



**UNO SCUDO
PER GLI EROI DELL'UMANITÀ**



**IL MEDICO, IL SOLDATO,
IL PARADISO**

SPECIALE

La **STORIA** dell'Ospedale "PIEMONTE"

saggio di **Carmelo Micalizzi**



**L'EDITORIALE:
ANGELI, EROI O BANCOMAT?**



**NOVITÀ SULL'ABORTO
FARMACOLOGICO**



**IL TESTAMENTO
DI ALBERT SABIN**



**ESSERE MEDICO AL TEMPO
DELLA PANDEMIA**



**CI INSEGNAVANO
"PRENDI A MODELLO"**



**CONSIGLIO FORENSE CONTRO
AVVOCATI CHE SPECULANO**

NUMERO 3

MANDATO
IN STAMPA
IL 18 SETTEMBRE 2020

MESSINA
MEDICA

editore
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Messina

direttore editoriale
Giacomo Caudo

direttore responsabile
Carmelo Salpietro

vice direttore responsabile
Stefano Leonardi

redattore capo
Massimiliano Cavaleri

comitato di redazione
Paquale Aragona, Luisa Rita Barbaro, Antonino Fiumanò,
Giuseppe Giannetto, Rita La Paglia, Giovanni Pulitanò,
Rosalba Ristagno, Giuseppe Romeo, Giuseppe Ruggeri,
Salvatore Rotondo, Carmelo Staropoli, Michele Tedesco

funzionario
Giuseppe Ingegniere

segreteria di redazione
Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri
via Bergamo is. 47/A Messina
tel. 090.691089 fax 090.694555
www.omceo.me.it messinamedica@omceo.me.it

grafica e impaginazione
Massimiliano Cavaleri - Europa Due Media & Congress
via Boner, 56 - 98121 Messina tel/fax 090.5726604
europadue@gmail.com www.europadue.com

stampa
Di Nicolò Edizioni
via Saponara 7, 98168 Messina
090 6017445 dinicoledizioni@libero.it

spedizione
"ERMETE EXPRESS"
Via risorgimento 177 - 98123 Messina
090 7388978 - info@ermeteexpress.it

tiratura 7.000 copie
Spedito gratuitamente ai medici e odontoiatri
iscritti all'ente, a tutti gli Ordini
dei medici italiani e a un target di autorità

Unione Stampa Periodica Italiana



sommario

- 2 L'editoriale: **angeli, Eroi o bancomat?**
- 5 La mano invisibile: essere **medico al tempo della pandemia**
- 6 Civiltà medica: il testamento di **Albert Sabin**
- 8 Il medico, il soldato, il paradiso
- 9 **Da Patti a Liverpool...** i Beatles
- 10 Speciale storia Ospedale "Piemonte"
- 26 Il medico condotto
- 27 Ci insegnavano... **"prendi a modello"**
- 28 Quando gli **uomini avevano la coda...** i Medici?!
- 29 **Uno scudo per gli eroi** dell'umanità
- 30 Diritto alla salute: novità su **aborto farmacologico**
- 31 **Scenari di guerra e covid:** la futile mitopoiesi...
- 32 Angolo della posta: Consiglio Forense **contro avvocati...**

Manda i tuoi articoli a
messinamedica@omceo.me.it

CONSIGLIO dell'ORDINE

PRESIDENTI ONORARI

SANTO FAZIO, ANTONINO TRIFIRÒ, FRANCESCO TRIMARCHI

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

DOTT. GIACOMO CAUDO

VICE PRESIDENTE

PROF. RENATO PALMERI

CONSIGLIERE SEGRETARIO

DOTT. GIUSEPPE ROMEO

CONSIGLIERE TESORIERE

DOTT. FILIPPO ZAGAMI

CONSIGLIERI

DOTT. ANTONINO GRILLO

DOTT. GAETANO IANNELLO

DOTT. AURELIO LEMBO

DOTT. STEFANO LEONARDI

DOTT. GIUSEPPE LO GIUDICE

DOTT. SEBASTIANO MARINO

PROF.SSA ROSA MUSOLINO

DOTT. MARIO POLLICITA

DOTT. SALVATORE ROTONDO

PROF. CARMELO SALPIETRO DAMIANO

DOTT.SSA ANGELA SILVESTRO

DOTT. FABRIZIO SOTTILE

DOTT. CARMELO STAROPOLI

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

DOTT. GIUSEPPE RENZO

COMPONENTI

DOTT. GAETANO IANNELLO

DOTT. GIUSEPPE LO GIUDICE

DOTT. ANTONIO SPATARI

DOTT. MICHELE TEDESCO

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

EFFETTIVI

DOTT. BIAGIO BONFIGLIO

DOTT. ANTONINO CAMPISI

DOTT. ELIGIO GIARDINA

SUPLENTE

DOTT. GAETANO CINCOTTA



Angeli, Eroi o BANCOMAT?

RELAZIONE AL CONVEGNO "LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE MEDICA AI TEMPI DEL COVID - 19. I medici: eroi o potenziali indagati?" (Messina 8 luglio 2020, ore 15,00 Webinar), organizzato dalla "Struttura territoriale di formazione della Corte d'appello di Messina"

Aristotele si chiedeva spesso "Qual è la cosa più veloce ad invecchiare?" e si rispondeva prontamente "La gratitudine" (Diogene Laerzio, "Vite dei filosofi"). Qualche migliaio di anni dopo, Enrico De Nicola (primo presidente della nostra Repubblica, quello che camminava col cappotto rivoltato e rifiutava l'indennità che gli spettava), affermava "La gratitudine è il sentimento della vigilia!".

Sempre attuale questo concetto, anche nel contingente momento di emergenza COVID: i sentimenti della nostra società alternano retorica e cinismo, beatificazione e pubblico ludibrio, e tutto nel giro di poche settimane. È normale che tutto ciò avvenga in un Paese dalla memoria corta, capace di ricordarsi della classe medica solo nella fase emergenziale.

Fino alle prime settimane del 2020 nessuno immaginava cosa fosse il COVID 19, nessuno sapeva quali protocolli utilizzare, nessuno sapeva come curare. Tutte le affermazioni in tal senso sono state fatte attraverso ciò che si conosceva degli altri coronavirus. Da questo derivano le diverse convinzioni espresse dai numerosi opinion leader e le non infrequenti "marce in dietro" ed i cambiamenti di opinioni.

Era una fase "di guerra". In guerra, come si sa, non si possono usare i metodi della pace. Per la complessità dei problemi non immaginabili che si succedono rapidamente e i cui tentativi di soluzione hanno fatto osservare ritardi diagnostici e ritardi terapeutici. Ci si è trovati quindi di fronte a una situazione nuova, imprevedibile e sconosciuta, dove le anche le decisioni di organismi istituzionali superiori e indipendenti (come l'OMS) sono state spesso fuorvianti (uso delle mascherine Si/No, guanti Si/No, 2 tamponi consecutivi Si/No, etc.) a testimonianza della complessità del problema.

A questo punto mi sembra necessario ricordare qualche numero per dare il giusto peso alla gravità del problema COVID: 239.706 soggetti hanno contratto l'infezione, 34.678 sono i deceduti e 103 i posti letto in terapia intensiva che in questo momento vengono occupati ancora da malati COVID-19 (dati aggiornati al 25 giugno 2020).

Ma come siamo arrivati a lavorare così in affanno?

Il taglio dei "rami secchi" è una antica procedura finanziaria e non una scelta economica. Prima dell'emergenza COVID19 il Sistema Sanitario aveva subito un pericoloso ridimensionamento attraverso tagli lineari sulla base di calcoli fatti dai ministri di turno generati da spending review che hanno ridotto significativamente la rete ospedaliera con la chiusura di molte Unità Operative e rarefatto il personale dei reparti superstiti contingentando in maniera pericolosa la fornitura di materiali e attrezzature.

Pericolosa perché in alcuni casi, come nella sanità, spesso il vantaggio per la società deriva dallo spendere soldi a "fondo perduto" in attrezzature e attività pronte all'uso che non verranno mai utilizzate. Poiché il loro uso presuppone il realizzarsi di gravi tragedie come quella che stiamo vivendo. In pratica la società, paradossalmente, deve essere contenta se spende soldi "a vuoto" per un Pronto Soccorso o una Rianimazione non utilizzata, perché, in caso di una loro saturazione, vuol dire che ci si trova di fronte a tragedie come quella che si sono vissute nelle "zone rosse".

Accorgersi dei problemi quando la casa è in fiamme è una consolidata cattiva abitudine di chi ci governa. L'esempio è dato dall'aumento dei posti di terapia intensiva in Italia che, a seguito dell'emergenza COVID sono passati da 5.579 a 9.284 con un incremento del 79% in controtendenza a come era stata gestita la Sanità negli ultimi anni. In assoluta difformità da come si era comportata la Germania che poteva contare, di base, su 28mila posti di terapia intensiva pienamente operativi, cosa che le ha permesso di affrontare con maggiore tranquillità l'emergenza COVID. Da noi, invece eccellenze mediche sono state costrette a operare silenziosamente in strutture fatiscenti, schiacciate dalla burocrazia sanitaria.

Angeli ed Eroi

La situazione che si è venuta a creare negli ultimi mesi ha fatto sì che si sia la classe medica in generale e tutti gli operatori sanitari, in particolare, fossero appellati con "apologetici epiteti encomiastici di omerica memoria": Angeli, Eroi, Superuomini. Ma i medici non si riconoscono in nulla di tutto questo, perché sanno bene che il ruolo svolto nel corso dell'emergenza non ha nulla di eccezionale, è solo il frutto di una eccezionale normalità.

Se così non fosse negli ospedali non si registrerebbero montagne di ore di servizio in più (a titolo gratuito) necessarie a compensare i turni di lavoro lasciati scoperti da una programmazione scellerata di sottodimensionamento degli organici, dove il servizio straordinario non è retribuito ma va compensato con un riposo che genera, a ruota, altro straordinario da parte di colleghi chiamati a coprire a loro volta i turni.

Non dimentichiamo, poi, che nel corso dell'emergenza è stata sempre garantita l'urgenza di altra natura (i pazienti con problemi oncologici hanno continuato ad essere operati, così come quelli che presentavano addome acuto, aneurismi aortici in fase di rottura, ictus cerebrale, per non parlare delle appendiciti, delle uropatie ostruttive, dei parti).

Non va dimenticato, inoltre, che molti chirurghi si sono messi a disposizione per l'attività internistica anti-covid, alcuni di questi sono stati infettati, molti medici sono morti e tanti convivranno il resto dei loro giorni con reliquati patologici importanti.

Da Eroi a Bancomat

Momento storico nel quale si colloca l'emergenza COVID: dalla figura del medico inteso come colui che decideva insindacabilmente e paternalisticamente della terapia e talora della sorte del paziente, si è passati ad una evoluzione (involuzione?) con la concezione del medico come "preda risarcitoria" di avvoltoi spesso organizzati con atteggiamenti e comportamenti primordiali, istintivi e tribali.

L'entusiasmo del riconoscimento pubblico si è spento in fretta. È incominciata così la naturale fase del contrappasso alimentata da organizzazioni legali che complicano un sano e corretto equilibrio nei rapporti tra medici e pazienti tra medici e società.

Oggi vengono distribuite dalle più alte cariche dello stato encomi ed onorificenze per testimoniare il ruolo svolto nel corso della crisi di alcune figure professionali. Con il passare del tempo, però, a dimostrare quanto questi discorsi fossero meno che parole al vento non c'è stata alcuna azione che testimoniassero la reale percezione dell'importanza di tali figure per il paese, facendo precipitare nell'oblio e nell'invisibilità quelli che prima venivano chiamati eroi.

Oggi assistiamo invece, ed il trend è volto al peggioramento, alla più grave delle infamie quando si registra che i medici vengono chiamati in causa dalla Aziende Sanitarie in caso di sinistro, quando la denuncia è rivolta solo all'Azienda. O peggio a ricercare colpe mediche inesistenti da parte di improbabili pseudo danneggiati, quando ci si trova di fronte a situazioni dove il sanitario è l'unico elemento potenzialmente solvente (lui o la sua assicurazione) anche se è arrivato sul luogo del crimine a crimine avvenuto, attraverso fantasiose ipotesi di ritardi o errori di cura mai avvenuti.

Lavorare in un reparto COVID

Lavorare in un reparto COVID nel pieno della pandemia significa lavorare in un non luogo, fuori dallo spazio e dal tempo dove spesso non ci si rende conto se è giorno o notte. Dove non era raro, soprattutto nei primi tempi della epidemia, che scarseggiassero i dispositivi di protezione individuale (DPI).

Lavorare in un centro COVID in piena pandemia significa lavorare spesso in ambienti mal condizionati, in affanno, con carenze di personale che causano turni di lavoro massacranti e soprattutto difficoltà di adesione ai protocolli (a causa di carenze di materiali, di sovraccarico di lavoro e turni, etc.) e quindi maggiore possibilità di complicanze e/o errori. Accompagnati costantemente da un grande stress psicologico.

Lavorare all'interno di tute impermeabili a "tenuta biologica" produce un "effetto sauna" degno delle migliori SPA. Le maschere filtranti, poi producono alcalosi respiratoria ed ipercapnia, per la evidente riduzione degli scambi di ossigeno, sudore e prurito (senza la possibilità di grattarsi). Per non fare appannare gli occhiali e per fare meglio aderire al naso le mascherine è indispensabile utilizzare un cerotto per farle aderire sul volto e non far passare l'aria espirata, con conseguenti lesioni, ferite e cicatrici. I visori di protezione in plexiglass, infine, determinano una morsa costante, per tutto l'intero turno, sul cranio spesso causa di insopportabili cefalee. La durata dei turni di lavoro e l'impossibilità di utilizzare i bagni in tali condizioni ha richiesto non infrequentemente l'uso di pannoloni-mutandina.

