867	335-6568342
Vignocchi	Stefano	Pfizer-Powers/I.-H	031-461742	333-3087775
Villani	Nicola	Neopharmed		339-7945213
Visconti	Gaetano	Mydi-Sanofi	031-932924	
Visconti	Lorenza	Organon	031-791616	
Zago	Pasquale	Merck Sharp& Dohme-I.H	031-768151	
Zoni	Giuseppe	Solvay Pharma		333-3379119

NOVITÀ

A Como è attivo un ambulatorio specialistico per il monitoraggio di pazienti sopravvissuti alla poliomielite che, a distanza di anni, possono sviluppare particolari sindromi legate alla stessa malattia.

L'iniziativa, promossa dalla Fondazione Valduce con il sostegno del Rotary Club e della Fondazione Provinciale della Comunità Comasca, è già stata attivata da circa un anno presso il centro riabilitativo "Villa Beretta" di Costamasnaga e costituisce un punto di riferimento per pazienti provenienti da un bacino che supera i confini locali.

Alcuni dati sono indicativi circa la portata del fenomeno che l'equipe del professor Alberto Lissoni primario della divisione riabilitazione dell'ospedale Valduce ha preso in considerazione con un'iniziativa pilota scaturita dalla collaborazione con il MossRehabilitation Hospital di Philadelphia: nel mondo i sopravvissuti alla malattia che ha registrato il momento di massima diffusione negli anni '50 -'60, sono circa 20 milioni soltanto nei paesi dove la poliomielite è stata sconfitta, dei quali 50.000 sono in Italia e mezzo milione negli Usa.

"Abbiamo registrato un afflusso significativo di pazienti affetti da sindrome post-polio che, una volta superata la fase acuta della malattia contratta diversi decenni prima, non hanno avuto più alcuna attenzione da parte di medici e specialisti" precisa il dottor Lissoni puntando l'attenzione su disturbi e patologie che questi particolari pazienti manifestano nel corso degli anni e che necessitano di interventi mirati.

Lo scorso maggio la stessa Fondazione Valduce ha promosso la diffusione del volume intitolato "Come gestire la post-polio": si tratta di una guida utile a chi si ritrova a combattere, in forme diverse, una battaglia che mette a rischio insieme alle prospettive di salute anche quelle di un ruolo lavorativo e sociale conquistato a fatica.

Per ulteriori informazioni sulla problematica e in particolare sull'iniziativa dell'ambulatorio destinato ai pazienti "polio-survivors" è possibile contattare il dott. Alberto Lissoni (tel. 031.8544211).

È disponibile a fornire dettagli e una testimonianza personale Luisa Arnaboldi, colpita dalla malattia e oggi impegnata sul fronte del recupero come presidente dell'associazione "Poliomielitici don Gnocchi" (tel. 035.4945620).

TELEVISIONE, STAMPA E INTERNET TRA MEDICO E PAZIENTE

Il 4 ottobre 2003 si è svolto ad Ascona (Svizzera) il IV Simposio internazionale di Salute Pubblica dal titolo "Televisione, stampa e internet tra medico e paziente", nell'ambito della ormai consolidata collaborazione fra l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Como, di Varese, di Verbania e del Canton Ticino.

Il convegno, a cui ha partecipato un buon numero di nostri colleghi italiani, ha trattato un argomento di estrema attualità: l'informazione scientifica attraverso i mass media con tutti gli aspetti positivi o negativi che questa comporta nel rapporto medico-paziente.

Sarebbe pressoché impossibile riassumere in poche pagine il contenuto di un'intera mattinata di lavoro, per cui mi sembra più opportuno ed efficace proporre gli interventi, a mio giudizio, più significativi pubblicati anche sul numero speciale di Tribuna Medica Ticinese.

*Il primo articolo che voglio proporre è quello del Dr. Aldo Pagni, già Presidente della FNOMCeO, che è stato l'intervento di chiusura del Simposio ma che io voglio proporre all'inizio perché ha saputo inquadrare in modo brillante e preciso ciò che è alla base della nostra professione: **il rapporto medico-paziente.***

"IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE OGGI"

Dr. Aldo Pagni

1. La crisi della medicina

In questi ultimi decenni il rapporto tra i medici e i pazienti è molto cambiato per varie ragioni.

La prima, quasi decisiva, è che il cittadino, dopo secoli di soggezione al potere ed all'autorità dei medici, ha assunto un atteggiamento critico e sospettoso nei confronti della medicina, ed ha rivendicato il diritto ad una propria autonomia decisionale nella scelta di non curarsi o di curarsi come vuole.

La domanda di salute è divenuta molto varia:

quella degli affetti da malattie organiche, quella di chi teme di ammalarsi o d'essere malato sulla base di segni e sintomi interpretati liberamente, quella dei "falsi positivi" prodotti da referti errati o d'incerta interpretazione, quella dei patofobici suggestionati dai media, quella di coloro che soffrono sotto forma di malattie: mobbing, frustrazioni, malesseri vari e disagi esistenziali, e infine quella degli extracomunitari presenti nel nostro Paese che vivono la malattia secondo paradigmi diversi da quelli occidentali.

Tra l'altro le promesse di guarigione vantate dalla medicina scientifica, in una so-

cietà del benessere, da un lato hanno aumentato le malattie croniche, che si curano ma non guariscono, e dall'altro hanno indotto nell'immaginario collettivo la speranza di una vita priva di malattie e senza limiti biologici, rallegrata da un'eterna giovinezza, da una sessualità eroica e da una bellezza senza eccezioni.

Si vuole comunque che ogni trattamento diagnostico e terapeutico sia sottoposto al giudizio del cittadino perché il medico ha la *liceità* (non la potestà), di intervenire per modificare il suo corpo solo dopo averlo informato ed averne ottenuto il consenso.

Questa situazione apparirebbe inconcepibile ai nostri predecessori, abituati a decidere per il bene del paziente, nonostante la povertà degli strumenti curativi disponibili, in una società prevalentemente agricola e affetta da un diffuso analfabetismo.

Eppure, nonostante che negli ultimi 50 anni del secolo scorso le conoscenze scientifiche e i progressi della medicina abbiano raggiunto risultati tali che non trovano riscontro in tutti i secoli precedenti, oggi il modello clinico della malattia, nato nell'800 come conoscenza autonoma tra l'empirismo della pratica e le leggi della natura, appare investito da una crisi profonda.

La seconda ragione, corollario della prima, è da ricercarsi nel significato odierno di malattia e di malato in una cultura della salute che ha enfatizzato ed accresciuto le aspettative (quasi obbligatorie e a volte irrealistiche) di guarigione, dimenticando che la salute-benessere, oltre all'assenza di malattia e ad una buona assistenza sanitaria, dipende anche da altri fattori determinanti: il patrimonio genetico, l'ecoambiente, lo stile di vita, la scolarità, l'occupazione e le condizioni socio-economiche di una popolazione.

Ma altre ragioni contribuiscono a minare, spesso in maniera ingiustificata, l'immagine e la credibilità della medicina scientifica: le frequenti notizie dei media su episodi di malasantità e di malpractice, veri o presunti, e l'aumento della patologia iatrogena provocata da farmaci sempre più potenti e selettivi, ma amplificata e distorta da informazioni miracolistiche o terrorizzanti che non aiutano i cittadini a comprendere che per ogni terapia esiste un rapporto tra rischio e beneficio.

La pluralità delle subspecializzazioni agenti separatamente sull'iter clinico di una malattia, la "dissoluzione della persona" difficilmente ricomponibile in una visione unitaria a seguito della frammentazione dei referti strumentali e di laboratorio, e infine il frequente e paradossale rimpianto per la scomparsa del ruolo "rassicurante" del medico ippocratico del passato, "generoso del suo tempo e di empatia", sono altrettanti fattori che contribuiscono alla crisi della medicina moderna.

2. Il rapporto tra i medici e i cittadini

In questa prospettiva assume notevole importanza una buona comunicazione tra

medico e paziente, resa purtroppo sempre più difficile dai ritmi frenetici della vita quotidiana.

