

XXIII Convegno Regionale AMD Piemonte - Valle d'Aosta

LE RETI - Connessioni umane e tecnologiche in diabetologia
Pollenzo (Cuneo), 10-11 dicembre 2010

Presentazione del Convegno

La Sezione Piemonte e Valle d'Aosta di AMD ha una lunga tradizione e un'autonomia culturale che le ha permesso di raggiungere questo XXIII Congresso regionale. Negli ultimi anni la scelta di fondo è stata quella di coniugare cultura scientifica e cultura umanistica attraverso l'identificazione di un tema che fosse il filo conduttore dell'intero Congresso e che venisse approcciato con sensibilità e culture diverse. Cito i recenti *Gen-etica* nel 2008 che ha trattato del ruolo dell'ambiente e dei nostri comportamenti di fronte all'epidemia diabete, *E pur si muove. Dialogo tra scienza, conoscenza e libertà* nel 2009 che ha affrontato il tema della libertà di pensiero e di scelta per sottolineare come la medicina debba avere sempre al centro e come fine l'uomo. Il Congresso 2010 ha avuto come titolo: *LE RETI. Connessioni umane e tecnologiche in diabetologia*. Ci siamo proposti di riflettere sulla "complessità organizzata" che viviamo quotidianamente e sull'importanza della rete come modello per affrontarla e come schema per le relazioni. Il pensare "sistemico" in termini di "relazioni, schemi e contesto" ha ispirato molte delle scelte della nostra Associazione, come ad esempio quelle legate alla qualità (il File Dati/Indicatori e gli Annali), alla comunicazione (la rete Internet e AMDcomunicAzione) o all'organizzazione della cura (la rete dei servizi diabetologici, la Gestione Integrata). Nel nostro incontro abbiamo, infatti, cercato di analizzare le varie declinazioni della rete nel mondo diabetologico, dalle connessioni informatiche all'organizzazione della cura. Dopo il simposio satellite dedicato al rapporto tra la crescente tecnologia e la cura del diabete, ove sono state analizzate le problematiche pratiche legate all'apprendimento e ai problemi di ordine psicologico ed emotivo delle persone con diabete nell'approccio agli strumenti tecnologici di uso quotidiano, nel venerdì pomeriggio, parte centrale del congresso, abbiamo proposto alcuni aspetti del "nostro" operare in rete, esplorando i modelli per la valutazione della qualità dell'assistenza diabetologica proposti da AMD alla comunità internazionale e le possibilità della telemedicina in diabetologia. Gli argomenti sono stati affrontati dagli intensi interventi, di cui vi proponiamo gli abstract, di due amici e protagonisti in diabetologia: Antonio Nicolucci dell'Istituto Mario Negri Sud e Giacomo Vespasiani, Past-President AMD ed esperto in telemedicina. A questi interventi è seguito un vivace e inedito dialogo con Derrick de Kerckhove, sociologo canadese di fama internazionale, sul valore aggiunto della rete partendo dal concetto di "intelligenza connettiva", concetto che ha ispirato alcune delle scelte di AMDcomunicAzione nel progressivo passaggio da una fase "classica" dell'utilizzo della rete Internet, quella basata sulla condivisione di informazioni e di documenti, ad una fase di evoluta interazione che è tipicamente quella del WEB2.0. Marco Comoglio ha raccolto in

un'intervista, qui presentata, alcuni interessanti pensieri di de Kerckhove sui concetti di interconnessione e relazione tra le persone, la rete e il suo utilizzo.

Nel tardo pomeriggio sono stati presentati i risultati degli Annali AMD Piemonte 2010 e, nel Laboratorio Diabetologico Piemontese, alcune originali iniziative regionali il cui contenuto potrete leggere negli abstract. Il sabato mattina, onorati dalla moderazione del Presidente e del Vice-Presidente nazionale, ha avuto luogo il Simposio Subito! che ha affrontato alcuni temi di aggiornamento sulle strategie terapeutiche in diabetologia, e di cui Marco Gallo ha realizzato una chiara sintesi. Il Congresso ha quindi dedicato uno spazio all'evoluzione della rete diabetologica regionale e alle sue reali e potenziali connettività con una tavola rotonda che ha visto la partecipazione di persone con diabete, medici di famiglia, universitari, amministratori, diabetologi e infermieri di diabetologia. Un intervento finale è stato dedicato all'evento Terra Madre 2010 organizzato a Torino da SlowFood.