Gli aspetti collegati all'interpretazione (bias cognitivi)

Nel percorso decisionale diagnostico-terapeutico non è sempre semplice affidarsi ad una analisi critica degli sviluppi del quadro clinico per muoversi all'interno di strade codificate a priori.

In tali situazioni, infatti possono svilupparsi distorsioni sistematiche del giudizio retrospettivo che si concretizzano in diagnosi (fondamento di corrette terapie) che non sempre sono così appropriate a causa di specifiche fonti di errore determinate da processi cognitivi derivati dal nostro modo di ragionare in condizioni di incertezza.

Alla stessa maniera l'errore del giudizio retrospettivo porta a credere, erroneamente, che si sarebbe stato in grado di prevedere correttamente un evento una volta che questo è ormai avvenuto con conseguenti riflessi fuorvianti.

Tutto ciò avviene quotidianamente in ambiente clinico, ma quando la decisione medica viene giudicata "a posteriori" cosa succede?



Questo tipo di distorsione retrospettiva colpisce tutti gli uomini.

Soprattutto quando ci si trova di fronte a problematiche complesse e articolate, situazioni nelle quali spesso si trovano non solo i clinici ma, anche, avvocati, giornalisti, giudici, medici legali.

Non è infrequente, per cercare di "normalizzare" il campo d'azione, il tentativo di affidarsi alla valutazione per la corretta conduzione clinica all'interpretazione delle linee guida, ma queste non sono come il letto di Procuste. Se è infatti corretto considerare come diligente una condotta medica conforme alle linee-guida, vi sono troppo spesso (il paziente è un unicum che quasi mai può essere generalizzato) decisioni mediche che possono essere considerate diligenti anche se non aderiscono scrupolosamente alle linee-guida. Questo giusto ridimensionamento del valore delle linee guida è stato recentemente stabilito dalla Corte di Cassazione che ha definitivamente stabilito che esse non rappresentano un insuperabile "letto di Procuste" (il brigante della mitologia Greca che "normalizzava", in funzione della lunghezza del suo letto, chi gli veniva a tiro, amputandogli le gambe o stirandolo a misura di letto). Le linee guida, invece devono riprodurre uno strumento atto a valutare la scelta clinica secondo modalità che non devono tuttavia prescindere dal singolo caso reale. Discostarsi da esse al fine di evitare complicanze nel paziente per le sue particolari condizioni o per ottenere risultati migliori in termini di tempo e di qualità di successo, rappresenta una norma che non va mai perduta di vista.

Non tralasciando inoltre il fatto che troppo spesso, sotto la pressione psicologica della possibile accusa di malpractice l'eccessiva aderenza alle linee guida espone a una medicina di difesa da tutti criticata ma da troppi praticata.

Con l'avvento della fase 3 fioccano le denunce da parte dei parenti dei pazienti deceduti nei mesi scorsi. In Lombardia sono stati centinaia di esposti presentati da parenti di pazienti deceduti nel corso dell'emergenza COVID. Le criticità denunciate sono diversificate e vanno dal ritardo nell'effettuazione del tampone a diagnosi indicate come errate o a terapie non adeguate.

Una delle soluzioni prospettate è stato quello di una sorta di "scudo" per la salvaguardia dei medici dalle possibili rivealse penali e civili nel corso dell'emergenza COVID19.

Sulla scia di questo è stato effettuato un tentativo di includere nei beneficiari dello scudo anche i dirigenti amministrativi, i direttori generali, i direttori territoriali e regionali, i vertici delle strutture sanitarie sia pubbliche che private al fine di garantire la posizione degli amministratori nei confronti di denunce e tentativi di rivalessa.

CONCLUSIONI

Questo contributo vuole rappresentare uno scambio di conoscenza, presupposto fondamentale della competenza che a sua volta è indispensabile per la comprensione della complessità della situazione in cui ci troviamo, che non può avvenire senza sufficienti e validi elementi di giudizio.

Per forma mentis rispettiamo protocolli, procedure e linee guida, ma non fateci pagare le colpe degli altri. Ci meritiamo una classe politica che comprenda l'importanza delle fondamenta della nostra società (Scuola, Giustizia, Sanità) senza che si debbano realizzare tragedie come l'emergenza COVID per far comprendere che depotenziarne la struttura espone a gravi conseguenze, spesso irreparabili. Fino ad oggi sono sati apporati tagli senza alcuna ottimizzazione delle procedure o delle organizzazioni interne del sistema, generando solo criticità nella realizzazione del core-business.

È indispensabile ripensare ad una riforma complessiva che deve necessariamente coinvolgere chi lavora sul campo, perché solo chi lavora sul campo è a conoscenza di come si ottengono i migliori risultati con il minimo sforzo. Ripensare, quindi, il Sistema Sanitario attraverso alleanze e gioco di squadra: come nell'emergenza COVID, dove ha vinto il lavoro in Team che ha tutelato e salvaguardato i pazienti attraverso il lavoro di professionisti impegnati in prima linea.

Certamente un ruolo fondamentale verrà svolto dalla figura del medico consulente nella valutazione del caso cui si chiede il risarcimento. Un ulteriore ruolo fondamentale verrà ad essere rappresentato dal giudice che dovrà interpretare ed applicare la norma in caso di presupposta colpa medica.

La situazione folle che si è venuta a creare ci preoccupa e ci auguriamo che questa venga mitigata dal buon senso della giurisprudenza poiché al di là delle leggi, degli ordinamenti o delle linee guida, se un evento era eccezionale e all'epoca sconosciuto, è difficile pensare a risarcimenti esigibili.

Abbiamo fatto il nostro dovere in una situazione in cui non avremmo mai voluto trovarci, affrontando problemi che non avremmo immaginato neanche nei nostri incubi peggiori, vedendo e sentendo cose che non riusciremo mai più a dimenticare. Forse, più che riconoscimenti, desideriamo rispetto e comprensione.

Nessuno vuole lo scudo, nessuno vuole l'immunità, tutti vogliamo continuare a lavorare serenamente per svolgere la nostra naturale professione. Perché esercitare la nostra professione non significa custodire le ceneri delle conoscenze di chi ci ha preceduto, ma mantenerne viva la fiamma al fine di rinnovarne la comprensione dei valori per le generazioni future al fine di seminarne i frutti per una nuova stagione di raccolta. ■



trimarchi

Questa riflessione deve aprirsi con un tributo di gratitudine a medici, infermieri, agenti socio-sanitari e quanti altri che, incuranti del rischio della loro vita, hanno prestato e prestano la loro opera nella cura dei cittadini contagiati dal Covid-19. Il contesto, il modo, il metodo, la fattualità del prendersi cura di una persona con un problema di salute, nell'ambulatorio del Medico di Famiglia, in un ambulatorio specialistico, in uno studio medico pubblico privato, hanno mutato, repentinamente, essenza e statuto. Non sono mutate

le caratteristiche antropologiche della persona né l'espressione soggettivo-funzionale e quella clinica del disordine lamentato. Sono cambiati e in modo radicale il modo di essere "paziente" e il modo di essere "medico" nel contesto

pressoché esclusivo di un approccio basato sulla Telemedicina. Il Ministero della Salute ha prodotto un documento (www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2129_allegato.pdf) che definisce e discute in modo dettagliato la natura e le applicazioni della Telemedicina, quale modalità di assistenza sanitaria, per mezzo di tecnologie innovative di informazione e comunicazione (ICT), nella situazione (che stiamo vivendo in tempo di SARS-CoV2) in cui il medico e il paziente (o due o più professionisti) non si trovano nello stesso luogo fisico, ambulatorio o reparto clinico. La Telemedicina, assimilata a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico deve essere considerata sempre integrativa e mai sostitutiva dell'azione diagnostico-terapeutica del medico, ma, nella primavera del 2020, è divenuta, di fatto, sostitutiva, mutando sostanzialmente la prospettiva del rapporto col paziente. Fra le persone con un problema di salute di pertinenza endocrina di cui tratto per

personale competenza professionale e culturale, quelle affette da Diabete mellito, sono un numero assai cospicuo e a indicare come prendersene cura in siffatto contesto, la Società Italiana di Endocrinologia, congiuntamente alle Società scientifiche che hanno analogo oggetto culturale (SID e AMD), ha prodotto un documento con raccomandazioni operative appropriatamente diffuse anche sul sito della SIE, relativo a "Procedura per la realizzazione in remoto delle visite di controllo ambulatoriali programmate nei centri di diabetologia che già seguono le persone con diabete" (www.societaitalianadiendocrinologia.it/html/cnt/emergenza-covid.asp) che cerca di mitigare gli

effetti negativi dell'assenza di contatto interpersonale e ha dato notizia anche ai mezzi di informazione di evidenze scientifiche relative a prevalenza e impatto del diabete fra le persone contagiate dalla SARS-CoV2. Le rare urgenze in endocrinologia clinica non possono comunque prescindere dal contatto fisico in contesti adeguatamente protetti e includono la crisi surrenalica, le iponatremie, le ipocalcemie e le ipercalcemie acute, l'apoplezia ipofisaria, adeguatamente definite dalle linee guida delle società scientifiche endocrine, oltre alla rara crisi tireotossica e a complicanze acute in corso di terapia quale, ad es., l'oftalmopatia maligna e progressiva o la gestione complessiva del cancro della tiroide in progressione. La maggior parte delle persone con disordini endocrini già diagnosticati, in trattamento e seguiti nel decorso, possono comunque adeguatamente beneficiare di un rapporto con lo specialista attraverso lo strumento della telemedicina, essendone e dilazionabili nel tempo le non frequenti procedure invasive con contatto fisico, quali, ad es., i trattamenti invasivi non chirurgici dei noduli tiroidei e le procedure diagnostiche con immagini e biochimiche, come cateterismi vascolari con compresenza di diversi specialisti. Tale modo di essere medico implica un sostanziale cambio di prospettiva magistralmente delineato in un articolo di Michelle M. Kittleson, del Dipartimento di Cardiologia del Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles. L'Autrice riferisce di avere visitato il 3 marzo 2020 un 70enne con una storia tipica di angina stabile che durava da sei mesi. In quella data, la pandemia aveva colpito soltanto Cina, Iran, Italia e Corea del Sud e la cardiologa non ne "aveva segnali nel proprio radar". Applicando le LG dell'American College of Cardiology/American Heart Association, prescrisse beta bloccanti, aspirina e una statina, escludendo la necessità di una coronarografia ma dovendo vincere la diffidenza del paziente e della moglie che avevano molta paura "della bomba a orologeria nel torace" e che desideravano la prescrizione dell'indagine invasiva coronarografica. Il giorno fissato per la visita di controllo, due settimane dopo, nonostante le preoccupazioni della cardiologa (devo guardarlo in faccia, devo auscultare il cuore), la visita ebbe luogo per telefono con un completo cambiamento di prospettiva: se prima del Covid-19 si era dovuto pesare il rapporto costo/beneficio di una coronarografia e contemperarlo con la paura del rischio insito alla procedura, dal 16 marzo si aggiunse la paura di una possibile malattia respiratoria fatale. La bomba a orologeria era diventata il Covid-19 e il paziente e la moglie non reclamavano più la coronarografia. Il paziente con angina stabile si era ammalato non perché il virus era penetrato nell'apparato respiratorio ma perché gli aveva trasmesso la paura. Al tempo stesso la mano invisibile del Covid aveva sollevato la dott.ssa dall'impegno di dovere contemperare l'adesione alle linee guida con il reclamato desiderio del paziente, con un inatteso cambio di prospettiva nel rapporto di cura. "Seppur schiacciati dalla anche letale aggressività del Covid - conclude Michelle Kittleson - i medici non devono dimenticare che le altre malattie continuano la loro evoluzione". L'endocrinologo dovrà quindi imparare a fronteggiare, specie nella sua azione di diagnosi e cura telematica, non soltanto gli effetti della malattia sulla salute del paziente ma anche le sue paure, in uno scenario inatteso e in imprevedibile evoluzione, ma non potrà mai prescindere dall'obbligo di prendersi cura di una persona, guardandola negli occhi, entrando in relazione fisica ed empatica con essa, secondo la più classica metodologia medico-clinica. ■

La MANO INVISIBILE: essere medico nel tempo della pandemia





IL TESTAMENTO di Albert Bruce Sabin

Il 12 ottobre 1991 Albert Bruce Sabin, scopritore del vaccino antipoliomielitico, è insignito della cittadinanza onoraria di Messina. In tale occasione, lo scienziato varca lo Stretto e tiene un'affollata conferenza stampa nelle sale di un noto albergo cittadino. Viene qui di seguito pubblicata l'intervista, finora inedita su supporto cartaceo, da lui rilasciata.



Professor Sabin, alle soglie del 2000, anno entro cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha previsto nel suo programma "Salute per tutti" la scomparsa definitiva delle principali malattie infettive grazie alle vaccinazioni, gli obiettivi programmati non si possono certo considerare raggiunti. Nel mondo si continua a morire di morbillo ed è molto recente, dalle nostre parti, la notizia di un decesso per difterite. Come si può spiegare tutto questo alla luce delle iniziative fin oggi promosse, se vi sono delle responsabilità a chi attribuirle e cosa finalmente si può fare per modificare la situazione attuale?