Comunicare significa infatti essere motivati all'ascolto reciproco, possedere buone capacità relazionali, condividere valori comuni, ma anche avere una disponibilità di tempo sufficiente.

Alcuni AA americani, nel 1992, proposero di ricondurre a quattro modelli di riferimento l'interazione tra medico e paziente distinguendoli in: 1. *Paternalistico*, 2. *Informativo*, 3. *Interpretativo* e 4. *Deliberativo*.

Il primo (definito anche sacerdotale o *genitoriale*), non del tutto in declino come si tende a far credere, è quello nel quale medico e paziente condividono gli stessi valori e quest'ultimo si rimette interamente nelle mani del suo medico, fiducioso che operi per il suo bene.

Nel modello informativo (detto anche scientifico o *consumer model*), i valori di riferimento sono invece quelli del paziente ed il ruolo del medico consiste nel mettergli a disposizione la sua competenza clinica lasciando ogni decisione allo stesso paziente. Qualcuno ha definito questo modello "doctor shopping", perché esalta l'autonomia del cittadino nell'acquisto al mercato del prodotto sanitario più gradito e mortifica professionalmente il medico.

Il terzo modello, rientra nella pratica del *counselling*. Il paziente non ha certezze e chiede ad un consulente tecnico "neutrale" chiarimenti sulle possibili alternative terapeutiche in vista di decisioni da prendere in assoluta autonomia.

Il modello deliberativo, già illustrato lucidamente da Platone nelle Leggi, rappresenta infine la condizione ideale di un rapporto medico/paziente fondato sulla partnership tra i due interlocutori. I valori etici connessi alla malattia ed al trattamento sono aperti alla discussione ed alla "negoiazione" tra il *modello clinico* del medico e *quello profano* del paziente. Il medico, come amico ed in forza della sua competenza, si obbliga ad illustrare chiaramente al paziente le scelte preferibili ed a convincerlo sulla utilità della loro attuazione, ed il paziente migliora le sue conoscenze e la consapevolezza delle opzioni rilevanti per la gestione clinica del suo caso.

Il difficile rapporto tra un medico ed i bisogni di salute di una persona non può tuttavia essere ricondotto in maniera semplicistica a schemi rigidamente codificati, anche se utili come punti di riferimento generali.

Esso infatti offre tutte le variabili di un incontro tra due persone, diverse ed irripetibili, le cui dinamiche sono condizionate anche dal setting nel quale avviene: il domicilio del paziente, lo studio del medico generale o del consulente specialista, la degenza in ospedale, il day hospital, l'hospice o la residenza assistita.

I fattori socio-demografici (età, sesso, scolarità, occupazione, status, religione ed etnia), i tratti della personalità (estroversione, coscienziosità, equilibrio emoziona-

le, socievolezza, motivazione, diffidenza o affidamento), e gli strumenti della comunicazione (problemi sensoriali, voce ed eloquio, gestualità e linguaggi non verbali, abbigliamento e attenzione al vissuto psicosociale della malattia), condizionano fortemente, anche se in maniera inapparente, il risultato dello *scontro* o dell'*incontro di prospettive* nella consultazione tra i due interlocutori.

Nell'epoca delle vibranti contestazioni politiche e sociali degli anni 70 si è accusata la medicina di volere "medicalizzare" la società, quando in realtà era questa società complessa e dalle etiche plurime a non trovare altro rimedio (a volte sicuramente improprio), che quello sanitario per curare ingiustizie, ineguaglianze, emarginazioni e sofferenze sociali.

Oggi si osserva (forse perché la magia appare più "consolante" della scienza), che molte persone, deluse per le promesse mancate e insieme preoccupate per i rischi della atrogenia, finiscono col rivolgersi ai maghi, ai veggenti, agli astrologi, ai tarocchi, ai santoni, agli esorcismi, alle filosofie orientali e ai più vari intrugli "naturali" per acquietare l'ansia del difficile vivere quotidiano.

I medici non possono ignorare i mutamenti in atto in questa difficile e complessa realtà quando incontrano i loro pazienti.

"L'INVADENZA DEL MERCATO DELLA SALUTE"

Dr. Roberto Satolli,

medico giornalista di ZADIG, agenzia di giornalismo scientifico, Milano

1. L'industria della salute

La salute, oltre a possedere un intrinseco valore etico individuale e collettivo, rappresenta anche la ragione d'essere per uno dei più floridi e proficui settori economici nei paesi ricchi. Il cuore propulsivo del sistema è costituito dalle case farmaceutiche, che si sono sviluppate nel secolo scorso, e in particolare negli ultimi decenni, sino a raggiungere dimensioni notevoli: in Europa oggi danno lavoro a oltre 520.000 persone¹.

Accanto ad esse sono cresciuti anche gli altri produttori di strumenti e di materiale di consumo: apparecchiature diagnostiche, attrezzature di intervento, reagenti chimici, dispositivi usa e getta eccetera. Tra i fornitori di servizi, si sono estese le catene di cliniche e ospedali, pubblici e privati, oltre ai centri diagnostici, i laboratori, gli ambulatori e i centri specializzati per singole malattie.

Nel complesso si tratta di una attività cospicua, che si può definire come "industria della salute". Sembra un insieme eterogeneo, ma non lo è. All'interno del sistema, i singoli attori si muovono in concorrenza tra loro su piani orizzontali (tra fornitori di prodotti o servizi analoghi) ma anche con forti sinergie su piani verticali (tra at-

tività che si completano e si favoriscono vicendevolmente).

Per chiarire in cosa consistano le linee di collaborazione - spesso anche spontanee, perché implicite nell'ordine delle cose - è utile un esempio, che potrà essere ripreso anche in seguito.

Una campagna per rendere consapevoli i maschi sopra i cinquanta anni dei malanni che possono colpire la prostata e per indurli a controllarsi, può essere vista come una meritevole iniziativa di prevenzione². In realtà, al di là degli effetti positivi o negativi che può produrre sulla salute dei destinatari (nel caso specifico ancora dubbi e oggetto di ricerche)³, una iniziativa del genere innesca una cascata di consumi sanitari (visite, test di laboratorio, ecografie, biopsie, farmaci, interventi, riabilitazione, altre terapie mediche o chirurgiche per le complicazioni, uso di presidi e di materiale a perdere, eccetera).

Da questo punto di vista, l'industria della salute si comporta come una catena di elementi tra loro strettamente connessi, ciascuno dei quali dopo essere entrato in funzione promuove anche il coinvolgimento degli anelli successivi, spesso con un andamento circolare (vizioso o virtuoso, secondo il punto di vista), che tende a perpetuarsi e a proliferare. Tutti gli attori in gioco hanno interessi solidali: i produttori di apparecchiature diagnostiche e di test; quelli che forniscono beni di consumo (pannoloni, cateteri) o protesi; gli amministratori dei centri di diagnosi o di cura, che reclutano un maggior numero di assistiti e fatturano un maggior volume di prestazioni; non ultime, le case farmaceutiche, che anzi spesso sono le principali finanziatrici di tali campagne.

Queste forme spontanee di alleanza all'interno dell'industria della salute, al di là delle rivalità tra concorrenti, derivano dalla comune necessità di reclutare sempre più clienti e di far loro consumare sempre più prodotti: farmaci, interventi, esami, ricoveri, visite. Ed è inevitabile che sia così, dal momento che la condizione irrinunciabile per qualsiasi sistema industriale è l'espansione continua del proprio mercato: se non si cresce si muore.

Su questo obiettivo comune convergono gli interessi, peraltro disparati, di tutte le componenti del sistema che abbiamo definito industria della salute. Compresi, è bene sottolinearlo, quelli di molti *medici specialisti*. Un urologo, per riprendere l'esempio precedente, non ha bisogno di ricevere prebende dall'industria per convincersi a predicare l'uso a tappeto del PSA (antigene prostatico specifico, un marcatore tumorale usato diffusamente, e impropriamente, per lo screening del cancro alla prostata)⁴, anche in chi non ha disturbi. Di fatto lo fa spesso spontaneamente, anche al di fuori delle necessarie prove di efficacia e di innocuità; lo spingono a ciò diversi fattori, che comprendono senz'altro l'intenzione di fare il bene dei pazienti, ma che si sovrappongono al desiderio, in sé legittimo, di allargare il proprio campo di attività. In altre parole molti clinici, soprattutto tra gli spe-

cialisti, vivono ormai, per lo più inconsapevolmente, un conflitto che si potrebbe definire intrinseco - in quanto non dipendente da sollecitazioni di terzi - e che contrappone in diverse circostanze il dovere professionale con il tornaconto personale, non necessariamente economico⁵.

