

# medici & medici

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei  
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona  
*Direttore Responsabile:* Fulvio Borromei  
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990  
*Stampa:* Tecnoprint srl Ancona  
N. 7/8 - Novembre-Dicembre 2011  
Sped. Abb. Postale 70%  
Filiale di Ancona

n. 7/8  
Novembre-Dicembre

Periodico di informazione Medico-Sanitaria  
Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona





## Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Ancona

### RINNOVO CARICHE ORDINISTICHE PER IL TRIENNIO 2012-2014

A norma degli artt. 2 e 20 del D.P.R. 5/4/1950 e dell'art. 6 della Legge 409/85, si comunica che a seguito delle elezioni svoltesi nei giorni 22-23-24 ottobre u.s. per il rinnovo degli Organi Istituzionali dell'Ordine per il triennio 2012-2014 ed alla successiva attribuzione delle cariche, il Consiglio Direttivo, la Commissione Albo Odontoiatri e il Collegio dei Revisori dei Conti risultano così composti:

#### CONSIGLIO DIRETTIVO

**PRESIDENTE:** DR. BORROMEI FULVIO  
**VICE-PRESIDENTE:** DR.ssa BILO' MARIA BEATRICE  
**SEGRETARIO:** DR.ssa GUERRIERI ARCANGELA  
**TESORIERE:** DR. RICCI QUIRINO MASSIMO  
**CONSIGLIERI:** DR. BRACCIONI FRANCESCO  
DR. BERDINI VINCENZO  
DR.ssa CAMPANATI ANNA  
DR.ssa CAPECCI ILARIA  
DR. CASCIA SERGIO  
DR. D'ERRICO MARCELLO MARIO  
DR. GIUSTINI SERGIO  
DR. PETRUZZI GIOVANNI  
DR.ssa PREVITERA BICE  
DR. SESTILI RICCARDO  
DR. SILVESTRELLI MARCO  
DR. FABBRI FEDERICO (odontoiatra)  
DR. TUCCI STEFANO (odontoiatra)

#### COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

**PRESIDENTE:** DR. ROCCHETTI GIULIANO  
**EFFETTIVI:** DR.ssa CELLESI GERARDA LUCIA  
DR.ssa ESPOSTO ELISABETTA  
**SUPPLENTE:** DR.ssa VICHÌ MADDALENA

#### COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

**PRESIDENTE** DR. FABBRI FEDERICO  
**SEGRETARIO VERB.** DR. TUCCI STEFANO  
DR.ssa BRUGNAMI MARIA CHIARA  
DR. MONTECCHIANI FRANCESCO MARIA  
DR. TARTUFERI ROBERTO

**Direttore Responsabile**

Fulvio Borromei

**Vice Direttore**

Maria Beatrice Bilò

**Coordinatore di Redazione**

Marco Silvestrelli

**Vice Coordinatori**

Federico Fabbri

Sergio Giustini

Riccardo Sestili

**Redazione**

Maria Chiara Brugnami

Ilaria Capecci

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Maddalena Vichi

**Consiglio Direttivo**

*Presidente*

Fulvio Borromei

*Vice Presidente*

Maria Beatrice Bilò

*Segretario*

Arcangela Guerrieri

*Tesoriere*

Quirino Massimo Ricci

*Consiglieri*

Vincenzo Berdini

Ilaria Capecci

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Sergio Giustini

Maria Giovanna Magiera

Giovanni Petruzzi

Stefano Polonara

Bice Privitera

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Maria Chiara Brugnami (od.)

**Revisori dei conti effettivi**

Giuliano Rocchetti

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

**Revisore dei conti supplente**

Maddalena Vichi

**Commissione Odontoiatrica**

Federico Fabbri

Stefano Tucci

Maria Chiara Brugnami

Piero Amedeo Fedeli

Francesco Maria Montecchiani

*In copertina: Arco di Traiano*

*Questo numero è stato chiuso il  
21 novembre 2011*

*Non ci si assume la responsabilità  
di eventuali errori di stampa*

## EDITORIALE

*Una lunga marcia* ..... 4

## NOTIZIE DALLA REDAZIONE

*Avviso e nota informativa agli iscritti* ..... 5

*Le conseguenze del mancato  
approfondimento diagnostico* ..... 6

*Medicine e pratiche non convenzionali* ..... 7

## INFORMAZIONI

*Bando di concorso per l'assegnazione di n.1  
premio di laurea "Prof. Franco Bianchi"* ..... 8

*Una proposta per i medici: il gruppo Balint* ... 10

*Santiago De Compostela* ..... 14

## INSERTO

*Giornata Nazionale 'Lotta contro il cancro',  
7 novembre 2011* ..... 11

## BUONA SANITA'

*La transdisciplinarietà  
per un mondo accessibile* ..... 16

**Convocazione Assemblea Ordinaria  
Annuale** ..... 23

# Una lunga marcia

di Fulvio Borromei

Presidente OMCeO di Ancona

Care colleghe e colleghi il 22 - 23 - 24 ottobre u.s. si sono svolte le elezioni ordinistiche nella nostra provincia.

È stato un momento importante per tutto il Consiglio e per la nostra categoria professionale. Innanzitutto perché quando ci si ricandida si analizza il punto della situazione e si elabora una nuova progettualità per il futuro. Progettare in un periodo di incertezze è sempre difficile perché vengono a mancare quei punti di riferimento che possono essere elementi fondamentali per impostare un progetto, una strategia.

La storia comunque ci insegna che se non si progetta nei momenti di crisi, questa non potrà mai essere superata. Un progetto importante da impostare è quello sullo stato professionale nell'ottica di formare, implementare, diffondere la professione medica e odontoiatrica tutelandola da una deleteria crisi economica, il cui male maggiore è quello di obnubilare la capacità critica della politica che solo sa discutere di economicismo, dimentica di quello che è il suo ruolo più importante, promuovere e attivare i sistemi. Gli stessi economicisti parlando di aziende, di PIL, di produttività, enunciano che solo investendo si può far ripartire l'economia. In qualità di Presidente dell'OMCeO di Ancona ho promosso insieme alla prof.ssa Giovanna Vicarelli direttore del CRISS una ricerca, la prima in Italia, che studia, analizza, approfondisce le condizioni dei giovani medici ed odontoiatri. Dai risultati di questa ricerca ci proponiamo di formulare proposte alla parte pubblica di sviluppo professionale, investendo sul ruolo delle nuove generazioni.

Le sfide future non potranno essere affrontate

se non metteremo in sicurezza questo patrimonio professionale dal quale attingere per ritrovare quella capacità propulsiva che ogni professione deve avere ed in particolare quella medica.

La nostra classe professionale si trova imbrigliata da una carente considerazione e conoscenza del nostro ruolo con interferenze nefaste sul nostro lavoro, ad esempio per l'aspetto burocratico che determina un nocumento per il nostro tempo clinico.

Tutti pensano di doverci insegnare qualche cosa in ciò che noi dedichiamo la nostra vita.

Molti navigando nella rete credono facendo una copia incolla di realizzare il sistema più avanzato, di propinare ricette risolutive alle varie problematiche della sanità.

Addirittura siamo arrivati a voler considerare per legge un illecito disciplinare il non raggiungimento del numero di crediti ECM.

Sono stato sempre perplesso su questa impostazione ECM e continuo ad esserlo, ho protestato vivacemente per questo atto illegittimo e prevaricatore della autonomia ordinistica minando anche l'autogoverno. Forse molti di noi sono stanchi e sfiduciati, molti vogliono andare in pensione ma non possiamo far morire il nostro ruolo perché morirebbe il prendersi cura delle persone malate alle quali continuiamo a pensare e verso le quali dobbiamo prodigarci.

Forte di un nuovo consenso della categoria vanto continuerò ad impegnarmi in questa battaglia. Spero che mi sosterrate in questa infinita tenzone per l'affermazione ed il rispetto di un ruolo che ha ancora molto da dare.



