

n° 2/2013



il Notiziario

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Rimini

Anno XVI, Numero 2, Aprile - Giugno 2013



il Notiziario

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Rimini

Anno XVI, Numero 2, Aprile - Giugno 2013

Direttore responsabile: dott. Mauro Giovanardi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

Coordinatori editoriali e di redazione: dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini

Redazione: dott. Sergio Arlotti, dott. Melchisede Bartolomei, dott. Girolamo Buono,
dott. Giovanni Cananzi, dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini, dott. Stefano De Carolis,
dott. Marco Grassi, dott. Sergio Grassia, dott. Saverino La Placa, dott. Giovanni Morolli,
dott. Maurizio Pallanti, dott. Emilio Rastelli, dott. Andrea Santarelli

Contributi a questo numero da:

dott.ssa Maria Cecchini, neoiscritta Albo Medici Chirurghi

dott.ssa Giorgia Santucci, neoiscritta Albo Odontoiatri

dott. Fernando Santucci, cardiologo direttore Poliambulatorio "Valturio" Rimini

dott. Franco Magnoni, cardiologo libero professionista

dott.sse Morri Michela, Casadei Marina, D'Innocenzio Michelina, Guerra Mirca, Dipartimento di
Sanità Pubblica Azienda Usl Rimini

dott. Marco Stefanetti, U.O. Ginecologia e Ostetricia Ospedale "Infermi" Rimini

dott. Massimo Muccioli, direttore didattico "Scuola Tao"

e con i contributi di:

AMMI: dott.ssa Simonetta Nucci, direttore U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale Ausl
Rimini, dott.ssa Marina Buzzi, Responsabile Banca dei tessuti, del sangue cordonale e Biobanca U.O.
Immunoematologia e Trasfusionale - Policlinico "S.Orsola-Malpighi"

FEDER.S.PeV.: Carmen Marini Spanedda

Grafica e stampa a cura di agenzia NFC - Rimini - tel. 0541 673550 - www.agenziafc.com

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Via Flaminia, 185/B - Rimini

Tel. 0541.382144 - fax 0541.382202

lunedì e mercoledì dalle 10.00 alle 17.00

martedì, giovedì e venerdì dalle 10.00 alle 13.00

www.omceo.rn.it - info@omceo.rn.it

sommario

EDITORIALE.....	pag. 4
• Ripensare la medicina	
VITA DELL'ORDINE.....	pag. 5
• Quarta giornata del medico e dell'odontoiatra	
• Il giuramento di Ippocrate	
• Il traguardo del 50° di laurea	
• <i>Ante gradus</i> : la gita dell'Ordine a Siena	
FOCUS SULLA PROFESSIONE.....	pag. 13
• I generici: mai generalizzare	
• Identificazione del linfonodo sentinella: verso un nuovo <i>gold standard</i> ?	
• Agopuntura, omeopatia e fitoterapia sono ora regolamentate	
CRONACA E ATTUALITÀ.....	pag. 21
• Il galateo del medico: dottori nell'Ottocento	
SANITÀ LOCALE.....	pag. 22
• Compilazione delle schede di morte ISTAT.	
• La ginecologia oncologica all'ospedale "Infermi" di Rimini	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE.....	pag. 27
• Decidere in condizioni di incertezza (parte terza)	
MEDICI, MA NON SOLO.....	pag. 31
• Da Rimini a La Verna, risalendo la valle del Marecchia sulle tracce di San Francesco	
• Umbria: affreschi DOCG	
• La sua banda suona il <i>rock</i> , cuore musica e solidarietà	
RECENSIONI.....	pag. 35
• <i>Sotto una cupola stellata</i>	
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, ATTIVITÀ CULTURALI.....	pag. 36
SPAZIO AMMI.....	pag. 37
• Uso appropriato delle cellule staminali del sangue del cordone ombelicale	
SPAZIO FEDERSPeV.....	pag. 40
• 50° Congresso nazionale	
RICORDANDO I COLLEGHI.....	pag. 42
• Dott. Giorgio Alessandro Fiorani	
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	pag. 43

Il frutto della guarigione cresce sull'albero della conoscenza.
Carl Gerhardt



di Maurizio Grossi

RIPENSARE LA MEDICINA

La medicina cambia, sempre più orientata alla standardizzazione e aziendalizzazione, guidata da protocolli, procedure e disponibilità economiche.

La malattia ha da sempre un linguaggio immutato, si esprime con febbre, dolore, disturbi della coscienza, della motilità, alterazioni della personalità, e l'elenco potrebbe essere infinito. Questi sintomi sono interpretati dal paziente e poi dal medico, e solo quest'ultimo è in grado di dar loro una logica che aiuta a fare diagnosi.

La semeiotica, disciplina fondamentale del sapere medico, appare (purtroppo) oggi superata da una medicina sempre più

tecnicistica e affannosa, dove logaritmi, curve, diagrammi sostituiscono l'osservazione clinica e l'ascolto del paziente.