In generale infatti tutte le forme di interventismo generano, oltre che profitti per l'industria della salute, altre richieste di prestazioni e nuovi pazienti per gli specialisti del settore, per effetto di quella cascata clinica che è stata ben descritta già da tempo. Si crea così un legame naturale tra tutti coloro che, nel mondo industriale come in quello clinico, hanno interesse ad ampliare la propria sfera d'azione. Il conflitto interiore dei singoli medici si riflette nelle istituzioni che li rappresentano, società scientifiche o altro, dove anzi si amplifica, per l'allentarsi e il diluirsi dell'obbligazione morale verso i pazienti.

Al contrario i *medici di famiglia* non si uniscono in genere al coro generale, ma anzi si esprimono spesso in maniera critica, attraverso le loro organizzazioni e i loro esponenti più consapevoli, nei confronti degli eccessi e dell'invasione della medicina. Le ragioni di questo atteggiamento positivamente controcorrente sono numerose, ma si possono ricondurre a due elementi principali. Il primo professionale, e deriva da una impostazione necessariamente più centrata sul paziente, e sui suoi bisogni complessivi, piuttosto che sulla singola malattia, come avviene per lo specialista. Il secondo è materiale: il medico di base non riceve alcun incentivo economico o di carriera in proporzione alla quantità di prestazioni che mette in moto (visite, esami, prescrizioni, ricoveri), come avviene invece, attraverso diverse vie, per gli specialisti. Anzi, è semmai premiato dal fatto che i suoi assistiti siano sani e si considerino tali. E si trova a essere quindi naturalmente estraneo, se non ostile, rispetto agli approcci più aggressivi e invadenti.

Vediamo ora più da vicino quali sono tali approcci con qualche esempio.

2. Disease mongering

"Si possono fare molti soldi dicendo alle persone sane che sono malate". Con questo memorabile incipit si apre un articolo pubblicato sul *British Medical Journal* riguardo la medicalizzazione della società promossa dall'industria della salute⁶.

Il concetto era stato già profeticamente annunciato nel 1929 da Jules Romain, che fa dire al suo dottor Knock: "Un sano è un malato che non sa di esserlo". La novità oggi sta nella capillarità e sistematicità con cui questa prospettiva viene perseguita su scala industriale e a scopi commerciali, con una quasi infinita gamma e varietà di strumenti e strategie, spesso tra loro intrecciate e sovrapposte. Per comodità di analisi le si può classificare in tre grandi categorie:

- anticipazione della diagnosi, screening e altre procedure assimilabili, che tendono a estendere il dominio della malattia sul piano temporale della vita;

- abbassamento della soglia tra normalità e patologia, e altri aggiustamenti che tendono a estendere il dominio della malattia sul piano quantitativo;
- attribuzione della qualifica di patologico a condizioni esistenziali comuni, e altre invenzioni che tendono a estendere il dominio della malattia sul piano qualitativo.

La più sconcertante tra le iniziative di marketing è quella definita in inglese *disease mongering* (commercio di malattie), denunciata in un articolo della rivista britannica con testimonianze di prima mano sulla spregiudicatezza con cui le campagne vengono pianificate e condotte.

I tre autori, attraverso cinque esempi concreti, dipingono un fenomeno poco conosciuto e sottovalutato: la mano segreta e i finanziamenti occulti delle società farmaceutiche dietro l'invadenza della medicina.

Vediamo gli esempi. Un documento riservato illustra il "programma di educazione" destinato a creare nei medici la percezione che il cosiddetto *intestino irritabile* (un misto di disturbi come stitichezza, diarrea e meteorismo) sia "una malattia credibile, comune e concreta". Ovviamente il programma faceva parte della strategia di marketing di un nuovo farmaco, il primo approvato dalla Food and Drug Administration americana per trattare una condizione che, per la sua frequenza e innocuità, è stata sempre considerata come una molestia benigna. Invece, secondo i piani del produttore, la sindrome avrebbe dovuto essere "fissata nella mente dei dottori e dei pazienti come uno stato di malattia significativo e a sé stante". Il piano è stato bruscamente interrotto dal ritiro del nuovo farmaco dal mercato, per la segnalazione di effetti dannosi molto gravi. Ma la storia non era terminata.

Nel giugno del 2002 il farmaco in questione (alosetron) è stato riammesso in commercio, nonostante la sua pericolosità, con una decisione che ha suscitato grandi polemiche. Il Dottor Paul Stolley, che come ex consulente interno conosce bene i meccanismi della Food and Drug Administration (l'istituzione che regola l'uso dei farmaci negli Stati Uniti), ha denunciato i legami troppo stretti che ormai l'Agenzia federale intrattiene con Big Pharma, di cui si è ridotta a essere "servitrice" (servant è il termine inglese). Stolley e altri esperti prevedono che il farmaco incriminato produrrà nuovi danni e alla fine dovrà essere nuovamente ritirato, nonostante tutto. In ogni caso non è detta l'ultima parola: prima o poi un rimedio meno nocivo si troverà, e riprenderà il lavaggio del cervello per convincere medici e pazienti che un sintomo comune e insignificante è qualcosa di grave.

Lo stesso è stato fatto con la *calvizie*, che è diventata una questione seria da quando è saltato fuori un medicinale che fa ricrescere qualche capello: si è cominciato allora a parlare di difficoltà emotive, panico e traumi psichici indotti dall'essere calvi.

Anche i problemi personali e sociali diventano malattia, se si affaccia una pillola

che può attenuarli: è il caso della *fobia sociale*, ovvero la timidezza, per la cui promozione sono stati spesi fiumi di danaro. La rivista britannica *Pharmaceutical Marketing* ha pubblicato una "Guida pratica" per gli addetti ai lavori, nella quale descrive il caso della fobia sociale come un successo nel creare una nuova entità clinica e insieme la convinzione della necessità di riconoscerla e curarla.

Il caso dell'osteoporosi è un esempio di come un fattore di rischio possa essere prima inquadrato come malattia, poi definito in modo tale da essere applicabile a falangi di persone in buona salute. L'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato i criteri di normalità facendo riferimento alla saldezza delle ossa delle donne giovani, in modo tale che il naturale processo di invecchiamento sia visto come patologico. Su questa base "le attività promozionali sostenute dall'industria tentano di persuadere milioni di donne sane nel mondo a considerarsi malate", allo scopo di indurle ad assumere rimedi costosi che, in barba alla propaganda aggressiva, forniscono nel migliore dei casi solo vantaggi marginali.

L'apoteosi si raggiunge infine con *l'impotenza*, ribattezzata col termine più neutro di disfunzione erettile e gonfiata al rango di assillo universale. Secondo le cifre messe in giro da quando sono arrivati in commercio i farmaci specifici, addirittura 4 maschi su 10 incontrerebbero difficoltà a completare un rapporto sessuale.

Come scriveva già dieci anni fa Lynn Payer, autrice del libro "Disease mongers" e pioniera di questo genere di denunce, i venditori di malattie "divorano la nostra fiducia in noi stessi" e nella nostra capacità di far fronte alle normali difficoltà della vita, mentre ci inducono a diventare dipendenti da soluzioni esterne che tolgono responsabilità, oltre a essere costose (per il singolo e per la collettività) e potenzialmente dannose.

Vi è in realtà una linea di antagonismo (almeno parziale) contro questa spinta all'invasione della medicina: è quella costituita dagli enti, pubblici o privati, che rimborsano i consumi sanitari per conto dei cittadini.