Luca Monge, *Presidente*
Marco Comoglio, *VicePresidente*
Anna Bogazzi, *Consigliere*
Riccardo Fornengo, *Consigliere*
Marco Gallo, *Consigliere*
Marilena Lanero, *Consigliere*
Maria Chantal Ponziani, *Consigliere*
Alessandra Clerico, *Segretario*

Relazioni

Indicatori per la qualità della cura del diabete

Antonio Nicolucci

Laboratorio di Epidemiologia Clinica
del Diabete e delle Malattie Croniche
dell'Istituto Mario Negri Sud



In un'epoca di forti spinte alla razionalizzazione e al contenimento dei costi sanitari, è fondamentale garantire un'assistenza di qualità adeguata e che consenta equità di accesso alle cure. A questo fine, in numerosi Paesi sono stati sviluppati strumenti di monitoraggio e miglioramento continuo della qualità. Tali strumenti prevedono l'utilizzo di specifici indica-

tori di processo e di risultato, che consentano di valutare la distanza fra la pratica quotidiana e le raccomandazioni emanate dalle società scientifiche e di ridurre quindi la variabilità nelle cure più volte documentata. In Italia l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) ha sviluppato da anni una lista di indicatori che vengono annualmente utilizzati per fotografare l'assistenza specialistica erogata da una rete di oltre 250 servizi di diabetologia che condividono le stesse modalità di estrazione dei dati dalle proprie cartelle informatizzate (Annali AMD). La produzione degli indicatori permette il confronto con i "best performers", fornendo ai partecipanti una indicazione del margine reale di miglioramento ottenibile, perché basato non su standard teorici, ma su quanto già ottenuto in altri centri che operano in condizioni analoghe. Questo tipo di approccio ha già prodotto miglioramenti tangibili nella qualità dell'assistenza dei centri partecipanti. L'iniziativa Annali AMD ha ottenuto ampi riconoscimenti a livello nazionale ed internazionale, come testimoniato dall'adozione da parte dell'International Diabetes Federation degli indicatori sviluppati da AMD. La rilevanza degli indicatori utilizzati è inoltre stata chiaramente documentata dai risultati dello studio QUASAR: uno score complessivo di qualità, basato su indicatori di processo e di risultato, si è dimostrato in grado di predire l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori. La prossima sfida, lanciata per rispondere alle esigenze di una medicina centrata sull'individuo, sarà quella di affiancare agli indicatori clinici anche indicatori di qualità di vita e di soddisfazione degli utenti. Lo studio BENCH-D, appena lanciato da AMD, si propone di affrontare proprio queste tematiche.

Telemedicina in Diabetologia

Giacomo Vespasiani

UO Diabetologia e Malattie del Ricambio,
San Benedetto del Tronto



La telemedicina rappresenta una scienza intorno alla quale tanto si è parlato ma il cui campo di azione è ad oggi limitato alle condizioni di isolamento geografico o in guerra. Queste utilizzazioni estreme, senza alternative hanno messo in secondo piano i costi delle attrezzature necessarie alla realizzazione tecnica ma anche la qualità del risultato. Oggi la telemedicina può affrontare non solo il problema della distanza tra medico e paziente ma anche quello della frequenza e periodicità di controllo. Nelle malattie croniche sempre più il risultato è funzione del numero dei contatti oltre che della qualità di questi. La telemedicina che di per sé potrebbe impegnare un tempo relativamente breve, potrebbe ovviare a questo problema, lasciando al contatto personale gli aspetti più complessi e non trasmissibili a distanza. In pratica con la telemedicina si possono affrontare, anche a distanza minima tutte le malattie croniche dal diabete alla obesità. Quello che però va valorizzato, essendo ormai la distanza e la comunicazione alla portata di tutti, è il paragone con la prestazione classica o parte di questa, che deve avere lo stesso risultato di quella telematica. In altre parole per essere accettata dalla massa, prima bisogna che la telemedicina risolva i problemi quotidiani del medico e del paziente nulla riducendo in qualità del risultato. L'obesità ed il diabete possono rappresentare un modello in questo senso.