*Il presente numero del bollettino esce in un momento particolare della nostra vita professionale e privata.*

*Accanto a problemi legati alla crisi economica, si individuano chiari messaggi che tendono a modificare la credibilità e la indipendenza della nostra professione.*

*Oltre ad attacchi indiscriminati che tendono a condizionare le nostre scelte, ci sono inge-  
renze che mirano a smantellare istituzioni storiche nate per la salvaguardia della categoria  
(Ordine, ENPAM, ONAOSI, tanto per fare degli esempi).*

*Inoltre la possibilità di lucrare su situazioni critiche dovute alla complessità delle scelte che  
quotidianamente dobbiamo affrontare, se da una parte ha permesso il proliferare di associazioni  
che fanno balenare facili guadagni dalla denuncia di presunti casi di malasania, dall'altra spin-  
ge sempre più allo sviluppo di una medicina difensivistica che non aiuta il paziente né le casse  
delle aziende con cui collaboriamo. Per di più questo allontana la possibilità di una depenaliz-  
zazione della colpa medica (come succede invece negli altri paesi della U.E.) che sarebbe in-  
vece auspicabile in tempi rapidi.*

*Certe scelte della magistratura sembrano perciò quantomeno incomprensibili. Il caso che  
viene presentato successivamente ne è un esempio e la risposta della associazione AMAMI una  
provocazione che non andrebbe lasciata cadere.*

*Segnalateci le vostre opinioni e aiutateci a denunciare casi analoghi ed eventuali azioni che  
ritenete l'Ordine dovrebbe, a vostro giudizio, perseguire a difesa dei Medici.*

*In attesa di ricevere pareri utili a migliorare l'operato di questo consiglio per il prossimo man-  
dato, permettetemi di inviare a tutti Voi i migliori auguri da parte di tutta la redazione per un sere-  
no Natale ed un felice 2012.*

**Dott. Marco Silvestrelli**



## AVVISO AGLI ISCRITTI

Comunichiamo che è in atto una convenzione fra il nostro Ordine e la Società ADR Conciliando per organizzare corsi per conciliatori. I corsi che dovrebbero iniziare a febbraio 2012 si svolgeranno presso la sede dell'Ordine e avranno un costo di 500 euro a partecipante.

Chi fosse interessato a partecipare può inviare la propria adesione all'attenzione della dr.ssa Arcangela Guerrieri, consigliere segretario dell'Ordine al seguente indirizzo mail:

**segreteria@ordinemedici.ancona.it**

## Le conseguenze del mancato approfondimento diagnostico

### IL FATTO

La Corte d'appello di Genova, parzialmente riformando la sentenza emessa dal Gip del Tribunale di Savona, in esito a giudizio abbreviato, assolveva l'imputato con la formula: "perchè il fatto non costituisce reato" dal delitto di cui all'art. 589 cod. pen. per aver cagionato la morte di una assistita - colpita da lesione emorragica frontale sinistra e da aneurisma dell'arteria comunicante anteriore - avendo colposamente omesso, in qualità di neurologo addetto all'ambulatorio del centro cefalee della Asl, per imprudenza, negligenza ed imperizia e per inosservanza delle regole fondamentali dell'arte medica, di disporre con urgenza approfondimenti diagnostici di laboratorio: E.E.G., T.A.C. cranica, angiogramma ed angiografia cerebrale.

### IL DIRITTO

Non poteva non apparire condotta pacificamente e perfettamente esigibile dall'imputato, quella di verificare se i due pregressi episodi di cefalea (posta la diagnosi, sia pure in forma dubitativa dai colleghi del pronto soccorso, di "cefalea tensiva acuta") non facessero quantomeno sospettare due casi di vere e proprie "cefalee sentinella", con la conseguente logica necessità di procedere ad approfondimento diagnostico, disponendo con urgenza gli esami strumentali di laboratorio del caso ed in particolare l'angiografia d'urgenza che avrebbe consentito di accertare la presenza dell'aneurisma; il perito aveva qualificato come "pressochè negativo" l'esito dell'eventuale angiogramma cerebrale.

### ESITO DEL GIUDIZIO

La Corte di cassazione - sez. penale annulla la sentenza impugnata con rinvio alla Corte d'appello di Genova.

### AMAMI, PROPOSTA SHOCK: ANGIO-RM PER OGNI CASO DI CEFALEA

Da un lato si critica la medicina difensiva, che determina scelte costose e allunga le liste di attesa, e dall'altro i medici vengono condannati dai giudici se non utilizzano le tecniche più eccezionali ed evolute per escludere le patologie meno probabili. Questa la denuncia, partita dal convegno dell'Ordine dei medici di Cosenza, di Maurizio Maggiorotti, presidente di Amami, all'indomani della sentenza della corte di Cassazione (6 settembre 2011, n. 33152), di cui ha dato notizia *Doctornews* nella rubrica Diritto sanitario. Una sentenza che Maggiorotti ha definito «scioccante», in quanto il medico «è stato ritenuto colpevole di non aver prescritto una angio-risonanza a una paziente affetta da una cefalea, cosa che non avrebbe fatto nemmeno per il proprio figlio». Il problema è che «in assenza della legge che chiediamo da anni, i sanitari fanno medicina dell'osservanza giurisprudenziale, con l'orecchio sempre teso all'ultima sentenza per orientare le scelte cliniche. Da oggi, ogni medico dovrà prescrivere una angio-rm per ogni cefalea, non potendo escludere a priori che si tratti di una cefalea sentinella di un sanguinamento intracranico. La deriva iniziata da tempo, oggi tocca baratri inimmaginabili». Intanto, sempre in tema contenzioso, dal 66° Congresso nazionale Fimmg-Metis in corso a Villasimius arriva una conferma dei dati sulla crescita del fenomeno negli ultimi quindici anni. «Il contenzioso» si legge in una nota, in cui si ricorda il nuovo istituto della conciliazione obbligatoria, «ha visto un'escalation spaventosa negli ultimi anni: 9.567 denunce nel 1994, 29.543 nel 2007. Con la conseguenza di un aumento dei premi assicurativi da 35 milioni e 406 mila euro del 1994 a 453 milioni del 2007, il mille per cento».



**Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Ancona**

*A tutti gli iscritti dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di ANCONA*

*Negli ultimi anni le attività di “**medicines e pratiche non convenzionali**” sono divenute sempre più diffuse tra i medici e gli odontoiatri nel nostro Paese, tanto che anche la FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) se ne è interessata fortemente, approvando nel 2002 un documento contenente linee guida e discutendo proposte di legge alla camera dei Deputati nel corso degli anni.*

*L'Ordine di Ancona ha deciso pertanto di censire i medici chirurghi e odontoiatri che effettuano tali attività al fine di conoscere il reale interesse per tali pratiche tra i propri iscritti. Per facilitare la raccolta e standardizzare le informazioni, è stato predisposto un modulo, scaricabile dal sito dell'Ordine, da compilare e rinviare per e-mail ([segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it)) o FAX (071200360) **entro il 31 gennaio 2012.***

*Il Presidente  
Dott. Fulvio Borromei*



Segnaliamo ai nostri lettori l'opera **“Il medico condotto. Storia dell'assistenza sanitaria sul territorio prima e dopo l'Unità d'Italia”** in due volumi, scritta da Antonio Molfese, medico ed Accademico di Storia dell'Arte Sanitaria. Questo libro è il risultato di una lunga e minuziosa ricerca storica, pennellata di nostalgia, intorno alla figura, ormai scomparsa, del medico condotto. L'opera del medico condotto è stata molto importante nel secolo scorso soprattutto nella realtà rurale. Questi medici di campagna, modesti e solitari, aiutati da scarse attrezzature e pochi farmaci, ma sorretti da volontà, coraggio e simpatia della gente, vinsero la loro battaglia per la salute anche contro tanti pregiudizi popolari rimasti vivi fino a pochi decenni fa. Il libro non è in vendita ma chi volesse leggerlo può rivolgersi direttamente all'autore.

**Dr. Antonio Molfese**  
**Via Umberto Saba, 18 - 00144 ROMA**  
**antonio.molfese@tin.it**

# Bando di concorso per l'assegnazione di n.1 premio di laurea "Prof. Franco Bianchi" (7<sup>a</sup> Edizione)

## ART. 1

E' indetto il concorso per l'assegnazione di n. 1 premio di laurea dell'importo di € 2000 =, offerto dalla Sig.ra Bianchi, in collaborazione con il Centro Regionale di Medicina dello Sport e con il Panathlon Club di Ancona.

## ART. 2

Possono partecipare al premio di cui all'art. 1 i **laureati in Medicina-chirurgia** presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona negli anni solari 2008 - 2010, che abbiano discusso la propria tesi di laurea in una branca affine alla Medicina Sportiva (Cardiologia, Ortopedia, Fisioterapia, Neurologia, Pneumologia) ed in possesso anche dei seguenti requisiti:

- che siano iscritti ad uno degli Ordini dei medici-chirurghi della regione Marche;
- che praticano o abbiano praticato un'attività sportiva amatoriale e/o agonistica;
- che non siano risultati assegnatari di altri premi di laurea o di studio nello stesso periodo.