Nei paesi avanzati il pagamento diretto delle prestazioni mediche è una evenienza ormai marginale, mentre la regola è la presenza di una terza parte (diversa cioè sia dal fornitore sia dal consumatore) che se ne assume l'onere. Può trattarsi di assicurazioni malattia, come negli Stati Uniti e in Svizzera; di casse di mutua assistenza, come in Francia e in Germania, o di fondi nazionali o regionali, come in Gran Bretagna e in Italia; ma il discorso non cambia: in tutti i casi si tratta di istituzioni che raccolgono denaro - attraverso i premi, i contributi o le tasse - dalla totalità o quasi degli assistiti e con quelli remunerano i fornitori, cioè i singoli componenti dell'industria della salute.

Per sopravvivere alla lievitazione dei costi, i *sistemi sanitari* si affannano a cercare di contenere i consumi ed entrano perciò in rotta di collisione con le diverse componenti dell'industria della salute. Si tratta comunque di un antagonismo parziale,

perché ampiamente temperato dai conflitti di interesse personali dei professionisti che agiscono da consulenti delle istituzioni paganti; e ancor più dai pesanti condizionamenti che un settore economico così rilevante è in grado di esercitare sul mondo politico.

Come risultato, nella lotta permanente tra compressione dei costi ed espansione del mercato, è quest'ultima che è destinata a prevalere, almeno sino a che non si raggiunga un punto di rottura irreversibile, che non si è ancora verificato in nessun paese (neppure negli Stati Uniti, dove la spesa sanitaria sfiora il 15 per cento del prodotto interno lordo e 41 milioni di cittadini sono esclusi da ogni programma di assistenza)⁷ e che nessun analista è in grado di prevedere.

Vi è poi un'altra componente sociale che svolge una funzione antagonista (ancor più parziale) alla logica del mercato. È costituita dalle *associazioni di pazienti e di consumatori*, che per definizione dovrebbero perseguire esclusivamente i vantaggi di salute per coloro che rappresentano, spesso in contrasto con quelli commerciali delle aziende. Purtroppo, anche in questo caso, la realtà è spesso diversa dalla teoria: conflitti di interesse personali, mancanza di informazione indipendente e soprattutto subalternità culturale rispetto ai medici specialisti (il cui collegamento con gli interessi industriali è già stato analizzato poco sopra) trasformano spesso questi soggetti sociali in strumenti della medicalizzazione, più o meno docili o inconsapevoli. Per esempio, il lancio di nuovi farmaci per malattie con alto impatto emotivo, come l'Alzheimer o la sclerosi multipla, vede spesso un'alleanza (spontanea?) tra produttori e rappresentanti dei malati o dei famigliari contro le istituzioni paganti, che vorrebbero prove più consistenti sulla rilevanza clinica del rimedio in questione prima di concederne il rimborso con soldi pubblici. Fortunatamente, in determinate circostanze le associazioni possono affrancarsi dalla sudditanza culturale, ed elaborare punti di vista indipendenti, anche grazie a un uso accorto e critico delle informazioni EBM, oggi ampiamente disponibili, e alla partecipazione ad attività di ricerca.

Non altrettanto si può dire dei *mezzi di comunicazione*, che non solo ignorano il compito di controinformazione che sarebbe loro proprio, ma appaiono addirittura spesso comportarsi come parte integrante e organica delle strategie di marketing. In una società ben equilibrata i media avrebbero il compito di contenere gli interessi di parte con una informazione indipendente. Invece, fanno per lo più parte del coro che intona le lodi delle ultime prodigiose meraviglie del progresso. Lo fanno per accondiscendenza verso gli interessi economici dei potenti, ma anche spesso per non deludere le aspettative del pubblico nella potenza della tecnologia, salvo poi cadere negli eccessi opposti quando le promesse risultano tradite: ricorda, giovane collega, che cosa occorre di leggere sui giornali o di sentire alla tivù quando un farmaco viene ritirato dal commercio per i guasti che produce, come

avviene purtroppo sempre più spesso.

Anche questo si spiega facilmente. Senza voler supporre più gravi mancanze alla deontologia (che non sono da escludere), è indubbio che una visione trionfalistica e iperbolica dei progressi della medicina fa convergere spontaneamente la promozione del mercato con le necessità di assecondare i gusti dei lettori⁸.

Note

- 1 Cfr. HENRY, D. & LEXCHIN, J. (2002), "The pharmaceutical industry as a medicines provider", *Lancet*, 360, 1590-95.
- 2 Settimana di informazione urologica per la prevenzione del tumore prostatico, <http://www.siu.it/> (visitato il 19 agosto 2003).
- 3 Cfr. LU-YAO, G. et al. (2002), "Natural experiment examining impact of aggressive screening and treatment on prostate cancer mortality in two fixed cohorts from Seattle area and connecticut", *British Medical Journal*, 325, 740-43.
- 4 SIROVICH, B., SCHWARTZ, L. M. & WOLOSHIN, S. (2003), "Screening men for prostate and colorectal cancer in the United States. Does practice reflect the evidence?", *The Journal of the American Medical Association*, 289, 1414-20.
- 5 Cfr. SATOLLI, R., *Bollettino di informazione sui farmaci*, (in corso di pubblicazione).
- 6 MOYNIHAN, R., HEATH, I. & HENRY, O. (2002), "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", *British Medical Journal*, 324, 886-91.
- 7 Proposal of the Physicians' Working Group for SinglePayer National Health Insurance, *The Journal of American Medical Association* 2003, 290, 798-805.
- 8 COSMACINI, G. & SATOLLI, R. (2993), Lettera a un medico sulla cura degli uomini, Roma, Laterza, 139-151.

"IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE TRA STEREOTIPI MASSMEDIALI E NUOVE POSSIBILITÀ DI INFORMAZIONE-COMUNICAZIONE"

Dr. *Giannino Piana*,

professore di etica cristiana, Istituto Superiore di Scienze Religiose, Urbino

La questione dell'uso dei media, in particolare di quelli più sofisticati (si pensi a *Internet*), nell'ambito della medicina presenta aspetti di grande problematicità che non possono essere elusi. In linea generale, si può dire che affiorano qui le ambivalenze della tecnologia, la quale è nello stesso tempo ragione di positive *chances* e sorgente di nuove minacce per la vita dell'uomo. La possibilità di accogliere le chances e di sventare le minacce è anzitutto legata all'uso che l'uomo fa delle tecniche di cui dispone. È tuttavia limitativo ridurre tutto a questo, dimenticando che l'escalation che si è prodotta in questi ultimi decenni in campo tecnologico (soprattutto in quello della comunicazione/informazione) ha fatto insorgere nuovi dilemmi strettamente connessi con il potere che ha in sé lo strumento, cioè con l'incidenza che esso esercita sulle coscienze e sulle decisioni umane.

Queste considerazioni preliminari delineano la cornice entro cui si inserisce la riflessione sull'uso dei nuovi *media* nello sviluppo dei rapporti tra medico e pazien-

te; riflessione che è qui condotta in un'ottica etica, fermando, nella prima parte, l'attenzione su alcuni aspetti dell'ambivalenza segnalata e indicando, nella seconda, alcune piste da percorrere se si vogliono utilizzare al meglio gli strumenti che possono amplificare le possibilità di informazione.

1. Aspetti ambivalenti legati all'uso dei media in medicina

Tra i tanti (possibili) aspetti di ambivalenza propri dell'uso dei media, nell'ambito che qui ci interessa, ci limitiamo a segnalarne due che ci sembrano particolarmente rilevanti.

Il primo è costituito dagli stereotipi con cui è proposta dai media *l'immagine del medico*, stereotipi che oscillano tra i due opposti poli della mitizzazione e della denigrazione. Ai serial televisivi, come E.R. (Medici in prima linea), in cui viene esaltata l'efficienza operativa e il successo professionale, si accompagnano informazioni su associazioni, come "Medici senza frontiere" o *Emergency*, che operano in contesti a rischio con comportamenti che rasentano l'eroismo. In ambedue i casi l'immagine del medico corre il pericolo di essere gravemente deformata: nel primo per una sorta di "sacralizzazione" del ruolo; nel secondo per l'attenzione rivolta a persone che fanno scelte encomiabili ma difficilmente estensibili all'intera categoria.