Quale ruolo per l'insulina alla luce dei nuovi ipoglicemizzanti?

Alberto De Micheli

Ospedale San Martino Genova



Negli ultimi anni si sono resi disponibili nuovi antidiabetici che hanno ampliato l'armamentario terapeutico e permesso una più adeguata personalizzazione del trattamento, come gli analoghi del GLP-1 (caratterizzati da modesti effetti collaterali e costi interessanti), gli inibitori della DPP-4, entrati nei vari algoritmi terapeutici internazionali (AMD-SID, EASD, ADA, NICE e AACE). Va ricordato come questi farmaci manchino tuttora dati di sicurezza a lungo termine. Per le caratteristiche farmacocinetiche, la terapia insulinica è la più efficace rispetto agli obiettivi glicemici ed inseribile (anche temporaneamente) ad ogni step della terapia ipoglicemizzante del diabete di tipo 2. Pur essendo una terapia spesso di gestione impegnativa (rendendo necessario l'autocontrollo glicemico), con rischi reali d'incremento ponderale e di ipoglicemie, conserva caratteristiche vantaggiose e di versatilità destinate a farne ancora per molto tempo un'ottima soluzione, a dispetto dei recenti progressi ottenuti dalla ricerca farmacologica. Numerosi dati, inoltre, suggeriscono come gli analoghi insulinici lenti riducano notevolmente il rischio di ipoglicemia nei confronti della tradizionale insulina NPH, nel diabete tipo 2. Si attendono invece le evidenze necessarie per dimostrare la capacità teorica delle incretine di prolungare nel tempo la capacità di produzione di insulina delle isole pancreatiche.

Statine: da *the lower is better* a *the earlier the better*

Andrea Poli

Dipartimento di Farmacologia,
Università di Milano



Il tema era incentrato su quello che potrebbe diventare il nuovo paradigma della prevenzione cardiovascolare, spostando l'accento dall'intensità dell'effetto ipocolesterolemizzante delle statine alla precocità (e diffusione) della loro introduzione in terapia. Sono stati presentati studi epidemiologici sul ruolo di marker cardiovascolari quali la proteina C-reattiva e i livelli di calcio coronarico, sottolineando l'importanza di portare il paziente a target, pur nell'ambito di una certa flessibilità del target stesso, al variare del livello del rischio cardiovascolare globale. Riportando i dati della letteratura alla pratica clinica quotidiana, è importante stabilire il bersaglio terapeutico per ciascun paziente e stimarne la distanza rispetto alla situazione attuale, per scegliere l'approccio farmacologico più adeguato (dieta, fibre, fitosteroli, farmaci generici o statine di alta efficacia). Ogni molecola possiede, infatti, caratteristiche farmacocinetiche e di efficacia peculiari, da tenere in considerazione nell'ambito degli obiettivi da perseguire. Ha quindi presentato i dati relativi allo studio CHECK, volto a valutare la distribu-

zione delle distanze dal target nella popolazione italiana, e presentato alcuni nuovi farmaci nelle pipelines delle aziende farmaceutiche, tra i quali l'anacetrapib, potente inibitore del CETP (la proteina di trasferimento degli esteri del colesterolo) in grado di aumentare la quota del colesterolo HDL, oltre a esercitare un importante effetto favorevole sugli altri parametri lipidici; il colesterolo LDL, è stato affermato, resta l'obiettivo terapeutico principale, con gli altri indici da considerare forse più quali indicatori che non come fattori di rischio di cardiopatia ischemica.

Abstract

Modello operativo per la prescrizione dell'esercizio fisico nel diabete mellito, esempio di malattia esercizio-sensibile.

De Luca R¹, Parodi G², Levetto M², Petraroli G¹, Pace A¹, Sancasciani P¹

¹ S.S. Diabetologia Distretti 8-9-10
e ² S.S. Medicina dello Sport,
ASL Torino 1

Introduzione. La definizione, attraverso un progetto che ne validasse l'efficacia, di una procedura strutturata di prescrizione, istruzione e valutazione di esercizio-terapia da inserire nel percorso diagnostico-terapeutico del paziente affetto da Diabete Mellito, patologia esercizio-sensibile.