## ART. 3

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda a mezzo posta raccomandata, redatta su carta semplice, diretta al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona – Via Michelangelo Buonarroti n° 1 – 60125 Ancona, **entro il 30 novembre 2011.**

La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile se spedita entro il suddetto termine; farà fede il timbro postale.

## ART. 4

Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, pena l'esclusione dal concorso:

- 1) il cognome ed il nome;
- 2) la data ed il luogo di nascita;
- 3) il domicilio eletto ai fini dal concorso con

espressa menzione dell'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso;

- 4) il possesso del diploma di laurea conseguito presso la Facoltà di Medicina-chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, nonché la data del suo conseguimento;
- 5) l'iscrizione ad uno degli Ordini dei medici-chirurghi della regione Marche;
- 6) l'attività sportiva svolta;
- 7) di non aver già percepito altri premi di laurea o di studio banditi da questo Ordine;
- 8) di non aver riportato condanne penali.

La domanda, a pena di esclusione dovrà essere corredata di copia della tesi di laurea che rimarrà agli atti presso la sede dell'Ordine dei Medici.

## ART. 5

La Commissione Giudicatrice è composta da quattro componenti:

- due membri designati dall'Ordine dei Medici-Chirurghi di Ancona;
- un membro designato dal Panathlon Club di Ancona;
- un membro del Consiglio Direttivo del Centro Regionale di Medicina dello Sport "Prof. F. Bianchi", in rappresentanza della famiglia Bianchi che ne diviene Presidente della Commissione.

## ART. 6

Per la valutazione dei candidati, al fine della individuazione del vincitore, verranno prese in considerazione:

### 1) il voto di laurea (max 20 punti)

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| • 100 = 1.2 punti | • 106 = 8.4          |
| • 101 = 2.4       | • 107 = 9.6          |
| • 102 = 3.6       | • 108 = 10.8         |
| • 103 = 4.8       | • 109 = 12.00        |
| • 104 = 6.0       | • 110 = 16.00        |
| • 105 = 7.2       | • 110 e lode = 20.00 |

- 2) **curriculum sportivo (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);**  
 3) **qualità della tesi (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);**

**ART. 7**

Nel caso in cui non si presentino candidati oppure la Commissione giudicatrice ritenga di non assegnare il premio suddetto, l'importo re-

lativo sarà utilizzato per istituire un successivo bando di concorso che avrà i medesimi criteri.

**ART. 8**

L'importo relativo alla borsa di studio verrà consegnato direttamente al vincitore dalla Signora Maria Costantina Venturini Bianchi.

**Il Presidente Dr Fulvio Borromei**

**ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
 DELLA PROVINCIA DI ANCONA**

Allegato 1 al bando di concorso  
**FACSIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Al Presidente  
 Ordine dei Medici-Chirurghi  
 e degli Odontoiatri  
 Via Buonarroti, 1  
 60125 ANCONA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Domicilio eletto ai fini del concorso: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_:

**CHIEDE**

di partecipare al concorso per l'assegnazione del premio di laurea "Prof. Franco Bianchi" bandito dall'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Ancona.

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità:**

- di essere in possesso del diploma di laurea in medicina-chirurgia conseguito presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona in data \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_;
- di praticare o aver praticato le seguenti attività sportive \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente l'eventuale variazione del domicilio eletto ai fini del concorso.

**ALLEGA alla presente:**

copia della tesi di laurea.

Data,

FIRMA

\_\_\_\_\_

# *Una proposta per i medici: il gruppo Balint*

dr.ssa Paola Fuà - dr.ssa Stefania Mancini

## L'INIZIATIVA

La dottoressa Paola Fuà e la dottoressa Stefania Mancini, psicoterapeute di formazione psicoanalitica e membri dell'Associazione per lo Sviluppo della Psicoterapia Psicoanalitica, intendono organizzare gruppi Balint per un ristretto numero di medici di medicina generale.

L'iniziativa parte dal riconoscere che il medico di medicina generale, nel suo lavoro quotidiano, incontra difficoltà derivanti non solo dalle molteplici incombenze burocratiche o dalla necessità di tenersi aggiornato sul continuo progresso della medicina. Ciò che spesso risulta più problematico è la gestione del rapporto con il paziente, sia che si tratti di paziente affetto da un qualche disturbo psichico (e la ricerca dimostra che più del 50% delle richieste rivolte al medico di base nasconde un disagio psicologico di qualche tipo) sia che si tratti di paziente con particolari caratteristiche di personalità o ancora di paziente affetto da malattie impegnative. Queste situazioni cliniche mettono il medico a confronto con intense reazioni emotive a volte difficilmente gestibili "nel chiuso del proprio studio" e che possono risultare più comprensibili e meno pesanti se analizzate e condivise all'interno di un gruppo. Questo gruppo è il gruppo Balint a ciò dedicato.

## IL GRUPPO BALINT: UNA RISORSA

I gruppi Balint hanno dimostrato nella nostra esperienza di psicoterapeute di essere il metodo per eccellenza nella formazione psicologica del medico.

La relazione medico-paziente rappresenta il campo di osservazione privilegiato del gruppo di lavoro che si struttura a partire dal racconto di

un caso professionale portato in discussione da un partecipante. La scelta del caso generalmente riguarda una situazione che mette il medico in ansia e lo preoccupa o comunque gli provoca emozioni intense di qualunque colore. Terminata la presentazione del caso i membri del gruppo che lo desiderano possono intervenire ponendo domande, formulando ipotesi, esprimendo pareri e considerazioni. Il ruolo del conduttore è quello di centrare il lavoro sulla relazione che si è stabilita tra quel particolare medico e quel particolare paziente, sulle emozioni che il medico prova nel momento in cui il paziente gli chiede aiuto. Tali emozioni sono spesso un riflesso della problematica emotiva più profonda che si cela dietro la richiesta del paziente.

## GLI OBIETTIVI

L'obiettivo del gruppo è affinare la capacità di ascolto e di comprensione dei partecipanti per poterle adeguare alle situazioni che il medico affronta con i pazienti. I gruppi sono aperti e formati da un massimo di 7-8 persone, che si riuniscono con periodicità quindicinale nella tarda serata dalle 20.45 alle 22.15 di un giorno feriale da scegliere. Le riunioni si terranno nello studio delle psicoterapeute, in via Volterra 2 ad Ancona. L'ora serale è stata scelta per consentire una più agevole partecipazione rispetto agli impegni diurni dei partecipanti. Il medico che voglia far parte del gruppo Balint può telefonare ai numeri sotto indicati e richiedere un colloquio preliminare per avere le informazioni necessarie.

P. Fuà - Tel. 071 33026 - Cell. 335 355382  
S. Mancini - Tel. 071 35382 - Cell. 340 4967129



## Giornata Nazionale 'Lotta contro il cancro', 7 novembre 2011

### Prevenzione dei tumori



In Italia, i tumori rappresentano la prima causa di morte in età adulta e la seconda nella popolazione anziana. Il sostanziale assestamento del tasso di mortalità registrato negli ultimi decenni in numerose società occidentali con economia avanzata si accompagna a una tendenza della riduzione dell'incidenza fra i più giovani.

Dall'Annuario Statistico ISTAT del 2010 risulta che al secondo posto tra le cause di decesso si collocano i tumori (il 30,0 per cento del totale) con quozienti per 100 mila abitanti pari a 337,6 decessi per i maschi e 243,2 per le femmine.

Soprattutto nelle età centrali della vita (30-59 anni) le principali cause di morte sono i tumori maligni (45,9 per cento), per i quali, in questa fascia di età, si registra un numero assoluto di decessi maschili di 1,2 volte superiore a quello delle donne.

La geografia della mortalità per causa ha una particolare caratterizzazione territoriale che vede le regioni del Mezzogiorno con i livelli sostanzialmente più bassi per i tumori, sia per i maschi che per le femmine. Al contrario, nel Nord e al Centro la mortalità per queste cause è più elevata della media nazionale (fa eccezione il Trentino-Alto Adige).