"Gli obiettivi di cui lei parla non saranno mai raggiunti né entro il 2000 e neanche dopo se prima non si modificano le strategie di vaccinazione oggi in uso. Il motivo per cui l'O.M.S., a mio parere, non raggiungerà il suo traguardo è perché queste strategie, in modo particolare in Africa e in Asia, sono simili a quelle utilizzate negli altri Paesi molto più sviluppati, e non si tratta di metodi adatti alle popolazioni più povere del mondo. Porto un esempio. Ci sono oggi 250.000 nuovi casi di poliomielite in Africa e in Asia e tuttavia, utilizzando le strategie di ventinove anni fa a Cuba, nel 1980 in Brasile, nel 1981 in Nicaragua, nel 1983 nella Repubblica Dominicana, nel 1985 in Paraguay e in Messico dal 1986 in poi, si è dimostrato che la poliomielite può essere eliminata anche nelle zone più povere. L'O.M.S. non ha fatto nulla del genere in Africa e in Asia. Il caposaldo della lotta contro la poliomielite in America Latina è la vaccinazione effettuata due volte all'anno in tutti i bambini con meno di cinque anni di età, indipendentemente dalle dosi vaccinali ricevute in precedenza. Ciò a causa delle scarse condizioni sanitarie che determinano la moltiplicazione e diffusione nella popolazione di una grande quantità di

virus enterici "interferenti". Anche per l'alto livello di moltiplicazione e diffusione della poliomielite avviene peraltro che vi siano forme "paralizzanti" e forme "non paralizzanti". Fin qui l'O.M.S. non ha fatto niente del genere in Africa e Asia.

Parliamo del morbillo. Negli ultimi dieci anni, secondo dati O.M.S., ne sono morti venti milioni di bambini nelle popolazioni più povere del mondo. Ogni anno altri due milioni di bambini muoiono, e tutto quello che l'organizzazione fa è cercare di aumentare il numero di bambini con meno di un anno da vaccinare. La nuova strategia da me proposta per rompere questa catena, sperimentata prima volta nel 1985 nella Repubblica Dominicana, negli anni 1986 e 1987 a Cuba e in tutto lo Stato di S. Paolo nel Brasile con venti milioni di abitanti, ha avuto un successo immediato. Abbiamo assistito, infatti, alla rapida diminuzione dei casi di morbillo e alla scomparsa totale della mortalità. A Cuba il morbillo è scomparso dal 1988. Persiste un numero esiguo di casi nello Stato di S. Paolo. Nella Repubblica Dominicana, dove si vaccinano i bambini con meno di un anno di età, il morbillo è ripreso. Il meccanismo utilizzato per queste nuove strategie dell'O.M.S. ha richiesto uso di aghi e siringhe differenti per ciascun bambino. Ad esempio, per vaccinare otto milioni e mezzo di bambini a S. Paolo, il costo solo per siringhe e aghi monouso supera i due milioni di dollari. Una cifra eccessiva per i Paesi poveri in cui milioni di bambini continuano a morire. Anni fa ho dimostrato che si potevano, tramite inalazione aerosol, immunizzare i bambini contro il morbillo. S'impiega una pompa a mano e una maschera facciale. Gli anni sono passati ma nessuna industria se n'è occupata e solo due mesi fa, il Ministero della Sanità brasiliano ha deciso di utilizzare questa strategia in tutto il Paese per vaccinare in breve tempo più di cinquanta milioni di bambini. Questo programma include la vaccinazione di tutti i bambini, compresi quelli che hanno già contratto la malattia e che hanno ricevuto la vaccinazione. Ho proposto alle autorità brasiliane di realizzare milioni di maschere facciali monouso del costo di un cent e mezzo ciascuna. Un'azienda inglese potrebbe produrre pompe a basso prezzo. Di nuovo, l'Organizzazione per la Sanità Panamericana ha però interferito. Ogni anno, nei Paesi poveri, quasi quindici milioni di bambini muoiono prima di aver raggiunto il primo anno di età, alcuni milioni muoiono per diarrea o infezioni batteriche respiratorie. Da più di quindici anni esiste un sistema di reidratazione per i casi di diarrea. Per la prevenzione delle batteriosi respiratorie s'impiegano degli antibiotici ma si continua a morire a causa della disorganizzazione che esiste nel fornire questo sistema di reidratazione, e anche per l'insufficiente organizzazione messa in atto per il trasporto

di questi bambini. Insomma sia l'O.M.S. che l'UNICEF non stanno impiegando strategie appropriate e quindi non potranno raggiungere i traguardi prefissati.

Un nuovo decreto (G.U. n° 127/1991) sancisce in Italia l'obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite B per alcune categorie di cittadini (bambini al di sotto di 1 anno, adolescenti di 12 anni, gestanti tossicodipendenti). A fronte di questa recente disposizione di legge, non si può certo dire che il nostro Paese brilli per precisione epidemiologica. Un esempio per tutti: nel 1988 sono stati denunciati in Italia 50.000 casi di morbillo, quando i dati in seguito forniti dall'Istituto Superiore di Sanità parlavano di 500.000. La notifica delle malattie infettive non può limitarsi, come in questo caso, ad appena il 10 per cento dei casi reali, altrimenti qualsiasi iniziativa in tema di prevenzione – come le campagne vaccinali – non ha molto senso. Non crede?

“Ho avuto modo di leggere il decreto di cui lei parla a Napoli la settimana scorsa e ho anche notato l'orgoglio con cui il ministro De Lorenzo ne accompagna l'emanazione. A mio parere, si tratta di una pessima legge che non arresterà la diffusione dell'epatite B. E costerà all'Italia milioni di dollari per anno che, secondo me, andrebbero invece spesi in modo migliore e per motivi più urgenti e importanti. Questa legge prevede la somministrazione di tre dosi di vaccino entro il primo anno di vita. Se consideriamo che ciascuna costa sette dollari, si parla di una spesa di 20 milioni di dollari l'anno, e mi chiedo se i bambini con meno di un anno possano mai essere affetti d'epatite B a parte, naturalmente, i figli di madri tossicodipendenti. Questi ultimi, però, sono pochissimi e soprattutto non contagiosi. Gli adolescenti dell'età di dodici anni sono circa 600.000 in Italia. S'infettano di epatite B? No. Diffondono l'epatite B? No. Perciò questa spesa è inutile. Pochissimi sono coloro che si ammalano di epatite B sotto i quindici anni. E' da venti a venticinque anni che ci si avvicina al picco. Passiamo allo screening sulle donne gravide per la ricerca degli antigeni dell'epatite B. Quante sono le donne gravide in un anno, in Italia? 600.000. Ogni esame costa dai dieci ai venti dollari. Ma quante gestanti sono infette dal virus, oltre alle tossicodipendenti? Molto poche. Insomma, questa legge non ha alcuna base scientifica, non arresterà la diffusione dell'epatite B e comporterà la spesa di milioni di dollari. Per quanto riguarda il morbillo, in un incontro che abbiamo avuto il ministro De Lorenzo mi ha detto che non è una virosi importante e non occorre quindi una legge che renda obbligatorio il vaccino antimorbilloso. Per anni ho avuto rapporti con l'Istituto Superiore di Sanità e credo che De Lorenzo sbagli anche perché è circondato da cattivi consiglieri. Nel 1988 i casi di morbillo in Italia sono stati sottostimati, ma anche negli Stati Uniti le segnalazioni di malattie infettivo-diffusive non rispettano la reale incidenza dei casi. Non dimentichiamo che tutti i Paesi, anche quelli più sviluppati, hanno tasche di povertà nel loro interno, ove i tassi di incidenza delle malattie infettive sono molto elevati. Su 250 milioni di abitanti negli USA, ben trenta sono poveri. I bambini muoiono ancora di morbillo. Ogni anno in Italia, in media si ricoverano da cinque a diecimila bambini, e anche se di questi vengono segnalati solo trenta decessi, la cifra reale è senz'altro superiore. Molti di loro sviluppano poi gravi ritardi psicomotori. Crescendo, alcuni di loro sviluppano panencefaliti croniche mortali. Una dose di vaccino costa 21 centesimi e ne basta una, non ne occorrono tre. Molti Paesi, specie in America Latina, hanno pagato addirittura sette centesimi per dose.



I nuovi vaccini oggi in commercio, quelli a ricombinazione genetica, sono più sicuri ed efficaci rispetto ai precedenti, riducono o no il rischio di alcuni pericolosi effetti collaterali?

“Non c'è bisogno di nuovi vaccini, ciò che occorre piuttosto sono nuove e più efficaci strategie di vaccinazione, gliel'ho già detto”.

Il Nobel, professor Sabin?

“Sono stato proposto più volte da molti Paesi del mondo, ma finora ad attribuirmi il Nobel sono stati i giornali e i mezzi di comunicazione che però non ne hanno l'autorità. L'hanno dato allo scopritore del vaccino contro la febbre gialla, una malattia d'incidenza inferiore rispetto alla poliomielite. Qualche pregiudizio nei confronti del vaccino per via orale? Il 99 per cento del mondo lo utilizza, io personalmente non ne ho ricavato alcun introito. D'altronde non mi serve, conduco una vita tranquilla e comoda e sono felice dei risultati ottenuti. Ma, al tempo stesso, molto dispiaciuto per i 250 mila bambini che continuano a restare paralizzati in tutto il mondo perché l'O.M.S. continua a non impiegare le giuste strategie di vaccinazione”.

Prima di lasciare la sala dove s'è tenuta la conferenza stampa, Albert Sabin mi chiede di considerare quest'intervista un lascito alle future generazioni. E di assegnarle, in caso di pubblicazione del suo testo integrale, il seguente titolo: "Le mie ultime volontà. Testamento per l'eliminazione rapida per la finale eradicazione globale della poliomielite e del morbillo". ■

certo



Il medico, il soldato, il PARADISO



L'androne antistante il palazzo di San Pietro. Il solito caos, tutti i morti del giorno lì, ansiosi, in attesa del giudizio.

Umanità varia.

Una donna anziana si chiede in quale posto del Paradiso sarà sistemata.

Sì, perché lei ha sempre pregato, partecipato alle funzioni, e

quindi la destinazione è sicura, ma basterà ad avere una collocazione migliore, magari panoramica?

Un politico, morto d'infarto con il cellulare in mano, chiama amici di giù, per vedere di trovare una raccomandazione, consapevole delle tante marachelle, ma, invano, non c'è campo.

Un malavitoso, recita affannosamente e malamente un rosario approfittando di quello che gli hanno messo in mano prima del funerale, tenendo una tardiva e poco spontanea conversione, anche se sa che i disonesti poco piacciono quassù.

Appoggiati alle pareti un soldato e un medico, entrambi in "uniforme". Il primo, porta i segni della guerra, la divisa strappata, il volto bruciato dai fumi delle bombe.

Il secondo, anziano, espressione stanca, il camice lido, il fonendo "sciallato".

Fanno amicizia.

Il soldato, più giovane, racconta della moglie e dei figli piccoli, mostra una foto.

Certo della condanna. Ha sparato, bombardato, ucciso.

Il medico, anche il medico non ha dubbi, mai entrato in chiesa, mai fatto il segno della croce, niente, niente di tutto questo.

La giornata volge al termine, è stato un continuo di angeli che portano negli ascensori, che o salgono o scendono.

Restano i due, ultimi, e un angelo stanco, ma con modi gentili, li invita:

Anche insieme, tanto il Santo, ha tutto pronto per voi.

Come al patibolo, il soldato e il medico entrano.

Si trovano un omone, alto, barbuto, iroso: Dove sono le vostre cartelle? le avevo messe qui, ah eccole, forza facciamo presto!

Allora lei, guardando il militare, ha mitragliato, bombardato, mietuto vittime e lei, rivolgendosi al medico, è ateo, quindi non vado oltre, capite bene che...

Vado a riposare, ma mentre accenna un saluto, arriva una telefonata.

È Dio!

Parla, parla tanto, Pietro si cambia in volto, rosso, viola...

La conversazione termina, i saluti, si riprende a fatica.

-Dunque soldato, si è vero, hai ucciso, ma non avresti voluto, eri costretto a obbedire per non morire, e non ti è bastato comunque.

Hai sempre pianto le tue vittime.

E tu, dottore, si è verò, non hai creduto in Dio, ma hai sempre curato con benevolenza i tuoi pazienti e sei morto per un virus, continuando a lavorare tra gli infetti, sapendo la tua fine.

Ha detto:

Il soldato è morto per un orrore (dell'uomo)

Il medico è per morto per un amore (di Dio).

Andate, andate.

Così i due, amici e salvi, presero l'ascensore giusto.

Quello che fa salire. ■





pollicita

Cominciai ad ascoltare le canzoni dei Beatles parecchi anni fa, da bambino, quando da noi erano del tutto sconosciuti e la loro musica era apprezzata solo da pochi che, percorrendo i tempi, ne avevano intuito il valore innovativo. Fra queste persone c'era mio fratello Michelangelo, di qualche anno più grande di me, violinista presso il Conservatorio di Messina, che accanto agli autori classici come Chopin e Beethoven, amava la musica dei Beatles fin dai primi anni 60; lui mi fece ascoltare

le loro canzoni fin da quando ero un ragazzino. e così quei motivi musicali mi divennero familiari nel corso degli anni, pur non riuscendo a capire inizialmente il significato dei loro testi che ovviamente erano in inglese. Lui mi diceva che i Beatles sicuramente sarebbero entrati nella storia della musica perché avevano una formidabile

carica innovativa, una genialità musicale eccezionale che, anche per un insieme di fattori ambientali e personali irripetibili, li rendeva l'espressione del desiderio di cambiamento di una generazione. Mio fratello morì a soli 25 anni nel 1975 ma poi si è avverato ciò che lui aveva previsto; infatti i Beatles sono stati un fenomeno socio-culturale unico, il mito di un'epoca; essi hanno influenzato almeno tre generazioni di musicisti ed hanno contribuito a modificare l'arte, la moda, il modo di vivere. Sono stati come disse George Martin, la voce di un'epoca.