Metodi. Da circa due anni l'ASL TO1 conduce il "progetto fitwalking", partito come promozione dell'attività fisica e sviluppandosi verso la prescrizione dell'esercizio fisico. Con la collaborazione della Scuola del Cammino di Saluzzo, sono stati formati istruttori di fitwalking tra i dipendenti aziendali, è stata deliberata la figura del "fitwalking-leader aziendale", sono stati avviati al fitwalking 303 dipendenti dell'Azienda e, in un'ottica terapeutica di prescrizione dell'esercizio fisico, 220 pazienti/utenti di alcune strutture sanitarie. Tra questi, 30 sono stati pazienti diabetici, arruolati e suddivisi in modo casuale, nell'ambito di un progetto di confronto di questa tecnica con quella dell'attività fisica adattata svolta in palestra e con un gruppo di controllo formato da soggetti con sole indicazioni verbali di attività motoria. I soggetti del Fitwalking, in particolare, suddivisi in 2 gruppi, hanno seguito 3 sedute settimanali di un'ora ciascuna, per un periodo di 6 mesi, con la conduzione di operatori di Fitwalking Leader della struttura di Diabetologia, che hanno spiegato la tecnica e determinato il raggiungimento della dose/intensità prevista per i singoli soggetti. Il medico dello sport ha effettuato la determinazione delle capacità funzionali dei soggetti, in particolare tramite test di valutazione volti a fornire il "range" di frequenza cardiaca "allenante" ed adeguato agli effetti metabolici ricercati; inoltre ha controllato l'eventuale presenza di controindicazioni o la necessità di approfondimenti clinici; ha indicato le modalità di effettuazione e l'intensità dell'esercizio fisico e valutato le capacità di adattamento allo sforzo, precedentemente e successivamente alle attività di fitwalking. La Diabetologia ha infine valutato i risultati dell'attività in ambito metabolico, motorio e dell'auto-percezione della qualità della vita.

Risultati. I risultati metabolici, motori, della performance cardio-respiratoria e sull'auto-percezione della qualità della vita sono ancora in elaborazione, ad eccezione di quelli della HbA1c, per la quale, nei 6 mesi, è risultata una diminuzione statisticamente significativa dello 0,4%.

Conclusioni. Si è elaborato un modello operativo, pratico e replicabile per la prescrizione di esercizio fisico nel Diabete Mellito, ma applicabile in altre patologie esercizio-sensibili. Il neonato Centro di Cammino Terapia dell'A.S.L. TO1, nel quale confluiscono le varie iniziative del "progetto fitwalking", è lo strumento operativo per l'avviamento all'esercizio fisico, sotto forma di cammino sportivo, metodica per altro non esclusiva. La struttura di Medicina dello Sport procede alla valutazione clinica e funzionale del paziente affetto da patologia esercizio-sensibile, al fine di proporre una dose di attività fisica in condizioni di efficacia e di sicurezza. La struttura di Diabetologia inserisce a regime un modello pratico, ripetibile e sostenibile per l'esercizio-terapia nel percorso terapeutico del paziente, da associare agli altri percorsi terapeutici di tipo farmacologico e dietetico.

Telemedicina e Diabete: l'esperienza del V.C.O.

Saglietti G

Malattie Metaboliche e Diabetologia A.S.L. V.C.O. (Verbania Cusio Ossola)

Introduzione. Nel giugno 2009 presso la nostra ASL si è avviato un progetto sperimentale di telemedicina rivolto a 4 categorie di pazienti: 1) Diabetici; 2) Soggetti con scompenso cardiaco; 3) Soggetti con insufficienza respiratoria; 4) Pazienti neoplastici. I pazienti sono stati dotati di idonea strumentazione (Clinica da polso per la rilevazione di ECG, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, P.A. - Glucometro per la rilevazione della glicemia - Bilancia elettronica). I dati rilevati dai pazienti vengono trasmessi quotidianamente oppure a giorni alterni, tramite un "gateway" collegato alla linea telefonica ad una centrale operativa con personale infermieristico e quindi agli ambulatori dei vari specialisti che possono così rilevare i dati inviati (glicemia ecc.) in tempo reale ed apportare modifiche terapeutiche eventualmente necessarie. E' inoltre possibile il "Teleconsulto" via computer fra il medico ed il paziente.