A conferma dei dati nazionali, anche nella città di Ancona l'andamento della mortalità per tumori (utilizzando la codifica ICDIX) si attesta nel periodo 2006-2009 intorno al 30% (tabella 1).

**Tabella 1 - Distribuzione della mortalità per tumore (periodo 2006-2009) nella città di Ancona**

Anni	Decessi totali	Decessi per tumore	%
2006	1039	323	31,09
2007	1115	312	27,98
2008	1094	322	29,43
2009	1073	336	31,31
<b>Totale</b>	<b>4321</b>	<b>1293</b>	<b>29,92</b>

Analizzando nel dettaglio le diagnosi di tumore raggruppate per sede si nota come dal 2006 al 2009 la mortalità attribuita ai tumori maligni dell'apparato digerente sia sempre al primo posto, ma in diminuzione mentre quella per i tumori maligni dell'apparato respiratorio sia al secondo posto, ma in lieve e costante aumento negli anni.

Al terzo posto si collocano i tumori maligni degli organi genitourinari, anch'essi in aumento (Tabella 2).

**Tabella 2 - Frequenza della mortalità per raggruppamento di diagnosi principale (cod ICD-IX CM) nella città di Ancona.**

CODICI	DESCRIZIONE	2006		2007		2008		2009	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
140-149	Tumori delle labbra, della cavità orale, della faringe	3	0,93	1	0,32	4	1,24	0	0
150-159	Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo	129	39,94	107	34,29	115	35,71	107	31,85
160-165	Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici	71	21,98	71	22,76	71	22,05	78	23,21
170-176	Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella	32	9,91	37	11,86	20	6,21	27	8,04
179-189	Tumori maligni degli organi	43	13,31	50	16,03	40	12,42	62	18,45

	genitourinari								
190-199	Tumori maligni di altre e non specificate sedi	18	5,57	17	5,45	22	6,83	23	6,85
200-208	Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	25	7,74	21	6,73	41	12,73	33	9,82
210-229	Tumori benigni	0	0,00	2	0,64	0	0,00	3	0,89
230-234	Carcinomi in situ	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
235-238	Tumori di comportamento incerto	2	0,62	0	0,00	2	0,62	1	0,30
239	Tumori di natura non specificata	0	0,00	6	1,92	7	2,17	2	0,60
	<b>Totale</b>	<b>323</b>	<b>100,00</b>	<b>312</b>	<b>100,00</b>	<b>322</b>	<b>100,00</b>	<b>336</b>	<b>100,00</b>

Nel dettaglio al primo posto come causa di morte si trova il 'tumore maligno dei bronchi o del polmone non specificato' in tutti gli anni. La distribuzione nei generi è rappresentata nella tabella seguente (tabella 3) in cui si evince come questa patologia sia in aumento nelle donne e in diminuzione negli uomini. Muoiono di più di tumore, in tutti gli anni, gli uomini rispetto alle donne (55,22% vs 44,78%) (tabella 4).

**Tabella 3 - Decessi per tumore polmonare nella città di Ancona, 2006-2009**

Anni	Decessi per neoplasia polmonare	femmine	%	maschi	%
2006	65	18	27,69	47	72,31
2007	63	15	23,81	48	76,19
2008	66	13	19,70	53	80,30
2009	67	17	25,37	50	74,63

**Tabella 4 – Decessi totali per tumore nella città di Ancona, 2006-2009**

Anni	Decessi per tumori	femmine	%	maschi	%
2006	323	148	45,82	175	54,18
2007	312	143	45,83	169	54,17
2008	322	139	43,17	183	56,83
2009	336	149	44,35	187	55,65
<b>Totale</b>	<b>1293</b>	<b>579</b>	<b>44,78</b>	<b>714</b>	<b>55,22</b>

Analizzando invece le SDO, ovvero i ricoveri nella ex Zona T. 7 di Ancona, nell'anno 2010 su 45.803 ricoveri di residenti, 3.401 (7,4%) sono stati effettuati per tumori o per interventi ad essi correlati (DRG medici e chirurgici).

Il numero più alto di ricoveri è legato alle neoplasie dell'apparato respiratorio (0,6%), seguono i linfomi e le leucemie non acute e senza complicanze (0,5%), le neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare e del pancreas (0,4%) (tabella 5).

**Tabella 5 - Frequenza dei DRG dei ricoveri dei residenti per tumore e interventi correlati nella ex Zona T. 7 di Ancona, anno 2010 (primi 10) sul totale dei ricoveri (n. 45803)**

DRG_ usl	Tipo DRG(1)	Descrizione	Frequenza	%
410	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1283	2,80%
82	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	257	0,60%
260	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	228	0,50%
404	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	217	0,50%
203	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	168	0,40%

465	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	119	0,30%
403	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	108	0,20%
409	M	Radioterapia	91	0,20%
11	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	78	0,20%
466	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	77	0,20%

Fonte dati SDO 2010 Zona t. 7 di Ancona

(1) M: DRG medico

C: DRG chirurgico

La diagnosi principale di tutti i ricoveri riguarda nel 2,3% dei casi i tumori benigni, mentre il 7,7% è relativa ai tumori maligni mentre lo 0,9% si riferisce ai tumori di comportamento incerto, in situ e di natura non specificata (tabella 6).

**Tabella 6 - Frequenza dei ricoveri per raggruppamento di diagnosi principale (cod ICD-IX CM) nella ex-ZT7 di Ancona, anno 2010 sul totale dei ricoveri (n. 45803)**

Diagnosi principale per grandi cause	Frequenza	%
Tumori benigni (210-229)	1060	2,3
Tumori maligni delle ossa, del tessuto connettivo, della cute e della mammella (170-176)	839	1,8
Tumori maligni degli organi genito urinari (179-189)	691	1,5
Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo (150-159)	642	1,4
Tumori maligni di altre e non specificate sedi (190-199)	553	1,2
Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico (200-208)	405	0,9
Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici (160-165)	329	0,7
Tumori di comportamento incerto (235-238)	253	0,6
Tumori in situ (230-234)	90	0,2
Tumori di natura non specificata (239)	60	0,1
Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe (140-149)	57	0,1
<b>Totale</b>	<b>4979</b>	<b>10,9</b>

Fonti dati

- *Annuario statistico italiano 2010*  
([http://www.regioni.it/upload/Ossrvasalute\\_sintesi\\_2010.pdf](http://www.regioni.it/upload/Ossrvasalute_sintesi_2010.pdf))
- *Mortalità città di Ancona, UO Epidemiologia ex-ZT7 Ancona*
- *SDO, Servizio Informativo Aziendale, ex-ZT7 Ancona*



A cura di:

**Elisa Ambrogiani, Antonella Guidi, Marco Morbidoni**

# Santiago De Compostela

di Marina Venturini



## COSA SAPIAMO DI QUESTO LUOGO? UN PO' DI STORIA

Giacomo figlio di Zebedeo, era uno dei 12 apostoli così come il fratello Giovanni detto l'Evangelista.

Dopo la Resurrezione di Cristo, per molti anni girò la penisola iberica per compiere l'opera di evangelizzazione; tornato in Palestina fu fatto decapitare per ordine del re Erode di Agrippa, il quale temeva fortemente che l'apostolo acquisisse un eccessivo potere. I discepoli di Giacomo, Attanasio e Teodoro, ne raccolsero il corpo e lo trasportarono segretamente con una nave nei luoghi della predicazione; sbarcati nei pressi di Finisterre si addentrarono in Galizia e gli diedero sepoltura.

Nei secoli successivi si perse traccia del sepolcro, ma nell'anno 813 l'eremita Pelayo vide, per molti giorni, una pioggia di stelle cadere sopra un colle. Una notte gli apparve in sogno San Giacomo che gli svelò che il luogo delle luci indicava la sua tomba.

L'eremita rimosse la terra che nei secoli si era depositata e ne scoprì il sepolcro; diede notizia al vescovo locale Teodomiro che confermò la veridicità dell'accaduto. La notizia giunse presto al Papa e ai principali sovrani cattolici dell'epoca. Di qui iniziò il culto di Santiago (il nome è la contrazione di San Giacomo). Fu costruita una piccola chiesa sul luogo del sepolcro e ben pre-

sto, sorse intorno, una città, che fu denominata Santiago De Compostela (da campus stellae).