Così i Beatles mi hanno accompagnato con le loro canzoni dalla mia infanzia fino ad oggi; la loro musica mi ha fatto avvertire nei diversi momenti della mia vita emozioni, sensazioni impalpabili, atmosfere, stati d'animo che io ho cercato di esprimere nel disegno. Infatti credo che, oltre la musica, questo sia il solo mezzo con il quale è possibile trasmetterle agli altri.

I primi quadri li realizzai sviluppando i disegni che avevo fatto su un mio diario scolastico degli anni del liceo. Non si tratta di rappresentazioni o di interpretazioni fedeli dei testi delle canzoni dei fab four ma sono, come ho detto prima, tentativi di comunicare sensazioni ed emozioni che nascevano ascoltandole. Così organizzai alcune mostre di questi miei disegni, nel 1974 a Patti, poi a Capo D'Orlando e nel 1989 a Casale Monferrato, in Piemonte: quest'ultima era intitolata "The long and winding road", prendendo spunto dalla famosa canzone dei Beatles che Paul Mc Cartney scrisse nel 1969 quando ormai il complesso stava per sciogliersi: per me quella canzone esprime, in termini poetici, il sentimento degli anni passati insieme, idealizzandoli, con la speranza – certezza che la lunga e ventosa strada fatta assieme non scomparirà mai.

Ma la mostra per me di gran lunga più importante, densa di significato è quella che ho realizzato in Inghilterra, a Liverpool nel 1992 presso il Cavern Club, lì dove idealmente iniziò la storia dei Beatles. Ricordo ancora la grande emozione che provai quando atterrai all'aeroporto della cittadina dopo aver sorvolato, da Londra, la campagna inglese ed il fiume Mersey. Tutto qui ricordava i fab four: il primo numero dell'"Echo di Liverpool" che lessi riportava la notizia che padre Mc Kenzie (in Eleanor Rigby) era morto in quei giorni. Quindi era realmente esistito mentre io credevo che fosse solo un nome di fantasia, una immagine creata dalla poesia di Paul Mc Cartney. Poi andai in giro per la città di Liverpool e con notevole emozione vidi i posti che i Beatles ricordavano nelle loro canzoni: la rotonda di

Penny Lane, che mi sembrò immutata e quasi eterna con i suoi personaggi sempre lì fermi in quella dimensione senza tempo, sotto i "cieli suburbani", dove mi sedetti pensando al passato; la tenuta di Strawberry fields, con le innumerevoli firme dei numerosissimi visitatori lasciate sul cancello e sui pilastri all'ingresso, come fossero un applauso a John Lennon; le case con i comignoli, le lapidi nei giardini delle chiese, le cabine telefoniche, la gente comune per la strada, il Jacaranda, Menlove avenue, Matthew street, tutto ricordava ed allo stesso tempo spiegava la musica, i testi e l'ispirazione delle canzoni di quei quattro ragazzi che sono nati ed hanno vissuto la loro gioventù in questa città. La mostra di Liverpool fu ideata come un evento multimediale in cui esponevo i miei quadri con i testi in inglese ed in italiano delle composizioni dei Beatles a cui si riferivano e, nello stesso tempo, venivano presentate alcune coreografie interpretate da ballerine che danzavano sulle note di alcune loro canzoni. Accanto ai disegni vennero esposti giornali italiani degli anni 60 con articoli che riportavano commenti e valutazioni sulla musica del quartetto di Liverpool insieme con copertine originali dei loro dischi; questo per dimostrare come era considerato il "fenomeno Beatles" in Italia durante gli anni 60. In quei giorni di agosto 1992 era in corso una traversata trans-oceanica a cui partecipavano molte navi a vela (tall ships) in occasione del cinquecentesimo anniversario della scoperta dell'America e per l'occasione molte persone erano venute a Liverpool da tutto il mondo e così ebbi modo di parlare dei motivi di questa mostra con parecchia gente che veniva a vederla, ma certamente è stato molto importante per me conoscere e discutere a lungo con il primo manager dei Beatles (Allan Williams). Per concludere, spero di essere riuscito in poche righe a sintetizzare il mio rapporto con i Beatles e comunicare il particolare significato che la loro musica ha avuto ed ha per me. ■

Da Patti a Liverpool sul sottile filo della musica dei **BEATLES** e della **pittura**



Ingresso del Cavern Club insieme con le ballerine di Patti, la sindaca (al centro) di Liverpool e il primo manager dei Beatles (con i capelli bianchi alla sua sinistra)



speciale storia Ospedale Piemonte

*saggio storico a cura
di Carmelo Micalizzi*



L'Ospedale Piemonte: 110 anni al servizio di Messina





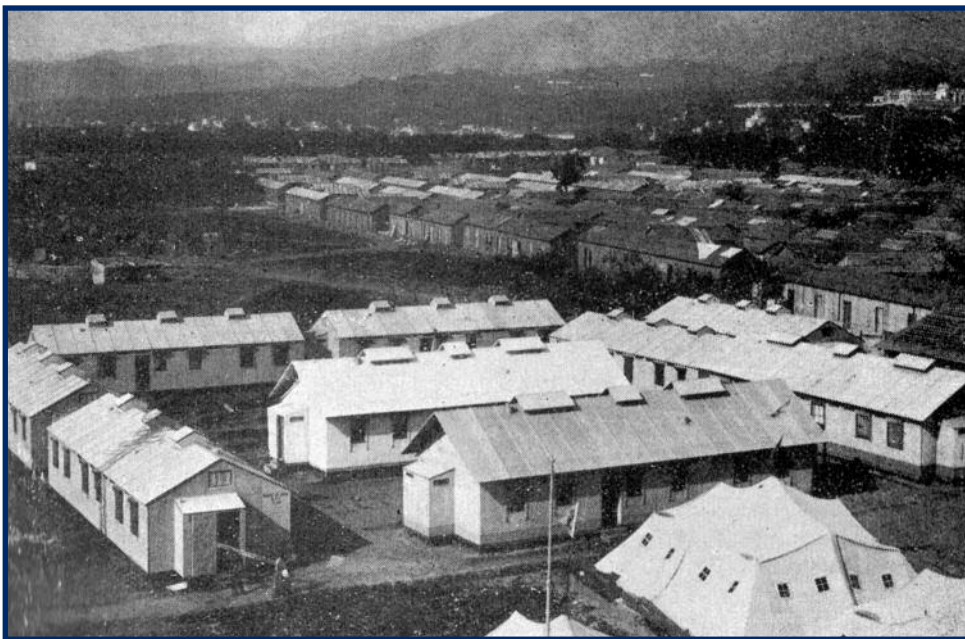
Ancora tutta macerie, baracche e sgomento, il 15 di febbraio del 1911 Messina visse una giornata memorabile. A poco più di due anni dalla catastrofe del 28 dicembre 1908 il provvidenziale Comitato Piemontese e i sopravvissuti dell'amministrazione del Grande Ospedale Civico consegnavano al Comune i primi padiglioni del nuovo Ospedale battezzato, a memoria dei benefattori, "Piemonte". I fabbricati furono costruiti nella contrada Carrubbara, presso l'argine destro del torrente Camaro, là dove iniziava la via Circonvallazione, tra le contrade Zaera e Montesanto, su di un piano - poco più di due ettari - donato dallo Stato alla città terremotata¹. Nei tre padiglioni vennero trasferite le funzioni sanitarie fino a quel momento svolte in alcune baracche di legno "Docker", mon-



tate, nelle settimane successive al sisma, in fondo alla via Santa Cecilia. L'impresa fu possibile grazie al concorso di numerose opere pie, attivate all'indomani della catastrofe; tra queste il Comitato Livornese di Soccorso, il Comitato di Correggio Emilia, il Comitato Messinese per i danneggiati del terremoto del 1905 e il Comitato Centrale di Soccorso che donò il padiglione di maternità. L'opera fu il primo esempio in Italia di moderno impiego del cemento armato in una complessa costruzione pubblica e, per Messina, la prima struttura definitiva che tenne a battesimo la sua rinascita.

Il contributo piemontese non si limitò all'esborso finanziario. Ne fu prova l'architettura delle costruzioni in cui emersero le competenze di Pietro Gambetta, direttore dei lavori², e della ditta Laguzzi di Genova, esecutrice dei fabbricati. Il progetto,

innovativo nel panorama delle strutture sanitarie del primo decennio del secolo scorso, fu del torinese Pietro Fenoglio, esponente della corrente architettonica del Liberty italiano, e del genovese Riccardo Brayda, titolare della cattedra di Architettura dell'Università di Torino. Per la decorazione della facciata si designò lo scultore Pietro Quadri³: sue sono le insegne marmoree di Messina e di Torino che



dominano la facciata dell'Ospedale. Dall'intento di rappresentare la generosità e l'unità della nazione scaturì la scelta dei due stemmi uniti in una sorta di raffigurazione "a braccetto" con le corone turrette, arcaici emblemi di ambedue le città. L'artista scolpì il vessillo di Messina, croce gialla su sfondo rosso e quello di Torino, toro giallo su sfondo blu, giustapposti alle finiture fitomorfe e ondulatorie tipiche di quella stagione del *Liberty*. Il *design* del nuovo Ospedale Civile non assunse tuttavia le estremizzazioni tipiche dell'*Art Nouveau*: si preferirono tratti sobri nella semplicità funzionale del progetto preliminare e nel rispetto della recente tragedia cittadina. Sia per Fenoglio che per Brayda, avanguardisti del *Liberty*, si trattò di un vero e proprio dietrofront architettonico a motivo del prevalere della percezione dell'evento luttuoso sulle originarie idee tecniche. Lo spirito innovativo non fu comunque abbandonato del tutto – lo dimostra il decoro con le piastrelle quadrate e smaltate blu alle pareti e le lievi modanature delle cornici delle finestre – ma non



si poté eccedere di ridondanze decorative e ornamentali.

A cinque anni dal disastro, Il 28 dicembre 1913, il prefetto Silvio Buganza inaugurava sobriamente il complesso nosocomiale oramai completo dei sette fabbricati in progetto. Per l'insufficienza dei fondi, tuttavia, oltre le allocazioni per i servizi ausiliari e l'arredamento, si poterono realizzare solo 200 posti letto, la metà dei programmati 400⁴.

A ricordo della fondazione vennero murate, due lapidi in marmo grigio che dominano ancora l'androne d'ingresso. Quella di destra scrive: QUESTO EDIFICIO / SACRATO AL SOLLIEVO / DEGLI UMANI DOLORI / PERPETUO ATTESTATO / DI ITALICA FRATERNITA' / CIMENTATA / NELL'ORA DELLA SVENTURA / I PIEMONTESI / DECRETARONO ERESSERO/ MCMVIII MCMXIII.

La lapide di sinistra riporta: IL FORTE PIEMONTE / ASSERTORE DELL'UNITA' NAZIONALE / VOLLE / CON QUESTO EDIFICIO / DESTINATO AL SOCCORSO DEGLI INFERMI / AFFERMARE / COI GRANDI IDEALI DELLA SOLIDARIETA' UMANA / I VINCOLI FRATERNI INDISSOLUBILI / CHE / UNISCONO GLI ITALIANI / E / FANNO SALDA E FORTE LA PATRIA / MESSINA RICONOSCENTE PER INDELEBILE RICORDO / ANNO MCMXIII.



Alla cerimonia presenziarono i commissari del

Comitato Piemontese, gli amministratori dell'antico Grande Ospedale, di cui il nuovo complesso nosocomiale raccoglieva l'eredità, il comitato delle Patronesse, dodici suore dell'Ordine di San Francesco di Paola assistenti degli infermi e i direttori delle Cliniche.

L'antico Grande Ospedale di Santa Maria della Pietà, testimone delle vicende della città per oltre tre secoli e mezzo, fu opera degli architetti Andrea Calamech e Antonio Ferramolino. Fondato nel 1542 sul piano di Santa Croce, oggi occupato dal complesso degli edifici del Tribunale, il grandioso fabbricato, ai margini meridionali della città storica, fu un importante tassello della rinascita, oltre che sanitaria anche urbanistica e architettonica, che rinvigorì la città nel suo "secolo d'oro" in seguito al breve soggiorno, nel 1535, dell'imperatore Carlo V. L'antico ospedale



raccolse le eredità e le funzioni di ben quindici strutture ospedaliere, tutte legate a istituzioni religiose che, fino ad allora, avevano operato in città. All'impresa presero parte gli architetti Curzio e Francesco Zaccarella, padre e figlio, e gli architetti Giovanni e Nicola Francesco Maffei, anch'essi padre e figlio. A quest'ultimo sono attribuite le due statue marmoree che ornano l'ingresso raffiguranti la Fede e la Carità; recuperate dopo il sisma, furono posizionate sull'esterno della cappella. L'architrave d'ingresso era segnata dall'epigrafe HIC FIDES PER CHARITATEM OPERATUR, che ribadiva lo spirito di fondazione della monumentale struttura rimandando a un passo degli Atti degli Apostoli (*Lettera ai Galati*:5,6), dottamente elaborato così da comporre un "anagramma aritmetico puro"⁵.