Può sembrare eccessivo usare il termine "sacralizzazione" in un contesto come l'attuale dominato da una mentalità positivista (di cui la stessa formazione medica risente), che bandisce per principio qualsiasi riferimento a realtà che esulano dal controllo della sperimentazione scientifica. Eppure la tentazione esiste se si pensa all'atteggiamento "magico con cui si accosta alla tecnologia, al punto che ciò che ieri è servito a demitizzare forme di "sacro" divenute anacronistiche si trasforma oggi in veicolo di nuovo "sacro". Questa "sacralità" è poi confermata dalla persistenza nell'immaginario collettivo di una concezione alta del ruolo del medico, da cui nascono richieste e aspettative esigenti. La mitizzazione del ruolo si traduce in una presunzione di onnipotenza, la cui smentita genera frustrazione; mentre l'idealizzazione della persona e lo scontro con comportamenti non coerenti suscita pesanti reazioni, alimentate peraltro dai media che hanno un atteggiamento molto duro nei confronti degli errori, delle inadempienze e dei fenomeni di corruzione in ambito sanitario e che ingenerano sentimenti di sfiducia e di sospetto verso la categoria.

Il secondo aspetto di ambivalenza va direttamente collegato all'incidenza degli strumenti informativi, i quali mentre consentono di ampliare lo spettro delle informazioni, determinano una forte riduzione della comunicazione, o più propriamente una dequalificazione del comunicare. L'uso di *Internet* nei rapporti medico-paziente concorre a garantire una informazione rapida e continuativa, che segue

con tempestività le fasi evolutive della malattia, fornendo al paziente un importante monitoraggio e consentendogli di sviluppare un *iter* terapeutico adeguato. Ma l'affidarsi esclusivamente alla tecnologia può condurre ad una radicale spersonalizzazione del rapporto con effetti pesantemente negativi sugli sviluppi dell'attività curativa e, in ogni caso, con un forte ridimensionamento della comunicazione, sottraendo supporti essenziali come quelli derivanti dall'elaborazione delle conoscenze nel contesto di una relazione interpersonale.

2. Orientamenti per un uso corretto delle odierne tecnologie informative

Le tecnologie informative non devono essere demonizzate né mitizzate; vanno usate con discrezione, riconoscendo loro un importante significato strumentale, ma evitando di considerarle come vie risolutive di questioni che vanno affrontate in un quadro più ampio e con una diretta partecipazione personale. Il problema del rapporto medico-paziente non può infatti risolversi a livello puramente tecnico, ma esige un'attenzione privilegiata a fattori di ordine antropologico ed etico di più ampia portata. Ci limitiamo a segnalare qui due importanti piste di riflessione, che hanno rispettivamente lo scopo di restituire una visione più realistica del medico e del suo potere, e dunque di favorire lo sviluppo di un rapporto umano più maturo e produttivo, e di creare le condizioni per l'articolarsi di una comunicazione/informazione, che non si affidi esclusivamente all'azione dei media, ma inserisca il loro contributo in un contesto di relazionalità interumana.

La possibilità di dare vita a un'autentica relazione interpersonale è anzitutto connessa - è la *prima pista* - alla capacità di acquisire una giusta concezione dell'altro. Nel caso specifico si tratta di reagire agli stereotipi massmediali diffusi per far spazio a una conoscenza, che può svilupparsi correttamente solo laddove ci si accoglie come persone e si definisce, in modo preciso, il significato e i limiti della relazione. È importante tenere conto, fin dall'inizio, che, nel caso qui in esame, la relazione, pur essendo tra uguali, non è paritetica: essa nasce infatti sulla base di una domanda rivolta dal paziente al medico, la domanda di essere curato (e possibilmente guarito), alla quale, a sua volta, il medico si sente sollecitato a rispondere in ragione della propria competenza e della propria funzione sociale. L'incontro è dunque fruttuoso nella misura in cui il medico è consapevole di trovarsi di fronte ad un soggetto che vive in una condizione di grande precarietà esistenziale e che ha perciò bisogno che ci si "prenda cura" di lui, fornendogli risposte rassicuranti che possono venire solo da un rapporto fiduciale; e, nello stesso tempo, nella misura in cui il paziente, pur rivendicando il proprio diritto all'autodeterminazione, riconosce la competenza, sia pure limitata, del medico. È come dire che vanno evitati, da parte del medico, atteggiamenti ispirati all'offerta di sole prestazioni tecniche per rapportarsi globalmente alla persona del paziente, inserendo la

malattia nel contesto del suo vissuto personale; e, da parte del paziente, atteggiamenti di diffidenza e di sospetto o, inversamente, di mitizzazione per istituire con il medico un rapporto di collaborazione terapeutica.

In questo quadro, speciale attenzione va riservata alla fondamentale distinzione - è questa la seconda *pista* - tra "comunicazione" e "informazione", tra il "dire" e il "comunicare". La comunicazione comporta infatti l'instaurarsi di una relazione tra soggetti, che si sviluppa attraverso una maturazione graduale della conoscenza ed implica un atteggiamento di fiducia reciproca; l'informazione si esaurisce invece nell'offerta di elementi di ordine diagnostico e terapeutico, che mettono al corrente il paziente circa la sua condizione e gli forniscono i mezzi per praticare correttamente la terapia. Se è vero che l'informazione può essere potenziata grazie all'uso dei media, i quali costituiscono, sotto questo profilo, un importante strumento per lo sviluppo dell'attività curativa, non è meno vero che il loro uso indiscriminato, al di fuori, di un contesto comunicazionale, fa insorgere gravi rischi. Si pensi soltanto alla questione della comunicazione della verità al malato a prognosi infausta, dove il mezzo potrebbe trasformarsi in un comodo alibi per evitare una forma di difficile dialogo, indispensabile perché la conoscenza della verità aiuti il paziente ad assumere il giusto atteggiamento nei confronti dell'evoluzione della malattia e della cura, rendendolo disponibile anche ad accogliere l'evento (sempre traumatico) della morte. La tentazione di ridurre tutto al "dire" - tentazione favorita peraltro da una certa interpretazione del principio di autonomia - può essere superata solo ripristinando la centralità del rapporto umano e assegnando alla tecnica il ruolo di mezzo (e non di fine).

Non è per puro campanilismo che ho scelto gli interventi di tre relatori italiani, ma è perché mi sono sembrati quelli più efficaci nell'inquadrare questo difficile problema che ci coinvolge quasi ogni giorno nella nostra professione.

Per chi comunque volesse avere anche le altre relazioni, gli atti dell'intero convegno sono disponibili presso la segreteria del nostro Ordine.

Gianluigi Spata

Corso di perfezionamento post-laurea per Medici in

AGOPUNTURA E TECNICHE CORRELATE

Organizzato dalla **Facoltà di Medicina di Brescia** per l'AA 2003/04
in collaborazione con l'**UMAB** (Unione Medici Agopuntori Bresciani)

Struttura del Corso:

2 moduli di 250 ore ciascuno equivalente a 10 crediti formativi universitari (CFU)

INIZIO DEL CORSO 12/12/2003

Le iscrizioni presso la Segreteria dell'Università di Brescia

Via S. Faustino, 74/b - Brescia - Tel. 030.2988757

o tramite il sito www.unibs.it (Facoltà di Medicina - Corsi di Perfezionamento)

Per informazioni:

Dr. S. Perini (Coordinatore didattico) - Tel. 030.9966393

ASSOCIAZIONE MEDICI ACCUSATI DI MALPRACTICE INGIUSTAMENTE

CONGRESSO NAZIONALE

MEDICAL MALPRACTICE

DALLA PREVENZIONE ALLA RIVALSA DEL MEDICO INNOCENTE

E CORSO PER INFERMIERI

NURSING MALPRACTICE

ROMA, 12 - 13 MARZO 2004

Segreteria Scientifica

Prof. C. Bellotti - Dott. M. Franceschini - Avv. G. Ghelardini

info@associazioneamami.it

Segreteria Organizzativa

Formamentis - info@formamentiseventi.com

**“MASTER IN COUNSELLING CLINICO
E DI COMUNITÀ COGNITIVO-COMPORTAMENTALE
INTEGRATO”**

Sede del Master

Istituto Gonzaga

Via Vitruvio, 41 - 20124 Milano (Zona Stazione Centrale) - Tel. 02.6693141

Accreditato

Ordine degli Psicologi della Regione Lombardia;

S.I.C.O. (Società Italiana Counsellor)

Patrocinio

A.I.A.M.C.