## PERCHÉ UN PELLEGRINAGGIO A SANTIAGO?

Il Viaggio verso Santiago è più che un semplice pellegrinaggio. E' un'esperienza spirituale fisica diversa da qualunque altra. Accanto alle mete e ai modelli più tradizionali di vacanza, sta crescendo l'interesse per un tipo di viaggio che non si limiti ad esplorare luoghi, ma riesca ad essere profondo, arricchente e stimolante. Il cammino di Santiago è una sfida entusiasmante. Molto impegnativa ma da fare almeno una volta nella vita; qualcosa che ti costringe a fare un passo indietro e a rinunciare a ciò che fino a quel momento credevi ti fosse indispensabile. Ti insegna a camminare verso una meta.

Per secoli, da tutta l'Europa poveri e ricchi, nobili e gente comune, si sono messi in cammino seguendo il Cammino delle Stelle alla Tomba di San Giacomo.

Nel Medioevo questo mistico percorso veniva affrontato in nome della fede; oggi il Cammino può anche rispondere al desiderio di un'avventura, a una sfida personale, per ammirare gli splendidi paesaggi, i monumenti romanici e gotici.

Qui tanti pellegrini giungono da ogni parte d'Europa per salutare San Giacomo Apostolo. Si abbracciano dopo giornate di cammino all'arrivo sulla tomba del Santo; si aggirano con bastoni,

cappelli, conchiglie al collo (simbolo dell'avvenuto pellegrinaggio a Santiago de Compostela) per le stradine della città, dove si respira un'atmosfera che ha il sapore di una storia millenaria. Qui si sente la magia di quelle stelle che la sera illuminano la piazza dell'Obradorio e che, secondo la tradizione, hanno guidato l'eremita Paio nell'813 d.c. a scoprire la tomba di San Giacomo.

Un viaggio a Santiago è un viaggio con se stessi e credente o non credente ti pone di fronte a tutto ciò che nella quotidianità ti sembra impossibile, come l'attenzione all'altro, al tuo amico di viaggio che non sai da dove viene, non sai di che nazionalità è ma con la quale condividi un'esperienza importante che può solo arricchirti sia spiritualmente che culturalmente.

## TESTIMONIANZA DI UNA PELLEGRINA CHE HA VISSUTO L'ESPERIENZA DEI 4 GIORNI A SANTIAGO

*Qual è il senso di Santiago? E' una domanda che mi ha accompagnato in questi brevi giorni di cammino, brevi ma sufficientemente intensi per far crescere l'impegno di rinnovare l'esperienza. Difficile dare una risposta che sintetizzi un intreccio di emozioni, suggestioni, fede e spiritualità...*

*Per cui risponderò d'istinto, con l'impressione riportata a fine pellegrinaggio in quell'abbraccio di gente e di lingue che è la "Messa del Pellegrino" nella maestà religiosa della Cattedrale dove giovani e anziani, spagnoli, italiani, inglesi, polacchi... uomini e donne... diversi ma uniti da un cammino comune di ricerca dove Santiago non è la meta ma tappa fondamentale. Santiago serve a riflettere, serve a riprendere forza e vigore per ripartire e ritrovarsi di nuovo in cammino. Santiago è soprattutto condivisione, condivisione nelle differenze e condivisione delle differenze. E' l'abbraccio e il conforto di Dio. E' una nuova speranza! S.M.*

## QUALE RAPPORTO TRA SANTIAGO E UNA PERSONA CHE SVOLGE LA PROFESSIONE DI MEDICO?

Mi collego proprio a questa testimonianza per invitare i medici a vivere questa esperienza che inevitabilmente porta, oggettivamente e soggettivamente, a porsi delle domande.

Chi è il medico? Come il medico vive la sua professione ed i rapporti con propri pazienti? Di cosa si avvale per affrontare i casi difficili? Come li vive? Ecc...

Il medico è la persona che può portare rimedio ai mali fisici o morali, pertanto è colui che nell'attenzione all'altro, che vive uno stato di sofferenza, ha la responsabilità e l'opportunità di generare forza, fiducia e speranza.

La sollecitazione è quindi a vivere l'esperienza del pellegrinaggio quale momento per distaccarsi dalla quotidianità, per una riscoperta dell'interiorità, di un'apertura verso Dio, verso gli altri nel rispetto di tutto ciò che ci circonda.

Le nostre esperienze sono per ogni tipo di persona che ha posto al centro della propria vita valori importanti che inducono ad essere: responsabile, civile e gentile, rispettoso di se stesso e della terra, ricercatore della spiritualità, credente nella forza della meditazione e della preghiera, curioso e quindi interessato a nuove esperienze significative, amante del dialogo, disposto ad "attraversare le frontiere delle diversità", buon ascoltatore, sensibile alla solidarietà.

Nel tracciare questa sorta di identikit del pellegrino del III millennio è facile, quasi automatico, portarsi proprio verso la professione medica che oggi affronta e condivide con i pazienti, sfide e problemi, dagli importanti risvolti sociali, economici, psicologici.

Il pellegrinaggio, allora, come "strumento ideale" per sperimentare ulteriormente l'incontro tra il sapere e la competenza emotivo-relazionale di ogni medico.



OPERA ROMANA PELLEGRINAGGI

TERRA SANTA, LOURDES, FATIMA, SANTUARI ITALIANI ED ESTERI

Via della Pigna 13 - 00186 ROMA - Palazzo del Vicariato

# La transdisciplinarietà per un mondo accessibile

Dott.ssa Bice Privitera

Dirigente medico - Dipartimento di Prevenzione - ASUR Marche - Area Vasta 2 - Ancona

La complessità realizzativa di un progetto per l'evoluzione del sistema sanitario richiede la definizione di una visione strategica comune, attraverso un modello di riferimento, condiviso tra tutti gli attori coinvolti ai vari livelli socio-istituzionali, a supporto della strategia delle Regioni, orientata a realizzare un sistema che garantisca la più ampia disponibilità di servizi e di conoscenza a tutti gli utenti in condizioni di efficacia ed efficienza. Porre la continuità dell'assistenza come traguardo rimette al centro dell'attenzione i problemi di assetto istituzionale, di carattere organizzativo, di rilevanza normativa e contrattuale, di formazione e aggiornamento professionale: essa è l'espressione più concreta e tangibile di capacità del Sistema Sanitario Nazionale. Il modello a rete è stato scelto per raggiungere tale obiettivo.

E' fondamentale considerare la struttura anatomica della rete uguale ai nodi, che sono però tenuti insieme dalle relazioni, ovvero la trama. A seconda di come esse sono impostate, la rete cambia radicalmente. E' quindi importante il modo di porsi, per ottenere il collegamento e la integrazione fra i vari componenti del sistema.

La disponibilità di sistemi integrati e cooperativi consente lo sviluppo di forme di aggregazione di utenti coinvolti in specifiche aree tematiche, le *e-communities*.

La volontà di creare una Cabina di regia dedicata all'Integrazione Ospedale-Territorio conferma la visione strategica di un'ottica di rete globale, in linea con il concetto di "valori estesi". La "società estesa" potrà costituire il reale passaggio dalla società industriale alla società digitale solo se sarà in grado di determinare un'organizzazione sociale centrata sulla valorizzazione delle scelte e sulla diffusione della conoscenza (*knowledge society*). L'estrema complessità creata dall'evoluzione tecnologica, economica e sociale in corso indica una "terza" e nuova dimensione della catena del valore aziendale: quella del "valore" o meglio dei "valori estesi", la cui condivi-

sione e riconfigurazione in una logica di matrice istituzionale diviene fondamentale per la creazione del valore aggiunto sociale all'interno di una nuova "catena del valore estesa", che supera i "confini" tradizionali esistenti tra mondo aziendale, mondo individuale, mondo sociale e mondo istituzionale (Ruta, 2006).

A tal fine è necessario giungere alla "transdisciplinarietà", caratterizzata dall'arricchimento grazie al metodo della condivisione, all'uso di un linguaggio comune, all'apertura mentale, all'ottica di rete. E' questo il mezzo attraverso il quale si può andare oltre le barriere e quindi raggiungere il traguardo di un mondo accessibile. Essa è contraddistinta dalle seguenti caratteristiche:

- supera la "interdisciplinarietà" – la quale prevede sì l'affrontare insieme varie tematiche intorno al medesimo tavolo, ma solo mettendo a disposizione le proprie conoscenze e competenze, cosicché quando si termina di lavorare insieme si rimane con diverse discipline e differenti linguaggi –;
- consente di parlare un linguaggio condiviso, unitario, frutto della crescita del gruppo che lavora in rete, avendo trovato il "tessuto connettivo" fra le diverse componenti.