Disegno e metodi. Ad oggi 110 pazienti diabetici sono stati inseriti nel protocollo di Telemedicina: abbiamo individuato due categorie di pazienti: a) Soggetti con diabete tipo 1 in terapia insulinica intensiva e preferibilmente con diabete instabile (brittle diabetes); b) Soggetti anziani con diabete tipo 2 anche in terapia insulinica, con complicanze d'organo e polipatologie per i quali risulta impossibile recarsi periodicamente in Ambulatorio di Diabetologia con persona disposta a fare da caregiver (24 pazienti ricoverati in RSA).

Risultati. Abbiamo valutato in tutti i pazienti emoglobina glicata, media delle glicemie a digiuno e post-prandiali, profilo lipidico. Inoltre abbiamo sottoposto a tutti i soggetti in carico un questionario di "customer satisfaction". La media dell'emoglobina glicata è passata da 8,2% a 7,5% (-0,7%). L'analisi dei questionari ha evidenziato un giudizio sicuramente positivo dei pazienti che ritengono il Servizio: a) Molto soddisfacente (41%) - Piuttosto soddisfacente (19%) - Abbastanza soddisfacente (33%). Inoltre il 78% dei pazienti ritiene di sentirsi "più seguito" ed il 69% afferma di aver modificato le proprie abitudini di vita.

Conclusioni. In 110 soggetti seguiti secondo un protocollo di telemedicina per più di un anno abbiamo ottenuto una riduzione dei valori medi dell'emoglobina glicata di 0,7 punti percentuali. I pazienti inseriti nel progetto si sono dichiarati per la gran maggioranza soddisfatti. La telemedicina non può e non vuole sostituire la comune attività clinica, che resta preminente (al massimo può dilazionarla...). È uno strumento che può integrarsi perfettamente nella gestione del paziente affetto da patologie croniche e nel caso del diabete, può contribuire a migliorare il compenso glicometabolico del paziente.

Progetto Fitwalking: dalla promozione dell'attività fisica all'esercizio-terapia nel diabete mellito - L'esperienza di Cuneo

Magro G, Gaviglio D, Bertano P

S.S. Diabetologia dell'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo

Introduzione. Valutare, in persone affette da diabete mellito tipo 2, l'impatto di un programma strutturato di fitwalking di 6 mesi, su parametri metabolici, cardiovascolari e antropometrici. Si vogliono anche valutare le conoscenze acquisite dalle persone arruolate, sull'importanza dell'attività fisica nel trattamento del diabete.

Disegno e metodi. Da ottobre 2009 la S.C. di Endocrinologia dell'ASO ha avviato un corso di fitwalking, della durata di 6 mesi, rivolto alle persone affette da DMT2. Sono state arruolate 22 persone (range di età 40-69, 15 maschi, 7 femmine). Ad ognuno, prima e dopo il percorso educativo, sono stati rilevati i valori di colesterolo totale, HDL e LDL, trigliceridi, glicemia a digiuno, HbA1c, pressione arteriosa, peso, BMI, circonferenza vita, FC a riposo e VO2 max. Il percorso educativo ha previsto un incontro iniziale del gruppo, incontri bisettimanali di attività fisica (1 ora per 6 mesi) e un incontro finale presso l'ambulatorio di Diabetologia. In occasione dell'incontro iniziale e conclusivo, è stato somministrato uno stesso questionario (10 domande), che valutava le conoscenze sull'importanza dell'attività fisica nel trattamento del diabete.

Risultati. L'analisi statistica dei dati è stata condotta mediante test t di Student per dati appaiati. Come livello di significatività statistica è stato assunto un valore di $p < 0,05$. È emerso un miglioramento statisticamente significativo dell'HbA1c ($7,43\% \text{ vs } 8,24\%$; $p = 0,048596$) e della FC a riposo ($72,39 \text{ bpm vs } 84,06 \text{ bpm}$; $p = 0,021194$). Per i restanti parametri si è registrata una buona tendenza al miglioramento. Dalle risposte al questionario: media di risposte esatte in percentuale pari a $72,22\% \text{ vs } 48,33\%$ della prima somministrazione.

Conclusioni. L'adesione al programma strutturato di fitwalking ha portato ad un sostanziale miglioramento dei parametri analizzati. Le conoscenze sul ruolo dell'attività fisica nel management del diabete tipo 2 sono aumentate.