L'austera struttura dell'Ospedale di Santa Maria della Pietà, crollata solo in parte nel sisma del 1908 e definitivamente demolita nel 1912⁶, aveva un Orto Botanico in cui si coltivavano piante rare e medicinali a supporto della Spezieria dell'Ospedale, che vantava una collezione di vasi per farmaci di maiolica veneta del XVI

secolo, solo in parte recuperati e oggi esposti presso il Museo Regionale di Messina. Suggestiva è la breve descrizione del Grande Ospedale, fatta nel 1842, da Jeanette Villepreux Power⁷:

«All'entrar di Porta Imperiale [vi è, n.d.r.] un vasto, imponente, ma semplice edificio, di figura quadrata. È questo lo Spedale della Pietà, che abbraccia lo Spedale Militare. [Possiede, n.d.r.] due ripartimenti pei cittadini, distinti per sesso, altro per gli espositi, ed in ultimo per le donne di vita lasciva; inoltre un conservatorio detto delle Trovatelle, una galleria



destinata al congresso dei così detti Tesorieri, ed un piccolo giardino con alquante piante medicinali. Nella chiesa dello stesso titolo, il quadro della Pietà è opera di Barbalonga. In essa vedesi innalzato un cenotafio di marmo alla memoria di Tommaso Bonfiglio, rinomato e per la sua dottrina nel governo civile e pel suo valore nell'arte della guerra».

Nell'ultimi anni del XIX secolo il Grande Ospedale ereditò il patrimonio del sacerdote Federico Spadaro Giarrizzo dell'ordine dei Cistercensi, deceduto durante l'epidemia di colera del 1884. Con tali fondi fu possibile strutturare un nuovo organico: quattro amministratori, quattro primi medici, quattro secondi medici, tre primi chirurghi, quattro secondi chirurghi, due chirurghi di "Sifilocomio", un farmacista. Vennero intrapresi lavori di ristrutturazione per il miglioramento delle condizioni igieniche e sanitarie. Alcuni ambienti del vasto impianto vennero utilizzati come sede della Caserma dei Pompieri. Si modificarono le finestre del primo piano in porte, si allargarono le finestre del terzo piano e si organizzarono, infine, adeguati spazi per il reparto di clinica ostetrico-ginecologica.

«I lavori si completarono nei primi giorni del mese di dicembre dell'anno 1908; il 21 dello

stesso mese si inaugurarono solennemente i nuovi reparti. A causa della notorietà dei suoi medici, dei suoi quattrocento posti letto e degli ottimi servizi, L'Ospedale Civico ritornò, anche se per pochi giorni, ad essere





punto di riferimento di tutti i Comuni della provincia e della vicina Calabria. Ma per un beffardo, atroce scherzo del destino, la ristrutturazione clinica non funzionò per molto; sette giorni dopo, il catastrofico terremoto del 28 dicembre 1908 suggellò la messinese consapevolezza della più grave perdita della sua storia. Delle ultime, tormentate vestigia del solenne complesso, rimasero incolumi solo i locali dei quattro angoli che, pericolanti, furono abbattuti e oltre trecento persone tra ricoverati, funzionari suore e sanitari, trovarono la morte»⁸.



Nel V anniversario del terremoto, al nuovo Ospedale Civico di contrada Carrubbara, la «Domenica del Corriere» dedicava un articolo celebrativo corredato da alcune immagini che in queste pagine si pubblicano per la prima volta: il prospetto architettonico con i padiglioni, ospitanti l'amministrazione e gli ambulatori, e due rare vedute degli interni, la prima raffigurante un

vasto salone, con due lunghe filiere di letti ripartiti a destra e a sinistra, la seconda una delle camere riservate agli ammalati "a pagamento"⁹.

Il «Piemonte», oltre a svolgere attività e servizi di clinica quotidiana, ospitava anche le prime sei Cliniche universitarie, i cui direttori furono Luigi D'Amato per la Clinica Medica, Giuseppe D'Agata per la Clinica Chirurgica, Salvatore Cappellani per Clinica Ostetrica Ginecologica, Sebastiano Cannata per la Clinica Pediatrica, Vittorio Barbaglia per la Clinica Dermosifilopatica ed Erasmo Scimemi per la Clinica Oculistica. Quest'ultimo venne incaricato della Direzione sanitaria dell'Ospedale, mentre Arturo Guzzoni degli Ancarani, emerito clinico e docente, venne nominato primo presidente del nuovo consiglio di amministrazione e Regio Commissario del Civico Ospedale, divenendo così una delle figure simbolo di continuità tra l'antica struttura ospedaliera e quella nuova inaugurata nel 1913.

Le sale del nuovo ospedale si rivelarono ben presto insufficienti sia nel far fronte alle pressanti domande di ricoveri dalla città e dalla provincia, come nel provvedere adeguatamente all'insegnamento delle discipline mediche. Nel 1917, di fronte alla volontà della città di dare impulso alla Facoltà di Medicina, il Ministero dell'Istru-



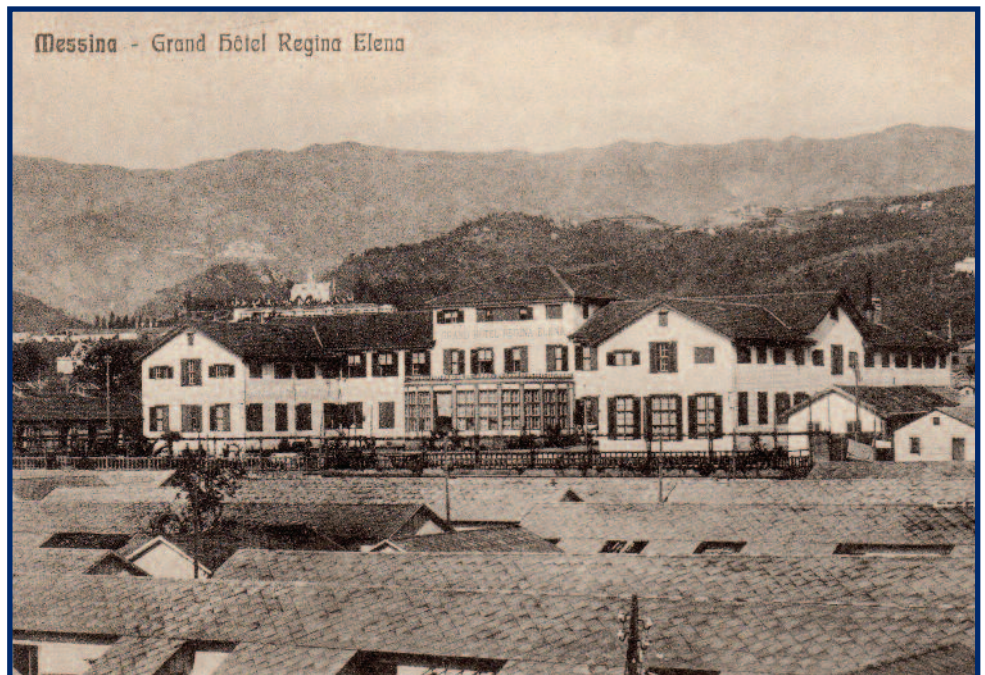
zione aveva autorizzato ad adibire i locali in legno del Grande Hotel Regina Elena, costruito dagli americani nel quartiere "Lombardo", ad ospedale.

«Era sorto così, finanziato dal comune e dalla provincia, l'Ospedale Clinico Consorziabile capace di ricoverare sino a 200 degenti.

In esso erano confluite le strutture e gli operatori del Regina Margherita, ormai finanziariamente allo stremo. Nel 1923 una legge finalizzata alla riorganizzazione del sistema sanitario e al suo controllo da parte del Prefetto, poneva in mora l'Ospedale Clinico Consorziabile che veniva chiuso non presentando i requisiti minimi d'igiene. Ciò gettava nel panico l'Università che si vedeva impossibilitata a svolgere i corsi dell'ultimo biennio di medicina. Una lunga trattativa aperta con l'ospedale Piemonte portò alla stipula di un accordo di "ospitalità". Accordo non facile per le acrimonie e le rivalità esistenti tra le varie figure della classe medica, professori universitari e clinici ospedalieri»¹⁰.

Un ampio capitolo dedicato all'Ospedale Piemonte a venti anni dalla fondazione venne pubblicato in *Messina prima e dopo il disastro*, edito da Giuseppe Principato. Nel saggio se ne ribadivano le caratteristiche architettoniche e funzionali¹¹:

«La struttura intrinseca delle costruzioni è di cemento arma-





to con pareti esterne pure in cemento ed in muratura legata con ferro all'interno. Tutto venne calcolato ed eseguito in modo che si possano avere le maggiori garanzie di solidità e le maggiori comodità pratiche ed igieniche inerenti ad un moderno Ospedale. L'aria e la luce vi penetrano abbondantemente da finestroni, e fu provveduto pure alla ventilazione dei pavimenti col porre a livello dei medesimi finestrelle munite di serrande apribili. La decorazione esterna delle varie costruzioni è pure in cemento, fatta con semplicità. Può definirsi uno stile barocco moderno, assai libero, ma molto elegante. La stabilità è poi tale da resistere alle più potenti scosse, essendo ormai provato che qualunque avvallamento del sottosuolo potrà magari deformare e rendere inservibile una parte dell'edificio, ma non fare mai vittime umane come sciaguratamente avvenne nel vecchio ospedale. È importante affermare che per l'ubicazione delle fabbriche attuali, per la disposizione degli ambienti, per la salubrità del sito, e per il comodo d'ogni servizio, il nuovo ospedale non ha nulla da invidiare ai più reputati stabilimenti congeneri»¹².

L'espansione demografica e il potenziato assetto urbanistico di Messina, già nel secondo decennio del '900, andavano di pari passo alla necessità di una maggiore assistenza sanitaria. Nel 1930 il Municipio otteneva l'appalto per la costruzione dell'Ospedale Consorziale Regina Margherita che venne inaugurato, dopo non poche traversie, il 25 ottobre 1933: difatti l'area di sedime su cui costruire comprendeva il villaggio Regina Elena e ciò causò ritardi nella consegna. Si era dovuto procedere allo sbaraccamento della zona, procedura rallentata anche da contrasti tra il direttore dei lavori e la ditta appaltatrice. Ultimati i padiglioni, non fu semplice anche provvedere all'arredo interno, poiché la voce era stata ignorata nei capitoli di spesa. L'apertura del "Regina Margherita" diede comunque respiro e sostegno alle esi-

genze di una popolazione in crescita che pressava per accedere, sempre numerosa, ai servizi ospedalieri a cui l'ospedale Piemonte poteva oramai fornire solo una parziale risposta.

Completava, in quegli anni, il panorama dei nosocomi della città l'Ospedale Municipale per le Malattie Infettive della contrada Ritiro e





l'Ospedale Psichiatrico "Luigi Mandalari". Un riferimento a parte merita l'attività espletata in campo sanitario dall'Arciconfraternita dei Rossi, diretta da Stefano Puglisi Allegra, vigorosa personalità e altra figura di continuità tra il vecchio e il nuovo sistema sanitario cittadino, che organizzò pure l'iniziale gestione del sanatorio di Campo Inglese, sulle pendici collinari peloritane, dove venivano ospitati e curati ammalati con diagnosi di tubercolosi al cui sostentamento provvedevano varie istituzioni cittadine con il versamento di una diaria giornaliera.

Nell'ambito dell'assistenza all'infanzia è da ricordare l'Istituto Marino di Mortelle inaugurato il 4 agosto 1918. La struttura era stata ideata come sanatorio per soldati americani dalla Croce Rossa statunitense e, rilevata dalla Provincia di Messina per ospitare figli di militari o di profughi e orfani guerra, fu infine destinata alla ricezione dei bambini bisognosi di cure elio e talassoterapiche. Nei primi anni '50 vi operò l'emerito radiologo Ettore Castronovo¹³.

Si ricorda ancora Salvatore Cappellani, altra eminente personalità della sanità messinese, che aveva operato nel Grande Ospedale¹⁴. Il 10 giugno 1933 veniva inaugurata, sulla Circonvallazione, la «Villa Cappellani, Clinica Ginecologica e Maternità», uno dei pochi del Meridione d'Italia, iscritto alla



«Federazione Nazionale degli Istituti di Cura Privati».

Pressava intanto, per una certa conflittualità tra i clinici e i docenti e per gli spazi oramai insufficienti, la complessa questione delle Cliniche e dell'insegnamento delle materie mediche strutturate nelle aule del "Piemonte" secondo i canoni delle discipline universitarie varate negli anni '30. *L'Annuario del Ministero dell'Educazione* del 1935 riporta l'elenco del personale docente e delle tante Cliniche universitarie ospitate¹⁵:

«Clinica Medica: Izar Guido direttore; Famulari Sebastiano assistente; Caizzone Giacomo assistente.

Patologia Medica: Marino Salvatore direttore incaricato; Ferro Luzzi Giovanni aiuto.

Clinica Chirurgica: D'agata Giuseppe direttore; Melina Francesco aiuto; Oreto Pietro assistente; Bonanno Salvatore assistente provvisorio.

Patologia Chirurgica: Puglisi Allegra Stefano direttore incaricato; Lo Cascio Vincenzo aiuto.



DOMENICA

Nel V anniversario dell'immane disastro
L'Ospedale "Piemonte" di Messina.

Tanto a Messina che a Reggio di Calabria domenica 28 dicembre venne commemorata la ricorrenza del quinto anniversario di quell'immane disastro

gagliarda dalle rovine. Da qualche mese funziona regolarmente anche il grande ospedale civile «Piemonte», sorto in sostituzione di quello che il terremoto distrusse. Fu il comitato piemontese che con le abbondanti somme raccolte all'indomani del terremoto deliberava di dotare Messina di un ospedale che rispondesse a tutte le moderne esigenze della scienza. Tale è infatti il nosocomio che illustriamo, in fronte al quale stanno gli stemmi e la scritta «Ospedale Piemonte». Trattasi di edifici eleganti nella loro semplicità, ad un solo piano, con ampie sale

che seppellì vivo metà della popolazione delle due città. Tanto di qua che di là dallo stretto vi furono cortei di associazioni, fiori, discorsi, lacrime.