Per comprenderne il significato, pensiamo di sederci intorno a un tavolo, ognuno con la propria competenza; se realmente si svolge uno scambio di esperienze, ci si alza da quel tavolo arricchiti grazie ai contenuti portati da tutti gli altri partecipanti (Privitera, 2009).

Essa è alla base del *cooperative learning* e delle due classificazioni dell'OMS (ICF e ICF-CY).

L'ICF è basato sul valore dell'inclusione e su un modello universale di disabilità. Esso rigetta la visione secondo la quale la disabilità è una caratteristica distintiva di un gruppo minoritario separato di persone. La salute è l'abilità di vivere la vita in tutto il suo potenziale. Adottando l'ICF come base per le loro politiche e la loro cornice legale, i Paesi quindi sottoscrivono una visione della salute inclusiva, equa e umanistica. Essi ac-

cettano il diritto dei disabili ad essere una parte naturale della società.

Che cos'è la società umana? La maggior parte delle teorie sociologiche odierne ritiene che l'interrogativo sia da relegare al regno di una "metafisica" o di "grandi narrazioni" irrimediabilmente perdute. La società attuale sarebbe una sorta di "sospensione" tra un passato che non esiste più e un futuro che non può cominciare. Davvero la società umana è qualcosa che non ci appartiene più? Perché mai, allora, l'uomo continua a combattere per essa? Certamente, quanto più la modernità procede, tanto meno diventa probabile avere una società umana data per scontata. Si può tuttavia ragionevolmente pensare e sperare di poter vivere in una società dell'umano, cioè in un mondo in cui la soggettività della persona umana e le relazioni sociali siano differenziate, ma anche tali da consentire una vita sociale a misura dell'umano (Donati, 2009).

C'è da sottolineare che il livello relazionale è rilevante e precede quello tecnico e la relazione parte dalla consapevolezza che ciascun soggetto ha di sé e dalla disponibilità a metterne in gioco una parte che non riguarda solo l'ambito delle conoscenze intellettuali-cognitive, ma anche le abilità connesse alla gestione delle relazioni interpersonali, delle emozioni e dei conflitti. Il concetto di sé fornisce all'individuo uno strumento fondamentale per collocarsi con un senso di continuità nel tempo e nello spazio; ognuno di noi ha un'idea di sé. Attraverso la relazione passano significati. Noi infatti non ci scambiamo informazioni, ma significati e ogni soggetto è portatore di significati diversi in rapporto a: età, cultura generale e specifica, disponibilità delle

metodiche e abilità nell'usarle, "simpatia" (dal greco *sun*=insieme e *pathos*=emozione), capacità di rapporti, senso di responsabilità, affinità istintiva, ma anche interessi reciproci. Secondo tale approccio, affinché la rete sia efficace, è necessario che le relazioni tra i nodi si sviluppino su significati condivisi. Facendo riferimento sempre ad un rapporto di cura, Manghi (2004, 2005) ribadiva quanto già asserito da Bateson (1984), cioè che "la relazione viene per prima, precede" e serve a comunicare anche strumenti di cura diversi (ad esempio lo sguardo di una madre all'uscita di una seduta terapeutica può annullare anni di psicoanalisi) e Basaglia affermava: "Se guardiamo solo la malattia e non pensiamo anche alla persona, a quella persona noi creiamo cronicità". Ogni soggetto (il malato, l'operatore, il familiare) ha una propria visione della malattia, con l'attribuzione ad essa di significati diversi; l'elemento importante è la costruzione della relazione tra i diversi soggetti. E' chiaro allora che l'approccio con la malattia cronica richiede una strategia di rete (ottica integrata della rete): quando si abbassa il livello di complessità aumenta la necessità della relazione. Quello che viene proposto è, dunque, che l'ottica di rete non sia una vera e propria teoria, non sia una tecnica, quanto piuttosto una *forma mentis* basata sulla disponibilità di ciascuno a mettere in gioco una parte del sé per costruire significati condivisi. Tale concetto può trovare applicazione su tre livelli diversi:

- 1) il livello della risposta organizzata e dei sistemi di cura (il lavoro fra Servizi e la costruzione di percorsi e cura integrati, la continuità assistenziale);





- 2) il livello delle pratiche di cura e delle competenze professionali, la costruzione di contesti collaborativi fra professionisti, l'applicazione di metodologie complesse di intervento, il rapporto fra la cura professionale e le altre forme di cura (interventi multidisciplinari, *équipe*, in gruppo o con gruppi);
- 3) il livello della persona, l'importanza degli aspetti relazionali che si attivano nel rapporto di cura, la persona dell'operatore e la persona-paziente, le rappresentazioni familiari in merito al benessere e alla malattia (la risorsa relazionale, le risorse del contesto di vita, la vicinanza della cura, gli effetti delle reti familiari sulla salute, l'aiuto informale) (Previtera, in corso di stampa).

Sotto questo profilo, è utile considerare il valore della Relazione Annuale al Parlamento sullo stato di attuazione delle Politiche per l'Handicap in Italia: essa (Maroni, 2005) "costituisce un adempimento istituzionale, ai sensi dell' art. 41, comma 8, della legge 5 febbraio 1992 n. 104. In base alla citata disposizione il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali [oggi Ministero della Salute, ndr], nonché le altre Amministrazioni dello Stato, le regioni e le province autonome sono tenuti a presentare i dati relativi agli interventi di competenza in favore delle persone con disabilità. Rappresenta, pertanto, uno strumento istituzionale di particolare utilità per il monitoraggio delle politiche in favore delle persone con disabilità, per la diffusione delle informazioni e per il consolidamento della cooperazione tra i livelli di *governance* e tra le istituzioni ed i cittadini. In

coerenza con il nuovo assetto dei livelli di responsabilità, tale relazione non si presenta più come un insieme di contributi delle singole amministrazioni, ma fornisce un quadro integrato delle principali linee operative e degli sviluppi verificatisi in aree di intervento strategiche a livello centrale e regionale. Per favorire il raccordo interistituzionale, è stata messa a punto una nuova metodologia attraverso la realizzazione di un *software* progettato *ad hoc* per la raccolta delle informazioni e per la loro elaborazione, tale da permettere la valorizzazione ed utilizzazione in modo più efficace di quanto raccolto. La presentazione delle attività tiene conto dei riferimenti di carattere generale alla normativa di settore e alla relativa applicazione in ambito locale e rivolge inoltre l'attenzione alla programmazione di interventi ed agli investimenti specifici".

Gli sviluppi socio-economici-culturali-normativi conducono in maniera naturale a una evoluzione in senso reticolare delle organizzazioni sanitarie. La strada di reticolarizzazione può produrre tuttavia sviluppi totalmente destrutturanti per le aziende sanitarie. Dobbiamo immaginare l'azienda sanitaria come un insieme di "reti curanti", gruppi di cura che ruotano intorno al paziente, con l'obiettivo di prestargli le cure più appropriate, di cui l'organizzazione sanitaria ha sempre più il ruolo di coordinamento. Si determina quindi la necessità di avere la capacità di creare soluzioni intorno a quel problema. Peraltro la struttura sanitaria, sempre più investita della missione specifica di coordinamento, diventa un assemblatore di servizi, che mette in rete risorse in-

frastrutturali, tecnologiche e professionali per realizzare obiettivi di cura e l'azienda è definita non tanto dal suo perimetro geografico (che tende ad essere sfumato rispetto al territorio dove si trovano molti nodi delle reti curanti) e non è determinata tanto dalle risorse infrastrutturali, tecnologiche e umane, quanto dalle relazioni (Pre-*viterra*, in corso di stampa).