La rete: quando il linguaggio ci obbliga alla responsabilità

Intervista a Derrick de Kerckhove* di Marco Comoglio

* Facoltà di Sociologia, Università degli Studi Federico II di Napoli.



Derrick de Kerckhove, sociologo esperto di linguaggio, comunicazione e rete, è nato a Wanze, in Belgio, nel 1944, ed è oggi uno dei massimi esperti di comunicazione e di reti. Già Direttore del Programma McLuhan in Cultura e Tecnologia e autore di diversi saggi, tra i quali segnaliamo *Skin of culture* (trad. it di M. Carbone, *La pelle della cultura: un'indagine sulla*

nuova realtà elettronica, Genova, Costa & Nolan, 1996) e *The architecture of intelligence* (trad. it. di M. Palombo, *L'architettura dell'intelligenza*, Torino, Testo & immagine, 2001), attualmente è docente presso la Facoltà di Sociologia dell'Università degli Studi Federico II di Napoli, dov'è titolare degli insegnamenti di 'Metodi e analisi delle fonti in rete', 'Sociologia della cultura digitale' e di 'Sociologia dell'arte digitale'. È Direttore Scientifico della rivista di cultura digitale 'Media Duemila'.

Derrick de Kerckhove è stato ospite al congresso regionale AMD Piemonte - Valle d'Aosta a Pollenzo. Dopo il suo intervento 'Ri-pensarsi in rete: il valore aggiunto della connessione intersoggettiva' lo abbiamo incontrato insieme a Franco Torriani prima della sua partenza e gli abbiamo posto alcune domande per tentare di approfondire il discorso sulla rete. Con il suo italiano fiorito e talvolta difficile ci ha raccontato com'è nata la sua passione per la rete e come sono, maturati nel tempo i suoi concetti di interconnessione e relazione tra le persone, la rete e il suo utilizzo.

Cos'è che l'ha spinto a occuparsi ad interessarsi del web e della rete?

Penso che tutto sia cominciato quando ho iniziato a studiare i rapporti tra l'alfabeto ed il cervello. Attraverso un'analisi degli aspetti biologici e ho affinato la mia comprensione del linguaggio, il primo passo è stato capire perché scriviamo da destra a sinistra e non viceversa, grazie alle correlazioni tra gli emisferi cerebrali ed agli influssi culturali ed ambientali, ho cercato di andare oltre. La rete rappresenta la terza fase del linguaggio. La prima volta che i miei studenti mi hanno chiesto: 'Professore, naviga in internet?', ho provato con grande fatica per due settimane. Dopodiché, ormai in tutti i viaggi che faccio, la prima cosa che chiedo è: 'C'è la linea qua?'. Ricordo che all'inizio navigavo con sistema ILM, il sistema più lento del mondo, fino al momento in cui l'italiano Nicola Grauso, ha creato un sistema più veloce che dava già 2 Mbps. E oggi posso dire che l'interesse che ho verso la 'rete' è sempre più profondo, vi trovo cose sempre più interessanti. Io ritengo che l'apoteosi della rete negli ultimi tempi come segno di libertà sia stato Wikileaks.

Lei sostiene che siamo alla terza fase del linguaggio. Ci può illustrare quali sono le prime due fasi individuate nei suoi studi?

La prima fase è quella orale, quando il linguaggio è portato a distanza dal corpo: crea piccole comunità, crea situazioni contestualizzate, non c'è testo, c'è solo contesto, e la memoria è ancora la ricostituzione di quel contesto. Sono le canzoni, la storia enciclopedica di una tribù trasmesse oralmente. Ricordo una ragazza del Senegal che ad un convegno ha chiesto a 400 persone: 'Quanti di voi conoscono il nome della vostra nonna?' Tutti. 'Quanti di voi conoscono il nome di famiglia della madre della nonna?'. Già qualcuno ammetteva di non ricordare. 'Quanti di voi conoscono il nome della terza/quarta generazione?' Praticamente nessuno. Quella ragazza diceva: 'noi, nella mia tribù, dobbiamo conoscere le relazioni e i nomi fino alla settima generazione mentre voi con la vostra cultura perdete le relazioni e la memoria degli antenati'.

La seconda fase?