(Associazione Italiana Analisi e Modificazione Cognitivo-comportamentale)

Per informazioni e Iscrizioni:

Tel. 031.561313

Per ulteriori informazioni è disponibile presso la Segreteria dell'Ordine il programma

A DUE ANNI DALL'ECM: SENZA LIBERTÀ NON C'È VERA FORMAZIONE

L'aggiornamento professionale è un aspetto fondamentale del nostro lavoro. La risposta italiana a questa esigenza è quanto previsto dal Decreto 229/99, noto come legge Bindi, che ha imposto un sistema di formazione statale obbligatoria per gli operatori.

La difficoltà di un'impostazione pseudoaziendalistica, l'assenza di una reale progressione di carriera e la difficoltà del momento congiunturale legato a risorse finanziarie "finite", è complicato dall'ansia di raccogliere i "crediti ECM" per poter lavorare con la coscienza tranquilla, almeno nei confronti dello Stato.

La strada intrapresa costruirà vera formazione?

L'«obbligo statale» produrrà veramente professionisti più preparati e servizi più adeguati per i Pazienti?

I fautori dell'iniziativa sostengono che siamo lontani dall'ideale, ma che da qualche parte bisognava pur cominciare.

A due anni dalla introduzione dell'ECM, sono necessarie, a nostro giudizio, alcune considerazioni critiche.

Questo sistema formativo:

- *forse accresce il livello generico di "informazione" degli operatori, ma non è certo che migliori qualità ed efficacia degli interventi professionali*
- *è soggetto, per lo più, ad una verifica burocratica di presenza, in assenza di un sistema serio di valutazione dell'apprendimento e dell'efficacia dell'intervento sulla qualità clinica ed assistenziale, che rappresentano il vero scopo del lavoro in medicina (nessuna coerenza fra tipo di professionalità richiesta e acquisizione dei crediti)*
- *sembra più orientato a fornire garanzie "formali" al Sistema, piuttosto che garanzie sostanziali di qualità*
- *non valorizza la formazione acquisita "sul campo", cioè la partecipazione attiva ad un sistema di verifica e confronto dell'attività professionale svolta nell'ambiente di lavoro*
- *se fosse esteso, come da programma, a tutti gli operatori soggetti alla normativa (circa 850.000 in Italia fra medici e non) comporterebbe una spesa, a regime (2006), stimabile in 1,6-2 miliardi di euro all'anno difficilmente sostenibile dal Sistema e probabilmente eccessiva in rapporto ai benefici prodotti.*

Ribadendo la necessità inderogabile dell'aggiornamento professionale, si vuole

qui sottolineare che per un professionista aggiornarsi comporta investimento personale, impegno di risorse ed il riconoscimento di qualcuno e di un contesto da cui imparare.

L'aggiornamento reale, cioè la costruzione di un'esperienza professionale matura, non avviene meccanicamente, raccogliendo "punti", né magicamente per obbligo di legge, ma è il frutto della decisione "libera" di ogni singolo professionista, che percepisce indispensabile essere sempre più adeguato allo scopo della professione.

Per questo chiediamo

- *di cambiare logica e rendere "non obbligatoria" la raccolta dei crediti (ciò sgonfierà anche l'inevitabile business "parastatale")*
- *di stipulare un contratto che valorizzi il merito, cioè i risultati dell'attività professionale e non l'ottemperanza meccanicistica ad un obbligo formativo*
- *di far sì che la formazione, ingrediente naturale di qualsiasi percorso professionale, risponda realmente alle esigenze dell'operatore sanitario e sia funzionale alla crescita qualitativa della realtà professionale in cui lavora*
- *di lasciare che l'ambito di verifica del livello di "formazione" raggiunta, continui ad essere quello professionale (come accade in quasi tutti i Paesi Occidentali).*

Il problema non è incentivare l'ECM, per legge, ma creare le condizioni per cui sia conveniente ed indispensabile per il professionista formarsi: pertanto l'aggiornamento deve essere libero e su base volontaria.

Solo questo garantirà realmente ai Pazienti un servizio di qualità.

Non è più il tempo di riposare sui privilegi acquisiti, ma è l'occasione di ricostruire su basi nuove le regole del sistema e delle professioni: **accettare ciò che è inutile impedisce di costruire ciò che serve.**

Promuoveremo e sosterrremo a livello del mondo professionale, sindacale ed istituzionale tutti quegli interventi che diano segnali chiari di cambiamento, volti allo sviluppo ed alla valorizzazione di tutte le professioni in sanità.

Novembre 2003
Medicina e Persona

ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI SEZIONE DI COMO

Il Bollettino dell'Ordine come sempre ci ospita e di questo ringrazio il Consiglio Direttivo ed in particolare il Presidente dottor Conti per la disponibilità e la simpatia sempre dimostrate alla nostra associazione, anche mettendo a disposizione la sede per le nostre attività.

Con il mese di giugno 2003 si è chiuso l'anno sociale. Rispettando quanto previsto dalla Statuto è stata svolta attività in vari campi: di prevenzione ed informazione sanitaria, culturale e di aggiornamento, di partecipazione alle attività dell'AMMI a livello nazionale e regionale, di incontri tra le iscritte con la partecipazione di amici e simpatizzanti, anche con scopi di ricreazione (viaggi, gite, visite a mostre).

Tra gli interventi e manifestazioni più significative ricordo: l'inaugurazione dell'anno sociale, il 18 ottobre 2002 con la presentazione e discussione del tema scelto a livello nazionale "Stile di vita e salute: informazione e prevenzione possono far vivere meglio e più a lungo".

Sempre nel mese di ottobre l'inaugurazione presso il Palazzo Ducale di Genova, a cura della locale sez. AMMI con noi gemellata, della mostra fotografica "L'Anima dell'Africa", che avevamo promosso a Como lo scorso anno, in San Pietro in Atrio. L'incontro presso l'Ordine dei Medici con il Missionario Comboniano Padre Salvano, in Uganda da 40 anni. In novembre, in collaborazione con la FEDERSPEV, l'incontro con Monsignor Signorelli presso la Basilica di San Carpofo e la messa per le Socie e i Medici defunti; il seminario Nazionale AMMI a Taormina, la conferenza del professor Giorgio Luraschi in collaborazione con la FEDERSPEV, "Cornelia, Cleopatra e le altre... ovvero la donna nell'antichità". Sempre nel mese di novembre, con la collaborazione della dottoressa Anna Veronelli, Assessore alla Pubblica Istruzione, viene diffuso ai Presidi delle scuole medie della Provincia l'invito ad aderire al concorso indetto dall'AMMI a livello nazionale in collaborazione con Pfizer e con il patrocinio del Ministero della Pubblica Istruzione sul tema: "Effetto dell'esercizio fisico su salute, benessere e qualità di vita".

Il 12 dicembre, tradizionale tè natalizio. Nel mese di gennaio 2003, l'Assemblea annuale, la visita guidata dall'architetto Mario di Salvo alla Mostra di Mario Radice, la conferenza del pittore Giuliano Collina "La donna per il pittore".

In febbraio visita a Brescia per la mostra "Impressionismo Italiano" ed alla Abbazia Olivetana di Rodengo. Il 14-15 a Milano: convegno interregionale Nord.

Il 12 marzo incontro con il professor Marco Perelli Ercolini sulla polizza sanitaria stipulata dall'ENPAM con le Assicurazioni Generali. In aprile la bella mostra "Fe-

de, Devozioni e Miracoli" in San Pietro in Atrio, organizzata con l'impegno determinante dell'Associazione Ideando, ed in particolare della Presidente Patrizia D'Amico, che è nostra socia e di Emanuela Venegoni, simpatizzante. In questa occasione sono state raccolte offerte per la Fondazione Don Gnocchi. A fine mese gita a Parma per la mostra del Parmigianino con visita a Fontanellato ed alla Rocca di San Vitale.