Naturalmente "l'organizzazione migliore" per definizione non esiste, è un'utopia. Bisogna sempre tener conto del contesto e delle esigenze, senza tuttavia mai abbandonare l'utopia, che funge da faro. "E' l'utopia che ci aiuta a costruire il nostro progetto. Andiamo al fondo di noi stessi e indaghiamo cosa ci faccia star veramente bene: è quello che ci farà dare il meglio di noi. Gli obiettivi vanno raggiunti; i progetti bisogna studiarli bene e lavorare sodo perché possano essere realizzati; l'utopia è il nostro faro. Non è importante realizzare l'utopia, ma mantenerla sempre viva (qualunque essa sia – leggere, disegnare, scrivere, suonare, etc. -), perché ci ricarica, ci dà energia per andare avanti. Pensiamo così a portare energia positiva ogni giorno nel nostro lavoro". Cos'è un progetto? Un progetto è una serie di attività complesse e intercorrelate, necessarie per raggiungere un traguardo ben definito, raggiungibile attraverso sforzi sinergici e coordinati, entro un tempo predeterminato e con un preciso ammontare (economico e di risorse umane) a disposizione. Le sue caratteristiche sono: unicità, temporaneità, obiettivi definiti, multidisciplinarietà, limitatezza delle risorse, ampiezza gestionale, complessità gestionale. Il termine

"progetto" ha un significato diverso da "obiettivo"; c'è infatti la componente temporale che determina la differenza: l'obiettivo è più a breve termine, il progetto si colloca invece nell'arco temporale di cinque-dieci anni. Esso ha insita in sé la caratteristica di avere molti desideri racchiusi; è necessario infatti proiettarsi fra cinque-dieci anni, cominciando a capire sin d'ora come si sarà allora; solo in tal modo si può alimentare la propria felicità e la propria soddisfazione, costruendo esperienze positive di scambio di conoscenze; per raggiungere tale fine bisogna comprendere cosa si ha e cosa invece manca, dando delle priorità alle azioni necessarie per ottenere ciò che manca; è importante per questo avere un disegno preciso di quel che si vuole; il progetto nasce da una visione, un'immagine di ciò che si desidera raggiungere e, andando a ritroso, agire sin da oggi in una direzione che dà un senso al nostro quotidiano; solo così si può evitare che le cose accadano "nonostante noi stessi", ovvero che ci capitino subendole; solo così si può riuscire a costruire qualcosa che ci dia soddisfazione e felicità: questo qualcosa è il progetto (Lucarelli, 2011). La multidisciplinarietà sovente rappresenta una forte barriera, crea resistenze, perché l'apertura mentale e il bagaglio culturale non sempre sono uguali fra i vari interlocutori; è infatti necessario parlare il medesimo linguaggio. Il *leader*, che in questo caso assume il ruolo di *project manager*, deve tener conto di tale concetto nello scegliere chi deve far parte del gruppo (se la scelta dipende da lui) o comunque (qualora la scelta non dipenda da lui) dev'essere





consapevole delle caratteristiche delle persone. Per capire se è giusto e utile lavorare per progetto, si dovrebbe rispondere ad alcune domande: a) esistono attività complesse? b) esse si muovono in un ambiente dinamico? c) ci sono forti vincoli? d) le attività devono essere integrate? Gli obiettivi del progetto devono essere ben individuati, sin dal principio. La chiarezza è fondamentale. E' quindi indispensabile la definizione degli obiettivi del progetto, con la descrizione di tutte le attività che devono essere svolte, i risultati che devono essere raggiunti e le relative risorse umane ed economiche necessarie al loro raggiungimento. La gestione dello scopo del progetto risulta quindi un punto essenziale nella gestione dell'intero progetto. E' basilare poi che sin dall'inizio i risultati siano misurabili e ci sia un monitoraggio costante della qualità del progetto, controllando: le risorse impiegate, gli *output* intermedi, se si stanno seguendo i tempi stabiliti. E' questo il *project time management*. Esso include i processi necessari ad assicurare le *performances* di tempo del progetto. Consiste nella definizione delle fasi del progetto, della loro interrelazione e della loro conclusione. Il rispetto dei tempi è fondamentale perché il risultato non sia intempestivo (Previtera, in corso di stampa).

Tutti i concetti su enunciati trovano un'applicazione pratica nel metodo del *cooperative learning* o apprendimento cooperativo (AC). Per un gruppo cooperativo la comunicazione è un pro-

cesso chiave, in quanto garantisce il suo funzionamento attraverso lo scambio di informazioni e sensazioni finalizzato al raggiungimento degli obiettivi. Il buon funzionamento del gruppo secondo il metodo cooperativo è garantito da un'efficace comunicazione, verbale e non verbale, intesa sia come costruzione del messaggio e articolazione del contenuto, sia come condivisione di un clima relazionale e positivo, espressione dell'insieme di percezioni, di vissuti e di sentimenti fondato sulla fiducia. Un sistema inclusivo come quello previsto dal ricorso alla metodologia dell'apprendimento cooperativo considera la persona protagonista dell'apprendimento qualunque siano le sue capacità, le sue potenzialità e i suoi limiti. Va favorita, pertanto, la costruzione attiva della conoscenza, attivando le personali strategie di approccio al "sapere", rispettando i ritmi e gli stili di apprendimento e "assecondando" i meccanismi di autoregolazione (Hannafin et al., 1994; Johnson, 1996; Hannafin et al., 1999; Jonassen e Land, 2000; Kagan, 2000; Hill e Land, 2003; Polito, 2003; Benasayag e Schmit, 2005; Venza, 2007; Bonvino, 2009; Borello et al., 2009).

Assunto fondamentale è il concetto di interdipendenza positiva (Palincsar e Brown, 1984). Consiste nella consapevolezza, da parte dei componenti del gruppo, di essere legati reciprocamente da una dipendenza relazionale che risulta essere direttamente proporzionale al grado

di coinvolgimento sentimentale e di utilità che lega gli uni agli altri. Nell'AC infatti l'attenzione a quest'elemento è fondamentale, gli appartenenti al gruppo hanno la percezione di essere collegati in maniera positiva in modo che il singolo non possa raggiungere i propri obiettivi senza il gruppo e viceversa. La coesione dei componenti, inoltre, diviene più solida, più autentica e quindi ottimale quando il gruppo stesso ha la possibilità di scegliere l'adesione dei propri membri. I fratelli David Johnson, Roger Johnson ed Edythe Johnson Holubec (considerati i pionieri del cooperative learning, Università del Minnesota) ritengono l'interdipendenza positiva come il cuore dell'apprendimento cooperativo. Ciò che essa determina è la consapevolezza in ciascuno di essere parte fondamentale e indispensabile per il gruppo, con effetti positivi in termini di motivazione, impegno e nelle relazioni interpersonali.

Altro concetto basilare è l'interazione simultanea e costruttiva. Fondamentale per la riuscita nell'apprendimento è infatti la partecipazione (Cole e Engestrom, 1993; Ge e Land, 2004). Tale idea è supportata anche da Kagan, il quale ritiene che la partecipazione sia una componente fondamentale nel processo di apprendimento. Precondizione per il successo dell'apprendimento è la partecipazione equa; data questa, si intende per interazione simultanea la percentuale di componenti del gruppo o comunità che è attiva nello stesso momento (Kagan, 1992, 2000).

Le abilità sociali sono un altro degli elementi essenziali del *cooperative learning* e consistono nei vari comportamenti che una persona manifesta e adotta nelle relazioni interpersonali. Ogni componente del gruppo deve quindi imparare ad apprendere e sviluppare tali abilità se vuole ottenere e vivere un clima di collaborazione e cooperazione. La qualità dei risultati e la mole di lavoro svolto dal gruppo sono direttamente proporzionali al *feeling*, alla fiducia e alla comunicazione che si instaurano fra i membri, insieme alla loro capacità di saper risolvere i conflitti, sostenendosi ed accettandosi reciprocamente. Queste caratteristiche non sono comunque innate, ma vanno acquisite grazie all'insegnamento e all'educare alla relazione, grazie quindi alla comunicazione intesa come ricerca del dialogo efficace per l'incontro con l'altro. I membri del gruppo infatti, durante il *cooperative learning*, vivono situazioni ed emozioni diverse compresi

i conflitti e rivestono ruoli inusuali, che a volte esulano dal loro abituale comportamento; essi vanno quindi aiutati a realizzare un clima di fiducia e allenati a sviluppare le loro abilità interpersonali (Silliman, 2001; Dornisch e Land, 2002).