E' la cultura scritta, la seconda grande invenzione del linguaggio. E' quando la parola, anzi il testo esce dal contesto, diviene letteratura, invenzione scientifica che viene condivisa in altri contesti.

Il linguaggio ci separa dal contesto?

Il testo scritto dà una grande libertà all'uomo, però rende l'uomo individuo e individualista. La cultura orale richiede un proprio coinvolgimento come sistema di responsabilità,

che è responsabilità verso il gruppo. La cultura scritta invece crea la responsabilità, perché manipolando il linguaggio, anzi i linguaggi, le esperienze, i contesti, puoi costruire qualcosa di nuovo. Il coinvolgimento e la responsabilità diventano ancora maggiori. Pensiamo all'ambito medico: cosa diciamo e come lo diciamo o scriviamo, e a chi. Il medico è di parte, conosce quel che dice: ma chi ascolta no, eppure recepisce, ci crede. Il medico che parla non a un suo pari, ma a un paziente, deve essere responsabile. Ed è indispensabile che provi il coinvolgimento come misura della responsabilità verso il gruppo sociale al quale appartiene e verso il quale si rivolge.

Qual è la sua opinione sull'influenza che oggi ha la rete da un punto vista però sociale, e come agisce nei rapporti tra gli individui?

L'influenza è enorme. Basta pensare alla qualità e riflettere sulla quantità d'informazione disponibile sul web. Possiamo analizzare il problema su angolazioni diverse. Prendiamo ad esempio i ragazzi. Quando io ero ragazzo la propria personalità la si costruiva con la lettura e la scrittura. Si trattava di coltivare, di sviluppare la propria identità in un modo tutto individuale, ancorato dentro il tuo essere. Oggi non è più così. I ragazzi oggi creano la propria identità fuori dal loro essere, dal loro corpo. Appunto, sulla rete, con uno schermo. Si va su Facebook o Twitter, e si comunica con sms, si parlano 'chattando'. Il tuo blog è la tua reputazione, è la tua identità. E l'insieme di tutti i network sono di fatto l'estensione della tua identità.

Possiamo considerare questa una globalizzazione di noi stessi e dei nostri rapporti...

Una globalizzazione che è ancora abbastanza incosciente, ma che diviene sempre più evidente. Possiamo portare il mondo in tasca, ma di quel mondo siamo anche sempre a disposizio-

ne: affascinante e terrificante al tempo stesso. Semmai, oggi abbiamo un grande problema: fino a che punto le autorità dei vari paesi consentono un accesso alla rete davvero libero. Il paradosso è che per certi aspetti in rete si è liberi ma si è anche legati, obbligati a seguire certi percorsi, senza mai avere la certezza di aver scelto in piena libertà.

Però ha appena detto che l'influenza della rete è enorme

Pensi all'elezione di Obama. Senza la rete, senza i social network, senza i piccoli gruppi d'interesse che si sono messi insieme e hanno a loro volta costruito una rete, non sarebbe mai stata possibile l'elezione di un personaggio come Obama a presidente degli Stati Uniti. La società sta cambiando profondamente. Oggi anche le associazioni professionali, i gruppi più vari e diversi, possono uscire dalle limitazioni della possibilità di interagire col mondo grazie alla rete. La rete dà una flessibilità sociale assolutamente nuova.

Vale anche per la medicina?

Certo. Pensi ad una certa tipologia di informazione tipica del vostro mondo: gruppi di persone che si coagulano intorno a problemi specifici per rispondere o comprendere problemi altrettanto specifici. Si analizzano dati, fenomeni, eventi, terapie, si scambiano esperienze stando ai quattro angoli del mondo. Oppure, si va sulla rete per trovare una risposta immediata ad un quesito impellente, improcrastinabile. Immagino che tutti i medici lo facciano. Perché andiamo in rete? Per sapere, per trovare risposte. E qualche volta ci finiamo anche perché diamo delle risposte: ed allora si diventa famosi, perché si offrono risposte. Anche per la medicina succede così. La velocità dello sviluppo della comunicazione crea condizioni sociali molto spesso nuove, inedite... L'importante è non perdere il senso della responsabilità che ognuno deve avere. Insomma, non smettere di provare quel senso di coinvolgimento che ci consente di essere socialmente equi.