Ad ogni modo la immensità del disastro non uccise nei superstiti il bisogno di riprendersi, di tornare alla

giate che rispondesse a tutte le moderne esigenze della scienza. Tale è infatti il nosocomio che illustriamo, in fronte al quale stanno gli stemmi e la scritta «Ospedale Piemonte». Trattasi di edifici eleganti nella loro semplicità, ad un solo piano, con ampie sale

Amministrazione e ambulatorio dell'ospedale "Piemonte".

Il grande edificio ad uso padiglione esterno dell'ospedale stesso.

Una delle sale per ammalati nel padiglione esterno.

Una delle camere riservate per ammalati a pagamento.

voro, alla vita. Già a Reggio come a Messina vi sono strade interamente nuove fiancheggiate da case antisismiche. Le strade sono ormai animate e ben avviati i commerci. A Messina in special modo la vita rifiorisce sempre più

ben areate e illuminate per malati comuni, ed eleganti camere per malati paganti. Come si disse, tutto ciò che la scienza medica e l'igiene suggeriscono per debellare od almeno attenuare il male fisico, venne ivi adottato.

Clinica Ostetrica Ginecologica: Cappellani Salvatore direttore; Motta Giuseppe aiuto; Merlino Antonino assistente; Calatozzolo Natale assistente; Ferretti Rosa Paola levatrice maestra; Costa Antonietta assistente.

Clinica Dermosifilopatica: Moncalli Mario direttore incaricato; Pisacane Carlo aiuto.

Clinica Oculistica: Contino Antonio direttore; Rizzo Antonino aiuto; Scullica Francesco assistente.

Clinica Pediatrica: Maggiore Salvatore direttore; Barberi Salvatore aiuto; Angelini Lodovico assistente.

Clinica delle Malattie Nervose e Mentali: Coppola Alfredo direttore; Canziani Gastone aiuto; Nobile Antonietta assistente provvisoria.

Gabinetto di Radiologia: Castronovo Ettore direttore

Gabinetto di Oculistica: Scarcella Perino direttore incaricato.

Gabinetto di Otorinolaringoiatria: Carcò Paolo direttore incaricato».

Le restanti strutture universitarie erano ospitate presso gli edifici di piazza XX Settembre, in via Orto Botanico – oggi via Pietro Castelli – e in via Tommaso Cannizzaro.

Trascorse ancora un trentennio perché le Cliniche potessero iniziare a trovare agio e adeguati spazi nel nuovo Policlinico Universitario, intitolato a Gaetano Martino¹⁶, e altri quattro lustri, fino agli anni '80, perché le Cattedre venissero definitivamente trasferite dalle vetuste aule del "Piemonte" al vasto complesso funzionale di viale Gazzi.

V anniversario dell'immane disastro.
 L'Ospedale "Piemonte" di Messina
 «La Domenica del Corriere», supplemento illustrato del Corriere della Sera, anno XVI, n. 2, 11-18 gennaio 1914



Celebrandosi la secolare fondazione, nel febbraio 2012 è stato pubblicato un esauritivo volume curato da Nino Principato: *L'Ospedale "Piemonte" (1911 - 2011)*¹⁷. Nell'imminente ricorrenza dei centodieci anni della più antica struttura ospedaliera cittadina, erede dell'antico Grande Ospedale Civico di Santa Maria della Pietà, si coglie l'occasione per soffermarsi ancora sull'argomento e, possibilmente, aprire nuovi spazi su di un'importante pagina della Storia recente della medicina peloritana del Novecento, per alcuni aspetti non ancora adeguatamente valutata; un tempo che si articola dal XIX secolo, il secolo "lungo" che per Messina si conclude con la violenta cesura del sisma, fino ai nostri giorni: storia di eventi, di clinici e docenti che hanno animato la recente Sanità della città dello Stretto.

Una nota, infine. Chi osserva le antiche cartoline postali che riprendono l'ospedale "Piemonte" noterà il muro che cinge il complesso dei fabbricati articolandosi lungo il viale Europa e le vie Reitano Spatafora,





Nicola Francesco Maffei, "La Carità" (sec. XVII),
Cappella dell'Ospedale "Piemonte"
(dal Grande Ospedale di Santa Maria della Pietà)

Piave e Carrubbara. Tale è rimasto il muro dalla sua costruzione a oggi, ma ciò che più lo caratterizza è di essere stato eretto con macerie del terremoto: se ne distinguono ancora i frammenti, capitelli in pietra levigati dal tempo e dalle intemperie (molti sono stati depredati), tratti di cornici di marmo, conci con iscrizioni monche, relitti di architravi, di trabeazioni e reggimensole in pietra arenaria, reliquie di Messina svanita. Di tale muro qualcuno continua a percepire il fascino. Non bello, alto quanto basta per delimitare l'ospedale, di aspetto precario, ma solido e discreto che, con il tempo, è finito per essere guardato come una sorta di monumento. C'è chi ha elaborato questa suggestione dedicandovi una poesia: *"Non chiamatelo muro"* è il titolo dato da Filippo Faillaci a un suo componimento di 170 versi dedicato alla muraglia dell'Ospedale "Piemonte", inserito da Aldo Di Blasi e pubblicato nel 2009, nella rivista di cultura peloritana «Messenion d'Oro»¹⁸, a cura di Giovanni Molonia.

La città di Messina non ha mai promosso iniziative per l'erezione di un monumento al terremoto, alle sue vittime, alla città dissolta; un simbolo, statuario o architettonico, in pietra o marmo, in metallo, anche in cemento, essenziale per un saldo compendio della memoria; una traccia che segnasse una piazza, un angolo di viale, un giardino; un emblema per ritessere, per quanto possibile, la trama della messinesità e delle sue radici. In tale silenzio e assenza, il "muro" dell'ospedale Piemonte resta l'unico monumento al terremoto del 1908. ■



NOTE

- 1) *Piano Regolatore della città di Messina. Compilato dal Cav. Uff. Ingegnere Luigi Borzì. Approvato con regio decreto del 31 dicembre 1911*, Messina 1912: Isolato 42, Ospedale Piemontese.
- 2) P. Nava, *L'Ospedale "Piemonte" di Messina. Dalle macerie del 1908 alla rinascita con fondi e architetti piemontesi*, in www.piemontemese.it/2015/02/01; letto il 20-05.2020
- 3) G. La Corte Cailler, *Il mio Diario (vol. III) 1907-1918* a cura di G. Molonia, Messina 2002, pp. 1149, 1152
- 4) P. Longo, *Messina città rediviva. 1909-1933*, Messina 1933 pp. 125, 303
- 5) Primo Tema HIC OPERATUR, Numero 576. Secondo Tema FIDES PER CHARITATEM, Numero 576. Si rileva come il passo della *Lettera ai Galati* di San Paolo (5/6) coincida (ulteriore peculiarità di questo anagramma aritmetico puro), anche con il Numero dei due Temi, 576, poiché in paleografia il numero 7 ha pure funzione di cesura (7=/).
- 6) G. La Corte Cailler, op. cit., pp. 1130, 1138-1141
- 7) J. Power, *Guida per la Sicilia*, Napoli 1842, pp. 9-10
- 8) C. Cigni, *L'Ospedale Grande di Santa Maria della Pietà di Messina* in «Quadrato», n. 5, Messina 2006, pp 27-39; G. Carleo, *Spezie, speziali e farmacisti nella storia di Messina*, Messina 2011, pp. 155-175
- 9) *Nel V anniversario dell'immane disastro. L'Ospedale "Piemonte" di Messina* in «La Domenica del Corriere», supplemento illustrato del «Corriere della Sera», anno XVI, n. 2, 11-18 Gennaio 1914, Milano 914, p. 10
- 10) L. Caminiti, *Dalla beneficenza all'assistenza: strutture sanitarie, ospizi e carità a Messina tra le due guerre* in Atti del Convegno (Messina, 3-4-5 ottobre 1990), *Messina negli anni Venti e Trenta. Una città meridionale tra stagnazione e fermenti culturali*, a cura di R. Battaglia, M. D'Angelo, S. Fedele, M. Lo Curzio, II, Messina 1997, pp. 607-647; Eadem, *Dalla pietà alla cura. Strutture sanitarie e società nella Messina d'Ottocento*, Messina 2002; F. Chillemi, *Il Grande Ospedale in Messina. Un centro storico distrutto*, Messina 2014 pp 96-101
- 11) AA.VV, *Messina prima e dopo il disastro*, Messina 1933, p. 268; P. Longo, *Messina e Provincia. Guida Storica - Turistica*, Parte prima [ma unica, n.d.r.], *La nuova città*, Messina 1936, p. 233
- 12) *Grande Ospedale Civico di Messina, Relazione del Regio Commissario Avv. Gaetano Anzà*, Messina 1911; Archivio di Stato di Messina, *Fondo Ospedale Piemonte, Registro delle deliberazioni 1921-1930*; F. M. Delia, *Il nuovo Ospedale Civico di Reggio Calabria. Il progetto per il concorso del 1913 di V. Negro e il progetto esecutivo di P. de Nava* in «Quaderni del Dipartimento Patrimonio Architettonico e Urbanistico» a cura di S. Valtieri, 35-36, anno XVIII, pp. 141-150, Reggio Calabria 2008
- 13) *Ospizio Marino di Mortelle sul mare. Il Consiglio Provinciale di Messina per la redenzione dell'infanzia sofferente*, Messina 1922; L. Caminiti, op. cit., pp. 629-630; *Ettore Castronovo* a cura di V. Noto e G. Molonia, «Quaderni del Rotary Club di Messina»/4, Messina 2015
- 14) *Salvatore Cappellani* a cura di N. Ioli e G. Molonia, «Quaderni del Rotary Club di Messina»/6, Messina 2017
- 15) *Annuario del Ministero dell'Educazione, 1935*, anno XIII, Roma 1935, pp. 163-164
- 16) *Gaetano Martino* a cura di G. Molonia, «Quaderni del Rotary Club di Messina»/1, Messina 2012
- 17) N. Principato, *L'Ospedale "Piemonte" 1911-2011. Cento anni della più antica struttura ospedaliera di Messina*, Messina 2012
- 18) F. Faillaci, *Non chiamatelo muro* in «Messenion d'Oro», n° 19/20 (gennaio/giugno 2009), Messina 2009, pp. 45-48. ■



Dalla collezione "Messina ieri e oggi"
di Alessandro Russo



Carmelo Micalizzi (1953) è Medico di base, specializzato in Medicina Interna e in Medicina del Lavoro, studioso di storia peloritana, ha approfondito temi di toponomastica storica del Valdemone e di storia della fotografia messinese. È autore di due monografie su Antonello da Messina. Ha al suo attivo un centinaio di saggi pubblicati su riviste specializzate e in periodici locali. Collabora con «Messina Medica 2.0», rivista online dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Messina. ■



**Una figura "storica"
che forniva
assistenza h24**

Non mi è sembrato fuor di luogo, anacronistico, ricordare la cara figura del medico condotto alla quale categoria appartenevo negli anni giovanili della mia professione. Il medico condotto era un medico dipendente dai comuni italiani al servizio della comunità. A volte, i comuni a ridotta popolazione si aggregavano in unica condotta, dove il medico chiamato, aveva l'obbligo della residenza fornendo assistenza continua 24 ore al giorno in maniera gratuita ai poveri bisognosi di cure.

II MEDICO CONDOTTO



Figura in qualche modo assimilabile ai medici condotti si rileva già nell'antica Roma dove Antonino Pio destinò gli archiatri populares, medici eletti e pagati dalla Città, incaricati di

assistere i poveri del tempo. Più recentemente la figura del medico condotto nasce nei comuni italiani del Medio Evo e successivamente, sia pure in modo parziale e discontinuo in tutta la penisola. La parola "condotto" deriva dal latino "conducere" che si traduce con il termine "assunto". Il decreto regio 2248 del 1865 affermò la sua funzione per la cura e la prevenzione della salute pubblica affidata a livello centrale al Ministero dell'Interno ed a livello periferico ai Sindaci ed ai Prefetti. La figura del medico condotto era molto stimata e ben voluta essendo l'unico baluardo della salute pubblica sotto il profilo igienico sanitario delle popolazioni operando nella medicina scolastica, eseguendo la vaccinazione obbligatorie, affiancato dalle ostetriche comunali faceva partorire le donne a casa.

Eravamo iscritti al più vecchio sindacato dei medici del territorio- la SIMET presieduto per decenni dal dottor Pasquale Trecca da Foggia. Un grande presidente della nostra categoria, stimato nella memoria di tanti, per la lungimiranza, la tenacia, la coerenza, nel perseguire l'ideale di una medicina moderna.

Ricordo quando a Messina fu testimone di nozze dei colleghi Argiroffi e di Marzia Nicita, figlia del nostro presidente provinciale Nino Nicita, al quale ero legato da grande amicizia e affetto. Ho avuto modo di leggere ultimamente il libro del collega Alessandro Livi "il medico condotto e la sua borsa" in cui descrive la classica borsa squadrata, rigida dominata dalla necessità di creare contenitori robusti per il trasporto di oggetti vari, riempita da cose utili in varie situazioni d'urgenza, ferri chirurgici, forcipe per necessità ostetriche, farmici, bende e cerotti.