In maggio Congresso Nazionale a Riccione e a conclusione dell'anno sociale il bel viaggio a Mosca e San Pietroburgo.

La partecipazione alle nostre attività, è stata condivisa anche da amici e simpatizzanti, da autorità cittadine e da associazioni e club di servizio, specie femminili, con forme di collaborazione che sono di conforto e di soddisfazione e fanno bene sperare per il futuro. Esse sono state negli ultimi anni reciprocamente cercate e concesse, rendono testimonianza che si può fare sempre meglio insieme e che le associazioni femminili possono essere utili ed anche socialmente importanti.

Noi speriamo che questo sia anche di stimolo ad un aumento delle adesioni e delle iscrizioni.

Per informazioni: Sig.ra Scaravelli 031 290090 - Sig.ra Butti 031 507800.

Con il consiglio Direttivo, la Presidente Rosanna Scaravelli

FEDER.-S.P.E.V.

FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE

SEZIONE PROVINCIALE DI COMO

c/o Ordine dei Medici di Como - Viale Masia, 30 - 22100 Como

Il Consiglio Direttivo Regionale della FEDERSPEV Lombarda si è riunito in data 22.10.2003 presso la Segreteria Particolare dell'Assessore alla Sanità, Dr. Borsani. La prima voce dell'Ordine del Giorno riguardava l'elezione del Presidente Regionale della Lombardia resasi necessaria per la scomparsa del Prof. Umberto Marini: all'unanimità è stato eletto il **prof. MARCO PERELLI ERCOLINI**, validissimo conoscitore dei problemi pensionistici.

Si è successivamente preso atto della gravità della riforma in itinere delle pensioni, ritenendo di notevole importanza la creazione di un "**Osservatorio Previdenziale**" per la quale sarà sollecitato l'intervento del Presidente Dr. Miscetti invitato anche ad attivare presso l'ENPAM la "**Consulta del Pensionato**" di primaria importanza, con partecipazione di un rappresentante della FEDERSPEV.

CONSUMO DI ALCOOL E RISCHIO DI DEMENZA

Lo studio Rotterdam. Lancet 2002; 359 (9303), 281-286

Questa pubblicazione riporta ulteriori risultati dello Studio Rotterdam, uno studio longitudinale prospettico di coorte popolazione-basato.

In particolare mostra che l'assunzione da lieve a moderata di alcool (1-2 bicchieri al giorno) è significativamente associata a riduzione del rischio per tutti i tipi di demenza.

La riduzione del rischio è del 40%.

Diversamente da un precedente studio condotto a Bordeaux, che aveva sostenuto che il consumo di vino era associato a un minor rischio di demenza, lo studio di Rotterdam non limita il presunto beneficio al vino ma lo estende agli alcoolici di qualsiasi tipo!

Mario Guidotti

*Il "Caso Clinico" trattato è presentato dal Dott. Mauro Frigerio
U.O. Medicina Interna Ospedale S. Anna, Como.
(Primario direttore: Enzo D'ingianna)*

GO anni 68, sesso maschile.

Viene ricoverato nella Ns Divisione per comparsa da circa 40 giorni di iperpiressia ricorrente, poliartralgie, astenia ed iporessia.

Anamnesi familiare: non significativa.

Anamnesi fisiologica: fumatore di 20 sigarette al dì fino a 5 anni fa. Non beve alcolici.

Anamnesi patologica remota:

Trentacinque anni fa ricoverato per TBC polmonare.

Cinque anni fa innesto di protesi aorto-bisiliaca per aneurisma.

Da circa un anno e mezzo in trattamento con FANS e negli ultimi due mesi con sulfasalazina per artrite reumatoide sieropositiva.

Un anno fa impianto di PM definitivo per BAV di III.

Circa nove mesi fa ricovero in reparto Ortopedico per ascesso gluteo sinistro sottoposto ad incisione e drenaggio.

Nelle ultime settimane è stato sottoposto a EGDS e colonscopia (entrambe nella norma) per riscontro di anemia di grado moderato con positività di sangue occulto nelle feci.

Anamnesi patologica prossima

Da circa 40 giorni iperpiressia (con puntate oltre i 39°C) ricorrente (che compare ogni 2 o 3 giorni), associata talvolta a brividi e da 10 giorni accompagnata da artralgie simmetriche dei polsi e delle caviglie (senza segni di flogosi), da un dolore scapolare dx accentuato dall'inspirazione profonda, da astenia ed iporessia. Negli ultimi 10 giorni ha assunto, su indicazione del Curante, 25 mg. di prednisone al dì senza alcun beneficio.

All'ingresso in reparto il Pz è sofferente, pallido, lievemente polipnoico, tachicardico e normoteso. Non si evidenziano altri elementi di rilievo all'esame obiettivo; in particolare non rumori patologici all'ascoltazione polmonare e cardiaca, non adenomegalie né epatosplenomegalia, non eruzioni cutanee.

Nulla di significativo a carico di RX del torace e dell'ecografia addominale già eseguiti in Pronto Soccorso.

L'emocromo evidenzia anemia normocromica, normocitica con tasso emoglobinico di circa 7,5 gr%, normale il conteggio dei leucociti e delle piastrine. In seconda giornata di degenza sono disponibili anche altri esami bioumorali tra cui quelli più significativi sono VES 74 alla 1° ora, sideremia 14, ferritina 30, reuma test di 272 e incremento

policlonale delle gammaglobuline (2.17 gr%).

A questo punto della storia clinica si fanno alcune ipotesi diagnostiche

- Riaccutizzazione dell'artrite reumatoide.
- Tubercolosi.
- Infezione della protesi aortica o fistola aorto-enterica.
- Endocardite batterica subacuta in portatore di stimolatore cardiaco.

Vengono richiesti numerosi esami biumorali, colturali e strumentali.

In 3° giornata di degenza la TAC addominale evidenzia ASCESSO PERIPROTESICO A CARICO DELL'AORTA ADDOMINALE.

Si instaura immediatamente terapia antibiotica ad ampio spettro con teicoplanina e tobramicina. D'accordo con il Chirurgo Vascolare si completano gli accertamenti (in particolare si esegue ecocardiogramma transesofageo per escludere una colonizzazione endocarditica dell'infezione), si corregge l'anemia trasfondendo 3 unità di emazie concentrate e dopo una settimana il Pz viene trasferito in Chirurgia Vascolare per essere sottoposto a rimozione e sostituzione della protesi.

Dopo 6 mesi dall'intervento il Pz sta bene.

Discussione e conclusioni

L'infezione della protesi aortica è una complicanza che spesso si verifica durante o immediatamente dopo l'intervento ma, sebbene meno frequentemente, può svilupparsi tardivamente perfino dopo 3-5 anni dall'impianto.

L'esordio può essere acuto con febbre e dolore addominale ma a volte l'infezione può essere subdola e persistere, indagnosticata, per mesi senza causare sintomatologia apprezzabile (in questo secondo caso i markers infiammatori sono generalmente elevati così come frequente è il riscontro dell'anemia tipica delle malattie croniche).

Queste osservazioni si possono estendere anche ad altri tipi di materiali protesici (protesi valvolari cardiache, ortopediche, oculari, derivazioni del sistema nervoso centrale ecc.).

Recentemente, sempre nella Ns Divisione, abbiamo diagnosticato un'infezione da stafilococco aureo a partenza da una protesi d'anca impiantata 3 anni prima.

In un'altra occasione è stata diagnosticata infezione di un catetere venoso centrale (port a-cath) anch'esso impiantato alcuni mesi prima. In letteratura vi è segnalazione, anche se come evento eccezionale, di infezioni endovascolari che insorgono dopo alcune settimane dal posizionamento di stent arteriosi (per es. renale ed iliaco).