Gli studenti e gli insegnanti "creano intenzionalmente "zone di sviluppo prossimale", disseminando il contesto di idee e di nozioni che essi ritengono importanti e raccogliendo quelle che "hanno attecchito" nella comunità. I partecipanti sono liberi di appropriarsi del vocabolario, delle idee, dei metodi e così via che all'inizio appaiono come parte del discorso condiviso e, con l'appropriazione, trasformano queste idee attraverso l'interpretazione personale" (Brown et al., 1993). Trova quindi applicazione quanto sostenuto da Whitehead già nel 1929, ovvero che "la cultura è attività del pensiero e recettività della bellezza e del sentire umano". Nel processo multidirezionale di appropriazione, gli studenti di tutte le età e di tutti i livelli di competenza e interessi seminano l'ambiente di idee e conoscenze, di cui i differenti studenti si appropriano a livelli diversi. Essi possono partecipare a un'attività che è più complessa di quella che sono in grado di comprendere, producendo "prestazione prima di competenza", per usare una frase di Cazden (1981). Infine, attraverso le strutture dialogiche di partecipazione, il significato è negoziato e rinegoziato costantemente in modo reciproco e in molteplici modi dai membri della comunità. La "metacognizione" è un termine per indicare la capacità di controllare i propri processi di pensiero, la percezione della necessità di ulteriori informazioni per la comprensione di un fenomeno e la riflessione su ciò che si è imparato (Brown, Bransford, Ferrara, & Campione, 1983; Brown, 1987).

Riguardo agli aspetti organizzativi, si focalizza l'attenzione sulla "*leadership* distribuita" (Bellandi, 2006). La *leadership* si inserisce in questo contesto e mira ad attivare i meccanismi, le dinamiche e le potenzialità di cui il gruppo esprime la necessità. Ecco allora che cambia la prospettiva e diventa più sensato parlare di *leadership* come funzione e non più solo come ruolo. Non si tratta più di una singola persona che, mettendosi a capo di un gruppo, cerca di rispondere a tutte le richieste dei componenti, ma del gruppo che, per dare voce a una serie di aspettative e bisogni, sviluppa al suo interno delle fun-

zioni (Johnson e Johnson, 2005). Tali funzioni tendono a garantire non solo sopravvivenza e sviluppo, ma anche efficacia in termini organizzativi, mentali, operativi, comunicativi e di clima. Per il *cooperative learning* quindi la *leadership* può essere svolta da più persone, ognuna delle quali provvede a specifiche funzioni. Con la *leadership* distribuita la responsabilità passa da una a molte persone e si forma una corresponsabilità nella gestione del gruppo.

Emerge chiaramente da tutto quanto suesposto che la transdisciplinarietà quale elemento cardine del metodo di apprendimento cooperativo possa essere di grande utilità nell'affrontare le situazioni di disagio globalmente inteso vissute dai soggetti con disabilità di vario genere, traendo da ognuno di loro il meglio delle potenzialità in un clima organizzativo favorevole (Palincsar e Brown, 1984; Delpit, 1988; Gallimore e Tharp, 1990; Brown et al., 1993; Jenkins et al., 1994; Meloth e Deering, 1994; Kamps et al., 1995; Johnson et al., 1996; Bishop, 1997; Gaskins et al., 1997; August e Hakuta, 1998; Pressley, 1998; Seymour et al., 1998; Stone, 1998; Alvermann, 1999; Guthrie e Alvermann, 1999; Kamhi e Catts, 1999; Land e Greene, 2000; Graham e Harris, 2001; Dornisch e Land, 2002; Bertazzi, 2003; Ge e Land, 2004; Orefice e Sarracino, 2004; Benasayag e Schmit, 2005; Pavan e Ellera, 2005; La Prova, 2008; Bertozzi, 2009; Borge, 2010). La metodologia appare particolarmente indicata nei gruppi di *cooperative learning* dedicati alla lettura come strategia di integrazione per studenti con disturbi del comportamento, specie nel caso dell'autismo (Kamps et al., 1995).

## CONCLUSIONI

“Non si può risolvere i problemi con lo stesso approccio che li ha generati” (A. Einstein).

A Marco Polo che sta descrivendo un ponte, pietra per pietra Kublai Khan chiede: “Ma qual è la pietra che sostiene il ponte?” “Il ponte” – rispon-

de Marco Polo – “ non è sostenuto da questa o quella pietra, ma dalla linea dell'arco che esse formano” (I. Calvino).

“La conversazione è un edificio al quale si lavora in comune. Gli interlocutori devono sistemare le loro frasi pensando all'effetto d'insieme, come fanno i muratori con le pietre” (A. Maurois).

Il modello a rete può rappresentare, come la pietra scartata dai costruttori che divenne pietra d'angolo, la chiave di volta per gestire favorevolmente l'evoluzione del sistema sanitario a patto di una visione strategica comune, attraverso la condivisione tra tutti gli interlocutori di un medesimo linguaggio e modello di riferimento, possibile attraverso la “transdisciplinarietà”.

La Rete non è solo un luogo dal quale attingere informazioni (to pull), ma è anche un luogo nel quale spingere idee, progetti e attività collaborative (to push).

Il superamento delle barriere è possibile, a condizione di “andare oltre”, il che implica i concetti di conoscenza e di volontà di affrontare e superare il pregiudizio. Questo è il primo passo verso il principio dell'innovazione: “L'innovazione nasce dalla diversità” (S. Justesen).

“L'unico vero viaggio, l'unico bagno di giovinezza, sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri occhi, vedere l'universo con gli occhi di un altro, di cento altri, vedere i cento universi che ciascuno vede, che ciascuno è” (M. Proust)<sup>1</sup>.

## Dott.ssa Bice Previtera

Medico Chirurgo - Specialista in Neurologia

Specialista in Biochimica e Chimica clinica

Igiene e Sanità pubblica

Azienda Sanitaria Unica Regionale - Area Vasta 2

Ancona - Dipartimento di Prevenzione

Via Cristoforo Colombo, 106 - 60127 Ancona

Tel. 071 8705916-7 - Fax 071 870 5816

e-mail: [bice.previtera@sanita.marche.it](mailto:bice.previtera@sanita.marche.it)

[biceprevitera@gmail.com](mailto:biceprevitera@gmail.com)

1 - Marcel Proust, *A la recherche du temps perdu* (RTP), La Prigioniera, I Verdurin litigano con il signor di Charlus, trad. di Paolo Serini: “L'unico vero viaggio, l'unico bagno di giovinezza, sarebbe non andare verso nuovi paesaggi, ma avere altri occhi, vedere l'universo con gli occhi di un altro, di cento altri, vedere i cento universi che ciascuno vede, che ciascuno è. Questo noi lo possiamo fare con un Elstir, con un Vinteuil: con i loro simili, noi voliamo veramente di astro in astro”. [E' importante la contestualizzazione: la frase è infatti contenuta nel lungo capitolo in cui il Narratore si trova ad un ricevimento in casa dei Verdurin e mentre ascolta la Sonata e il Settimino di Vinteuil eseguiti da Morel ed altri musicisti si lascia andare a considerazioni sulla vita e sull'arte. Vinteuil (il musicista) ed Elstir (il pittore) sono, come i lettori della RTP sanno, tra i personaggi dell'opera di Proust che rappresentano l'arte. Gabriella Alù: Il vero viaggio - Marcel Proust, 2008].



## Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Ancona

Ancona, 2/11/2011

A tutti gli iscritti  
Albo medici chirurghi e Albo odontoiatri  
della provincia di ANCONA  
LORO SEDI

### ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Come disposto dall'art. 23 del D.P.R. n°221 del 5/4/1950, il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di indire l'assemblea annuale degli iscritti per mercoledì 14 dicembre p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

**GIOVEDÌ 15 DICEMBRE 2011 ORE 16,30, IN SECONDA CONVOCAZIONE,**

presso la Loggia dei Mercanti - Via della Loggia - ANCONA

con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul Bilancio consuntivo 2010 e presentazione Bilancio preventivo 2012;
- 3) Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti;
- 4) Premiazione per il 50°, 60°, 70° e 25° anno di laurea;
- 5) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 6) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea in prima convocazione è valida se interviene almeno un quarto degli iscritti; in seconda convocazione, è valida qualunque sia il numero degli intervenuti (presenti, o rappresentati per delega), purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio.

E' consentita la delega, da apporre in calce al presente avviso e da consegnare al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe.

I bilanci sono in visione presso l'Ordine.

Il Presidente  
Dott. Fulvio Borromei

-----  
*Tagliando per delega*

*Il sottoscritto dott./prof. \_\_\_\_\_  
delega a rappresentarlo, nell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli  
Odontoiatri della Provincia di Ancona del giorno 15 DICEMBRE 2011*

*il dott./prof. \_\_\_\_\_*

-----  
(data)

-----  
(firma)

# medici & medici



[www.ordinemedici.ancona.it](http://www.ordinemedici.ancona.it)  
[segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it)