La figura del medico condotto è stata in seguito sostituita ai sensi della legge 23 Dicembre 1978 n° 833 dal medico di famiglia. ■

La Medicina tra aforismi massime e pensieri

a cura di Vittorio Nicita Mauro

Per vivere sani e diventare longevi bisogna essere amici della serenità, lasciando che il rumore della vita scorra su di noi come l'acqua di un fiume, senza lasciare traccia.

Oribasio, medico greco, 325- 403

*

Il cervello è l'unico organo il cui valore cresce con l'età, perché accumula esperienza.

Paul Gless, neurologo inglese

*

Per un anziano un anno in più può non significare molto, se l'amore che lo circonda cresce ancora di più.

Vittorio Nicita Mauro, geriatra ■



celi

Scrivendo Aristotele che "la speranza è un sogno ad occhi aperti". I sogni sono importanti perchè permettono di scrutare l'orizzonte, coltivare la speranza e programmare il futuro. Un popolo che sogna è un popolo che supera qualunque calamità. Ha fatto scalpore l'uso del termine "irredimibile" coniato da Leonardo Sciascia a proposito della Sicilia.

Lo scrittore e, con lui tanti siciliani, alla luce di una realtà

immutabile, ha espresso un doloroso pessimismo sulle capacità di cambiamento dell'Isola. La crudezza dei dati Svimez del 2019 relativi alla Sicilia, danno ancora una volta ragione al lucido intellettuale e inarrivabile scrittore. È mancata

l'ossatura di una classe dirigente, fornita di una bussola con la quale orientare e guidare un popolo attraverso regole condivise ed una idea del domani. Il clientelismo, poi, ha irretito e manovratocinicamente la classe media e impedito la nascita e lo sviluppo di una borghesia, che avrebbe dovuto sanare ferite profonde e risolvere l'annosa e umiliante questione meridionale. Esiste un rispettabile movimento di opinione che ha in Pino Aprile il "Braveheart" del Sud. L'autore di (Terroni 2013, Carnefici 2016 Ed. Piemme), ritiene che L'Unità d'Italia sia "l'origine di tutti i mali". Le argomentazioni di Pino Aprile non sono prive di fondamento: documenti storici attestano lo stato di miseria in cui versavano gli Stati Italiani prima dell'Unità d'Italia. Quanto di seguito riportiamo vuole suscitare riflessioni soprattutto in questo momento di declino

sociale ed economico. Nel 1876 il tasso di emigrazione del popolo veneto era del 7,7 per mille, dal 1888 al 1891 la percentuale raggiunse punte del 40 per mille. Una diaspora. La sola provincia di Treviso, che in quel tempo faceva circa 400.000 persone ne perse 150.000 (Giacinto Cecchetto -Qua bisogna andare via-). Il 1970 è un anno storico per il Veneto: lo spartiacque tra la grande miseria che a fine Ottocento gli aveva valso l'etichetta di "Sud del Nord" e i primi scalini di un benessere diffuso che si è trasformato in "materia di studio mondiale" e che ha fatto del Veneto una delle Regioni più ricche e sviluppate d'Europa. Due segnali inequivocabili anticipano tale intrepida ascesa: il censimento del 1971 che pone fine all'emigrazione di massa, che aveva portato all'estero 5 milioni di veneti; la industrializzazione che porta il numero degli addetti all'industria oltre la soglia del 50%. Sono queste autentiche pietre d'angolo, per un Ente Regione che nasce dopo vent'anni di ritardo rispetto al dettato Costituzionale. Mentre il Governatore della Sicilia, Nello Musumeci, dichiara "Sicilia senza futuro, migliaia di giovani lasciano l'Isola" (Repubblica 24 Ottobre 2018), Francesco Jori (Storia del Veneto, 2019) descrive la seguente realtà: abitanti 5 milioni, occupazione 7 punti superiore alla media italiana, tasso di disoccupazione fra i più bassi in Italia (7 per cento), 460 mila imprese, oltre 60 miliardi di fatturato. Mezzo milione di immigrati provenienti da 169 Paesi diversi, un reddito annuo per famiglia di 39 mila euro, 19 milioni di turisti l'anno.

Le conclusioni sono una pagina bianca... saranno scritte da ogni lettore. Ci sembra, però, utile ricordare: "Labor omnia vicit improbus et duris urgens in rebus egestas" (Virgilio, Georgiche). ■

Ci insegnavano...

"PRENDI A MODELLO"



Aristotele



Quando **GLI UOMINI** avevano la coda... **i Medici?!**



Ci fu un tempo che gli uomini vestivano le pelli delle fiere con le quali si spartivano il dominio dell'ambiente abitando insieme le oscure viscere delle montagne o al riparo sugli alti rami degli alberi. Gli uomini mangiavano gli animali e viceversa. Gli animali divoravano il corpo dell'uomo lasciandone lo scheletro a marcire, degli animali invece

l'uomo non scartava nulla: mangiava le carni, utilizzava le ossa per farne arnesi e armi, ne indossava le pelli essiccate per resistere al freddo e alle piogge. Anche la coda rimaneva... pendente... propaggine delle pelli e dell'uomo stesso in un continuum che ne suggellava la

supremazia e la familiarità. Si fregiava della coda quasi venerandola come tabù perché della bestia egli condivideva l'essenza vitale, la forza, la determinazione, gli istinti... alla sopravvivenza e alla riproduzione. Si "limitava" soltanto ad arricchire quanto ereditava dalla bestia col pensiero che sentiva crescere in lui. Era una lucetta all'inizio fioca ma divenne col tempo così luminosa da consentirgli di elaborare un progetto, di eseguire un'azione finalizzata... non sapeva ancora ch'era stato predisposto per "evolvere". Immerso nella natura, partecipe dei fenomeni naturali, egli viveva la malattia e la morte con la sua bella coda ciondolante dal fondo schiena rassegnato ad essere prigioniero del suo limite e consapevole della forza ineluttabile e superiore della morte. Il Medico non esisteva ancora! Ma strada facendo quella lucetta dentro divenne luce abbagliante.

L'uomo perse l'idea del limite e si ribellò agli "Eventi"...

Antesignano "Prometeo", superato il senso della inferiorità rispetto ai fenomeni naturali, provò ad utilizzarli per andare oltre essi, provò a contrastarli per dominarli e trovare una soluzione alla morte. Si fece sciamano; si circondò di "spiriti" buoni e cattivi e si affidò di volta in volta, indifferentemente agli uni o agli altri pur di scampare alla rovina. Nacquero i demoni. Demone era tutto ciò che, provvisto di poteri sovranaturali, garantiva la vita. E la coda pendeva!

A quel punto decise di scendere dagli alberi e dalle rupi e ne fece a meno!

Ma solo di quella che pendeva sul suo tergo perché la coda era il suo talismano, il suo totem e se ne fece una dei capelli e un'altra della barba. Il segno della saggezza. Il tempo dei grandi Maghi e Indovini. Nacquero il sacerdozio e gli Dei!

Divenne meno guerriero, l'eroe ch'era il lui fu vinto e disperso dall'uomo della polis, divenne meno egoista, meno individualista, cominciò ad intrattenersi in continue mediazioni... quella divenne la sua nuova guerra... la guerra della ricchezza.

Si convinse che poteva "dominare" anche senza uccidere e senza rischiare di essere ucciso... ma fu un'illusione! La sua natura "animale" emergeva continuamente dalle sue tante "profondità". Da buon politico, cominciò a mentire attribuendo la responsabilità delle sue scelte all'incapacità degli altri e alla volontà degli esseri sovranaturali.

Il suo gesto simbolico divenne il "dito puntato" che significava allora come adesso "è colpa sua" caratterizzandone in maniera inequivoca la sua nuova qualità: la codardia!

Le belve smisero di essere lontane parenti dell'uomo. Comparve il Medico... era un poeta, un artista della scienza. Della conoscenza, della scienza dipingeva contorni sfumati, quasi indistinti con tratti poco marcati. Non aveva certezze. Adoperò il metodo sperimentale in piena autonomia. Non aveva da confrontarsi con alcuno, non doveva

rendicontare alcuna Organizzazione sindacale o corporativistica. L'intuizione era la sua benzina, la sperimentazione dei rimedi il suo motore. La coda gli oscillava sul mento e sul collo. Una nuova tipologia di guerra: combattere per la vita!... anche dei nemici! La prima idea di Democrazia è medica! Le malattie non erano più esorcizzate nei fumi degli stregoni o affidate al volere degli dei tra olocausti e offerte virginali. Il medico era un inviato divino, un eletto di Dio... col beneplacito dei saggi e dei potenti!

Quasi intermediario della volontà divina continuò ad apparire sempre con la sua bella coda, adesso, "curata" e ben sistemata sulle spalle. La coda! Ancora essa!

Presente ancora, come ai primordi, come amuleto e segno distintivo di chi decideva del destino dei simili e continuava a combattere nel "buio"! Nera... l'oscurità che nelle

caverne annunciava la morte. Nero... il colore della malattia che portava alla morte!

Ad un tratto tutto cambiò. L'uomo si accorse che Dio esisteva ma lo lasciava libero di scegliere il suo futuro! La coda scomparve o meglio non fu più in vista... rimase "invisibile" dentro l'uomo, non visibile ma sempre viva e pronta a vibrare all'unisono col pulsare del cuore. L'uomo scoprì il microscopico e l'infinito ma dentro ai suoi strumenti si elaborava una sentenza senza appello... egli era e sarebbe rimasto per sempre un animale! I medici di oggi non hanno più né la coda né il "codino"! Noi speriamo che

continuino a pensare di averla avuta senza vergognarsene. Non saprebbero più dare il giusto valore alle scelte per la vita! ■



cinquegrani

Al Sig. Presidente dell'Ordine dei Medici Italiani, a tutti i Presidenti degli Ordini dei Medici, a tutti coloro che vivono in Italia.

"SCUDO LEGALE ALL'ILVA" è stata la perentoria richiesta della Ditta ACELOR MITTAL per garantire il funzionamento della più grande industria dell'acciaio d'Europa.

Nessuna protezione legale viene invece richiesta da parte dei medici, paramedici e anche laureandi, che spesso disarmati, privi delle opportune difese, sono impegnati sul nuovo fronte di guerra dell'umanità, la lotta contro il CORONA virus -19.

Personne prevalentemente giovani, agnelli sacrificali in vista della Pasqua, che rischiano la propria vita e a volte la perdono nel disperato, spontaneo tentativo di salvare il Prossimo durante questa terribile e mai vista pandemia del Coronavirus. Essi sono mandati a rischiare la propria vita e anche donarla con scarse difese, perché ancora oggi, i presidii medici adeguati sono purtroppo insufficienti.

Questo virus è una fiamma che sta bruciando la Terra abitata dall'uomo e in poche settimane ha contagiato milioni di persone, ucciso centinaia di migliaia (941.000) in tutto il mondo, ben 35.645 nella sola Italia. In particolare ha portato via le vite di 16.905 persone nella sola Lombardia e questo Mostro prosegue, quasi inarrestabile lungo la Nazione, divorando le vite di molti dei suoi abitanti.

La politica italiana aggredita improvvisamente, è rimasta inizialmente attonita, ferma, rappresentata da pochi portavoce, mentre i giovani medici e paramedici hanno fatto un gigantesco passo in avanti, lasciando indietro la politica e ancor di più i sindacati, che hanno invece minacciato lo sciopero dei propri iscritti, proprio nell'Ora più buia dell'Umanità. La politica adesso si è fatta compatta assieme alla Nazione unita.

Evidente e forte, c'è la figura di uomini soli al comando, il Presidente della Repubblica e il Presidente del Consiglio.

Altissima s'erge la figura di tutti quei medici e paramedici fra le cui fila si contano in Italia, in poco meno di un mese circa 51 caduti e altri ancora fra le fila di tutti gli altri servitori dell'Umanità.

Nulla mi permetto di dire, nulla dinanzi a tale dramma dell'umanità tutta, solo uno Scudo per loro chiedo. Non già vile ma dovuto salario, ma lo 'SCUDO ALLE SPALLE' di questi servitori dell'umanità che vanno a petto scoperto verso un nemico mortale. Uno Scudo che li protegga mentre avanzano, uno SCUDO LEGALE che li faccia andare sereni della fiducia assoluta che poniamo in essi, perché sappiamo che sceglieranno certamente l'impossibile, pur di difenderci di fronte all'ignoto.

Unisco al loro ringraziamento un grazie particolare a tutti quei volontari che sono venuti ad aiutare l'Italia provenienti da tutte le Nazioni della Terra, lasciando le proprie famiglie, perché convinti che l'Umanità sia una.

La ringrazio sig. Presidente.

Maurizio Cinquegrani

La risposta del presidente dell'Ordine Giacomo Caudo

La professione medica espone dei rischi che coinvolgono il medico in prima fila e spesso anche tutta la sua famiglia. Ci saremmo aspettati un maggior rispetto in termini di tutele per gli operatori che svolgono questo delicato e pericoloso ruolo. Certamente in termini di organizzazione, di supporto di uomini e mezzi, di DPI, ma soprattutto di uno scudo che ci proteggesse dagli avvoltoi sempre in agguato. Per fortuna alcune autorevoli voci si sono sollevate per stigmatizzare certi comportamenti indegni di una nazione civile: il presidente dell'ENPAM Alberto Olivetti, il consiglio nazionale forense e numerosi sindacati. Il Dott. Cinquegrani parla di uno scudo, ed uno scudo è quello che servirebbe alla classe medica e degli operatori sanitari che sia in grado di difenderli da sciacallaggi maramaldi ed opportunistici che squalificano la nobile professione cui appartengono.