I microorganismi più frequentemente in causa sono gli stafilococchi soprattutto coagulasi negativi, data la loro capacità di adesione alla protesi e la carica batterica sufficiente a produrre infezione che è molto ridotta. Le due principali fonti di infezione sono la contaminazione al momento dell'intervento (infezione precoce) e la dissemina-

zione ematogena di batteri a partenza da un altro sito di infezione (infezione tardiva). Tutte queste infezioni richiedono grande impegno sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico ed è quasi sempre necessaria la rimozione del dispositivo impiantato. In qualche caso, per esempio nell'infezione di port a-cath o di stent, se vi è sicurezza circa l'agente infettivo responsabile dell'infezione (per positività di più emocolture), può essere effettuato un tentativo terapeutico con antibiotici somministrati per un lungo periodo lasciando il dispositivo in sede.

Negli ultimi anni vi è stata la progressiva riduzione del rischio di infezioni correlata all'impianto delle protesi ma un aumento assoluto di infezioni dato l'enorme diffusione dei Pazienti esposti.

BIBLIOGRAFIA

1. Creager E, Atlante delle malattie cardiache. Patologie vascolari.2000.
2. Harrison. Principi di Medicina Interna. XV edizione.
3. Tal S, Guller V, Gurevich A, Levi S. Fever of unknown origin in the elderly. Journal of Internal Medicine. 2002 ; 252: 295-304.
4. Gordon G, et al . Endovascular Infection after Renal Artery Stent Placement. Journal of vascular and interventional radiology. 1996; 7: 669-672.

CASA EDITRICE MEDICA

RICERCA

Neolaureati in Medicina da inserire nel proprio organico.

Si richiede ottima conoscenza dell'inglese scientifico ed attitudine al lavoro in team.

Pharma Project Group srl
Viale Rimembranze, 43/A - 21047 Saronno (Varese)
Tel. 02.96702708 - Fax 02.96702677
E-mail: pharmaproject@libero.it

ELENCO MEDICI SUPPLENTI

1	ARCOVIO CLAUDIA	EUPLIO	VIA STRAMBIO, 43	338-8779689
2	BANFI ERICA	ROVELLO PORRO	VIA COMO, 1	02-9623206
3	BELLOCCO DANIELE	CIRIMIDO	VIA M. GRAPPA, 7	339-6877328
4	BETTONI MASSIMO	LAMBRUGO	VIA ROSA, 19	031-608704
5	BIANCHI BERTUCCIA E.	GRANDATE	VIA PUSTERLA, 8	031-564677
6	BRACUTI ANGELA	COMO	VIALE MASIA, 10	031-573257
7	BRAIDI CAROLLE G.	COMO	VIA ENNIO FERRARI, 32	333-7774274
8	BURCHERI SARA	CASSINA RIZZARDI	VIA VIVALDI, 21	335-5448951
9	CAPPELLETTI FRANCESCA	CAPIAGO INTIMIANO	VIA MIRASOLE	339-1029156
10	CAPRANI CLAUDIA	S.FERMO DELLA BATTAGLIA	VIA FIGINO, 27/B	031-535085
11	CERA TERESA	CANTU	VIA CAVOUR, 27	347-9690038
12	CERCHIELLO MANFREDO	CADORAGO	VIA TOSCANINI, 3	031-885048 / 349-4308298
13	CIPULLI MODESTO	COMO	VIA STATALE PER LECCO, 37	349-1438070
14	CORENGIA PIERO	BREGNANO	VIA VOLTA, 10	332-426062 / 329-5674475
15	CORTI ENRICA	COMO	VIA GRILLONI, 15	031-507593
16	CRavera LUISA	LEZZENO	VIA PROVINCIALE	031-914533
17	DANILOVA OLGA	LOCATE VARESI	VIA GIOFFO, 9	0331-837004
18	ELLI MASSIMILIANO	MARIANO COMENSE	VIA S. MARTINO, 50	338-7693823 / 031-748377
19	GALATI GIORDANO MARIA	COMO	VIA MENTANA, 11	031-261387
20	GAMBINO ROSARIA	ALBESE	VIA GATTO, 12	031-420027
21	GHIEMMETTI SONIA	GIRONICO	VIA VERDI, 1/C	031-441422
22	IANNONE GAETANO	COMO	VIA G. CESARE, 2/B	347-1651235 / 031-271215
23	ISELLA ANNA	CAVALLASCA	VIA CAVOUR, 10	031-210171
24	LEPADATU CORINA	COMO	VIA OLGINATE, 6	335-63783
25	MANSI SAVINO	PONTELAMPRO	VIA FUME, 3	338-8942439
26	MAYYAS RIAD	ERBA	P.ZZA PADANIA, 12	031-641122
27	MEROLA MASSIMO	COMO	VIA BIXIO, 51	031-572392 / 031-512496
28	MILANA VITO	COMO	VIA MENTANA, 4	031-242235 / 347-4315944
29	MUSOLINO ESPEDITO	ERBA	VIA LEOPARDI, 16	031-3338961
30	ORLACCIO GIUSEPPE	LIPOMO	VIA PROVINCIALE, 59	333-7268151 / 031-283053
31	PANZERA GIOVANNI	COMO	VIA SEGANTINI, 9	347-7538718
32	PONTI MAURIZIO	ROVELLO PORRO	VIA DANTE, 61	02-96750523
33	PRESTIANNI CHRISTIAN	LOMAZZO	VIA FRIULI, 35	02-96779250
34	PRISCO CLEOFE	COMO	VIA QUASIMODO, 1	031-543328
35	RADICE ROSSELLA	COMO	VIA S. ABBONDIO, 11	339-5215622
36	RAMPOLDI ALESSANDRO	COMO	VIA VOLTA, 21	031-263302 / 347-4803952
37	RASHSEEN MUHSEEN	FIGINO SERENZA	VIA MEUCCI, 8	031-726380 / 349-2914972
38	RESTELLI LORENZO	COMO	VIA REZZONICO, 8	031-300908
39	RUMI CRISTINA	OLGIATE COMASCO	VIA CARDUCCI, 24/A	031-944650 / 349-8333758
40	SALA MASSIMILIANO	CASTELLANZA	VIA E. DANDOLO, 32	0331-501749 / 339-4228999
41	SBARBARO PIETRO	COMO	VIA ARTARIA, 18	031-542313 / 339-7325431
42	SERVILI CHIARA	TURATE	P.ZZA VOLTA, 23	348-8807790
43	STARNINI LAURA	COMO	V.LE GENO, 8/A	347/2549446
44	TOLDI ANNA	CADORAGO	VIA ALFIERI, 2	031-904232
45	TROPINA EMANUELA	COMO	VIA DANTE, 94	339-4897455
46	VERGA ROBERTA	LOMAZZO	VIA M. GENEROSO	02-96370836 / 338-5658503
47	VITALYOS RUXANDRA	S. FERMO DELLA BATTAGLIA	VIA E. BIGNAMI, 19	031-211636
48	VOCASKOVA IVANA	CANTU	VIA CROTTO, 9	335-235938

PEDIATRI

1	BRAIDI CAROLLE	COMO	VIA ENNIO FERRARI, 32	335/214829
2	FERRARI MICAELA	COMO	VIA ISONZO, 1	031-591814 / 347-2103346
3	GUERINI GABRIELE	VENEGONO INFERIORE	VIA CALCINACCIO, 8	329-2166886
4	TOMASINI LUCIA	COMO	VIA T. GROSSI, 36	031-300208
5	VOCASKOVA IVANA	CANTU	VIA CROTTO, 9	335-235938

PER IL PROSSIMO BOLLETTINO SI RICHIEDE LA CONFERMA COMPILANDO IL MODULO SOTTORIPORTATO

Alla Direzione del Bollettino chiedo di segnalare sul prossimo numero del Bollettino la mia disponibilità per sostituire i colleghi di:

 MEDICINA GENERALE PEDIATRIA

(Barrare la casellina che interessa)

Cognome

Nome

Via

n.

CAP

Città

Tel.

E-mail:

Data

Pubblicazione del nominativo sul sito internet dell'Ordine

 Sì No