Giacomo Caudo ■



Uno SCUDO per gli Eroi dell'umanità



È una vittoria delle donne e per le donne. Il Ministro della Salute regola le nuove linee guida aggiornate in materia di aborto farmacologico (8 agosto 2020). La RU486, pillola abortiva, "Mifepristone", potrà essere assunta senza ricovero in ospedale. Tante sono le Associazioni (Laiga, Amica, Luca Coscioni, SIGO, AOGOI, AGITE) e i colleghi che si sono mobilitati nelle piazze per sostenere l'autodeterminazione e l'autonomia della donna e per l'applicazione della legge 194 con la RU486 in Day Hospital e senza più ricovero.

Diritto alla salute: novità sull'ABORTO FARMACOLOGICO



Una pillola abortiva che per lo Stato significa anche risparmio con meno aborti chirurgici, quindi meno ricoveri, anestesie e sale operatorie impegnate. Alla luce dei dati della letteratura

scientifico, l'I.V.G. farmacologica è possibile con il ricovero in day hospital e anche in regime ambulatoriale e consultoriale. Secondo le varie associazioni, la pandemia Covid 19 ha costretto le società scientifiche a emanare raccomandazioni per "privilegiare la metodica farmacologica in regime ambulatoriale, che permette minori accessi in Ospedale, garantendo quindi un minore rischio di contagio".

Si tratta di un passo importante a tutela della salute e dei diritti delle donne, con grande soddisfazione dei ginecologi di tutte le Società, per l'aborto farmacologico senza ricovero e per le nuove linee guida nel pieno rispetto della legge 194/78.

Esistono due tecniche per eseguire una I.V.G., il metodo farmacologico e quello chirurgico.

L'I.V.G. attraverso il metodo farmacologico è una procedura medica distinta in più fasi, che si basa sull'assunzione di almeno due principi attivi diversi, il Mifepristone (RU486) e una prostaglandina, a distanza di 48 ore l'uno dall'altro. Il Mifepristone, interessando i recettori del progesterone, necessari per il mantenimento della gravidanza, ne causa l'interruzione; l'assunzione del secondo farmaco, della categoria delle prostaglandine (misoprostolo), ne determina l'espulsione.

In Italia è possibile ricorrere alla I.V.G. con il metodo farmacologico dietro richiesta della persona interessata, in regime di "Day Hospital", con rientro a casa mezz'ora dopo aver assunto il medicinale, nel rispetto della legge 194/78 con nuove linee di indirizzo da parte del Ministero della Salute. Il parere che sta alla base delle nuove linee guida aggiunge che l'aborto farmacologico potrà essere praticato fino al 63° giorno di gestazione (ovvero fino alla nona settimana). "Queste nuove linee guida sono un passo avanti importante e rispettano pienamente il senso della legge 194 che è e resta una norma di civiltà del nostro Paese".

L'I.V.G., attraverso il metodo chirurgico, può essere effettuata presso le strutture pubbliche (art. 8) del SSN e le Strutture convenzionate ed autorizzate dalle Regioni.

Per evitare che l'aborto chimico possa essere sottovalutato nelle sue conseguenze, il documento insiste molto sull'importanza di "una corretta informazione": si deve tenere in considerazione infatti che l'efficacia è del 93-95% e che quindi, nel 5% circa dei casi, è necessario sottoporsi comunque ad un intervento chirurgico per completare l'aborto o fermare un'emorragia importante in atto.

La nuova direttiva già in uso in molte regioni italiane (la Liguria già da 10 anni pioniera) consente alla donna di attenuare il disagio di una scelta sempre difficile e dolorosa.

Alla luce delle più recenti evidenze scientifiche si spera che la direttiva emanata sia applicata al più presto anche in Sicilia, ma la vera piaga sono gli obiettori. Infatti i ginecologi obiettori sono sempre di più, anche il 96% in alcune Regioni come la Sicilia e il Molise; si spera anche in una riqualificazione dei C.F., che in questi ultimi anni, sono stati mandati letteralmente alla deriva.

Nelle linee guida si parla di contraccezione post IVG e si dovrebbero anche incrementare i corsi di Ed. Sess. nelle Scuole, fornire contraccettivi gratuiti e pillola del giorno dopo, mentre i C.F. dovrebbero aiutare le donne a non arrivare all'aborto sostenendo la prevenzione e l'utilizzo della pillola del giorno dopo.

L'aborto è un diritto e questo non vuol dire che la coppia deve affrontare l'argomento con superficialità e leggerezza, anzi tutt'altro: con grande responsabilità deve essere applicata la pianificazione della famiglia, cercando di non dover mai arrivare ad una violenza simile.

Nel 2018 gli aborti con RU486 sono arrivati al 20,8%; in crescita le pillole "del giorno dopo" e dei 5g. dopo" con quasi 600 mila confezioni vendute. L'uso dell'aborto farmacologico è comunque in continua crescita pur con differenze enormi tra le Regioni. ■



sturiale

E non poteva mancare quella che gli storici militari definiscono “mitopoiesi della gloriosa sconfitta” (cit. Marco Cimmino). Quando cioè esaltando il sacrificio eroico e valoroso del popolo si tentano di nascondere le responsabilità, gli errori, le magagne, la sconsideratezza, l’incapacità e quant’altro delle classi dirigenti. Ai caduti di El Alamein e Nikolajewka anche il nemico concede l’onore delle armi: l’esercito ideale è composto da soldati italiani, sottufficiali inglesi e ufficiali tedeschi (cit. Paolo Rumiz).

Il soldato italiano pur nella totale incapacità dei comandanti riesce a condurre la propria battaglia, a farsi onore e meritarsi la gloria: riscatto delle

prime linee da un lato, inadeguatezza, incertezza e inaffidabilità di comandi e linee guida, dall’altro. Non attrezzato e male equipaggiato, come in ogni guerra l’italiano (popolo di eroi, di santi, di poeti...) ritrova genio e buonsenso: dall’anti-artrosico all’anti-malarico, dal plasma dei convalescenti all’eparina e al cortisone non si rassegna e continua a combattere e a vincere le sue battaglie, se non la guerra, con armi definite “off-label” lontano dalle trincee nel bunker del dottor goebbels dove si aspetta l’arma finale (cit. Bonvi), ma effettivamente razionali ed adeguate di fronte al nemico: la Scuola Salernitana, prima facoltà di Medicina nel IX secolo, imponeva per tre anni su cinque lo studio della logica. La medicina, come l’italiano di Sciascia, è ragionamento, innanzitutto.

La battaglia di “Caporetto” (la parola stessa semioticamente denota e connota la disfatta totale), non genera processi mitopoietici pur non mancando atti di valoroso eroismo già durante la resistenza sul Piave. Piuttosto “Caporetto” è l’evento che determina cambiamenti importanti a cominciare dal comandante in capo delle Forze Armate che aveva cercato di addossare la responsabilità della disfatta alla viltà dei soldati in prima linea, che invece ben comandati dal rinnovo della classe dirigente dimostrano tutto il loro valore a cominciare dai ragazzi del ‘99 con il trionfo di Vittorio Veneto l’anno seguente. Insomma stiamo affrontando anche questa crisi grazie all’eroico lavoro di medici e infermieri e alla esemplare resilienza degli italiani. Ma tutti i nodi vengono al pettine... quando c’è il pettine (cit. Leonardo Sciascia).

Davanti all’emergenza Covid è innegabile che il servizio sanitario non può essere una azienda politicizzata che si preoccupa più dell’immagine che della salute dei cittadini e degli operatori: il numero chiuso in medicina, nelle specializzazioni, in scienze infermieristiche; la logica della prestazione e del profitto; la sanità territoriale e di comunità, la regionalizzazione etc. vanno seriamente riveduti e corretti prima che la voglia di dimenticare questa esperienza diventi negazione psicopatologica della realtà vissuta. Davanti all’emergenza Covid è innegabile che solo lo Stato può gestire una catastrofe così immane ed è necessaria una collaborazione e una solidarietà sovranazionale. Solo lo Stato può assicurare ai cittadini un sussidio d’emergenza: il reddito di cittadinanza non era un delirio populista. La concezione stessa del lavoro nel pubblico e nel privato è cambiata e sta cambiando adeguandosi smartly con difficoltà ma anche con innegabili evidenti successi (scuola, università, trasporti, ambiente etc.) a nuovi scenari che dovranno restare anche quando si tornerà alla normalità e anzi costituendone l’essenza: il problema dei buoni pasto non è insormontabile!

Davanti all’emergenza Covid è innegabile che il neo-liberismo e il mercato globale hanno dimostrato, se ancora ve ne fosse stato bisogno, tutti i loro limiti: la salute, la tranquillità e la libertà del cittadino sono fondamentali anche per la sopravvivenza stessa dei mercati ma sono competenza dello Stato che non può essere demolito per far lucrare il privato. Gli ambiti locali e le comunità, le economie di prossimità hanno avuto una significativa rivincita ri-creando contesti dove i beni relazionali, primo fra tutti la fiducia, hanno prodotto quel capitale sociale che misura, più del PIL, la qualità della vita.

Davanti all’emergenza Covid è innegabile la fine del sovranismo. Populismo e sovranismo si sono dimostrate entità distinte: i problemi sanitari, socio-politici, economici ormai si diffondono troppo rapidamente perché possano essere risolti in ristretti ambiti nazionali: le risposte devono essere resilienti veloci e... planetarie. Authority come l’OMS devono essere pronte, libere ed efficienti. Anche sulla finanza sarebbe necessario un controllo mondiale con il potere di sospendere o chiudere tutte le Borse (si è fermato anche il Vaticano e non era mai successo prima) evitando capitalizzazioni di perdite stratosferiche che bruciano risorse indispensabili in momenti di crisi.

Il populismo di questi anni che testimonia la volontà e la consapevolezza (talvolta selvaggia nei social network e nei risultati di alcune elezioni) dei popoli della terra di aspirare a riappropriarsi del potere delle decisioni politiche, deve guardare oltre e superare i confini nazionali o subnazionali; insomma, per diventare sovranismo dovrebbe avere dimensioni planetarie!

La storia del novecento ha due scenari post-bellici: uno porta al nazifascismo, l’altro alle democrazie della ricostruzione. Tertium non datur? ■

Scenari di Guerra e Covid: la futile mitopoiesi della gloriosa sconfitta





Sempre più pazienti sono "incentivati" a sporgere denuncia contro i medici, a prescindere dalle sussistenze di valide motivazioni: volevo sapere se le istituzioni si sono mosse con qualche iniziativa in tal senso per difendere la categoria.

Email firmata



stu-
di legali che offrono prestazioni volte a incoraggiare azioni giudiziarie nei confronti dei medici e dei professionisti sanitari "impegnati in prima linea sul fronte dell'emergenza Covid-19 per tutelare e salvare la vita ai tanti cittadini coinvolti, anche a costo di mettere in pericolo la propria e quella dei loro familiari".

"Comportamenti di alcuni iscritti – si legge nella delibera del Consiglio nazionale forense – che minano così anche l'immagine dell'avvocatura tutta, che invece, anche e soprattutto in queste circostanze, ancora una volta, sta dimostrando piena consapevolezza del ruolo sociale a cui è chiamata e a cui non intende sottrarsi".

La delibera, assunta oggi dal plenum del Cnf in seguito alla segnalazione pervenuta nei giorni scorsi dalla Fnomceo, "censura e condanna con forza e convinzione ogni comportamento che in qualsiasi forma e modo integri grave violazione di principi etici condivisi, principi etici che informano e non possono non informare la professione di avvocato".

E al personale sanitario italiano, il Consiglio nazionale forense "esprime in maniera forte e incondizionata la propria gratitudine a tutti i medici, ai professionisti sanitari e ai tanti volontari quotidianamente impegnati nella cura e nell'assistenza dei cittadini colpiti dal contagio e la propria vicinanza a tutti i dottori, operatori, volontari, che sono stati contagiati dal Covid-19 nell'esercizio della loro opera di cura".

Infine, la massima istituzione forense, la cui presidente Maria Masi è da giorni in contatto con il vertice dell'Ordine dei medici Filippo Anelli, esprime profonda solidarietà alla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, "impegnata a sua volta in questo difficile momento a tutelare l'immagine e il ruolo dei suoi iscritti, reclutati e offerti per il bene e la salute dell'intera comunità, e a cui si stringe in un rinnovato patto di collaborazione e alleanza".

(Fonte: consigionazionaleforense.it) ■



Gentile dottoressa, oltre all'impegno profuso da tempo da parte degli Ordini dei medici e odontoiatri di tutta Italia, della FNOmCeO e di associazioni e sindacati per tutelare la categoria, proprio di recente è sceso in campo lo stesso Consiglio Nazionale Forense per stigmatizzare gli avvocati che violano i principi etici, incentivando pazienti a sporgere denuncia e cercando a tutti i costi clienti "fuori dagli ospedali", anche senza valide ragioni. Riporto qui di seguito il comunicato inviato agli organi di stampa che fa comprendere bene la netta posizione di condanna da parte dello stesso ente di rappresentanza dell'avvocatura.

"Forte condanna per iscritti che violano principi etici dell'avvocatura"

Il Consiglio nazionale forense assicura alla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri l'attenta e forte vigilanza di tutte le istituzioni forensi nell'individuare e sanzionare i comportamenti di quei pochi avvocati che intendono, speculare sul dolore e le difficoltà altrui, nel difficile momento che vive il nostro Paese".

Così il Cnf, l'istituzione di rappresentanza dell'intera avvocatura italiana, riunito oggi in seduta straordinaria, condanna fortemente le iniziative, "per fortuna limitate e marginali" emerse in questi giorni, di alcuni avvocati e