Oggi, con la dilagante modernizzazione, il medico perde lentamente l'essenza della professione che è partecipazione ai problemi della persona e saper ascoltare il linguaggio del malato e della malattia.

Con l'impostazione aziendalistico-finanziaria della medicina c'è il fondato rischio che il rapporto medico-paziente venga poi valutato solo in termini finanziari.

Molti esperti di pianificazione e organizzazione sanitaria sostengono che l'assistenza clinica si deve basare sull'uso di manuali operativi contenenti linee guida e sulla medicina basata sull'evidenza perché solo così si può risparmiare.

Sempre più spesso si ha l'impressione che il giudizio clinico sia inaffidabile e non "scientifico" e sia una causa dei costi elevati in sanità.

A tal proposito ricordo che è una "evidenza scientifica" che gruppi di esperti diversi, lavorando con gli stessi dati scientifici, scrivono linee guida diverse per le medesime malattie.

Questo dimostra che i dati hanno una loro soggettività e non sono sempre rigorosamente scientifici.

Esercitare la medicina con pratiche preconfezionate diminuisce la professionalità del medico e non aiuta il percorso terapeutico e molto probabilmente è fonte di sprechi.

Quando noi stessi siamo ammalati desideriamo che qualcuno si prenda cura di noi e che "confezioni" la terapia ritagliandola sulla nostra persona.

Il medico non deve spostare l'attenzione dal bene dell'individuo alle esigenze del sistema e ai suoi costi.

È sicuramente doveroso risparmiare, ma l'economia non deve condizionare l'eticità dell'atto medico.

Il professionista non deve essere troppo "economicista" per non perdere l'attenzione all'umanesimo e alla cura, sempre rispettoso del giuramento professionale e dei principi etici e civili della medicina.

Maurizio Grossi



di Mauro Giovanardi

QUARTA GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

L'appuntamento, giunto alla quarta edizione e dunque ormai una consuetudine per il nostro Ordine, si è svolto il 13 aprile presso la sala convegni SGR.

Come per le precedenti edizioni registriamo, con soddisfazione, la positiva accoglienza all'iniziativa testimoniata dall'ampia partecipazione.

Ormai collaudata anche la "scaletta" della giornata con gli interventi delle autorità, il giuramento dei neoiscritti all'Ordine, la premiazione dei colleghi che hanno raggiunto il traguardo dei 50, 60, 65 anni di laurea.

Nella prima parte della mattinata si sono succeduti gli interventi del presidente dell'Ordine dott. Maurizio Grossi, del vescovo di Rimini Mons. Francesco Lambiasi, del dott. Clemente Di Nuzzo viceprefetto vicario del provincia di Rimini, e del Magnifico Rettore della Università di Bologna prof. Ivano Dionigi. Il dott. Maurizio Grossi, nel suo intervento, ha sottolineato come il prestare giuramento rappresenti l'assunzione di impegno, di fronte alla comunità, a «esercitare la medicina e la odontoiatria unicamente ed esclusivamente nell'interesse del paziente a tutela della vita e della salute fisica e psichica dell'uomo attenendosi, nell'esercizio della professione, ai principi etici e deontologici della medicina e della solidarietà umana».

Ai medici in procinto di ricevere il riconoscimento per l'anzianità di laurea, ha rivolto il ringraziamento per aver dedicato la propria vita professionale al servizio degli altri, per essere sempre stati di esempio e autorevoli attori della sanità locale.

Ha quindi proseguito il suo intervento sottolineando come quella del medico sia un professione «che sta dentro la comunità, ne vive i problemi, ne coglie i disagi, ne segue le sorti» e affermando che, pur in un contesto di razionalizzazione delle risorse resa necessaria dall'attuale crisi economica, i medici devono affermare la precisa volontà di salvaguardare e difendere quel grande presidio di solidarietà, di coesione sociale, di identità civile che è il nostro Servizio Sanitario.





La sfida, che attende particolarmente i giovani medici, «è quella di salvaguardare l'autonomia e la responsabilità professionale all'interno di nuovi modelli organizzativi che si stanno sviluppando sotto una spinta forse troppo economicista», di saper gestire la domanda di salute e le risorse disponibili, di tutelare la salute del cittadino con una sempre maggior attenzione ai costi della sanità.

«In questo nuovo scenario – ha affermato il dott. Grossi – mai perdere di vista l'importanza del rapporto duale medico-paziente: al medico è richiesta capacità di ascolto e di condivisione delle emozioni del malato, in una parola la “compassione” perché, nonostante il progresso tecnico, la pratica medica rimane un'interazione, un'emozione fra due persone.»

Quindi l'esortazione, rivolta in particolare ai giovani colleghi, a non aver paura delle emozioni che rappresentano la spinta per «lavorare, crescere, condividere».

Il dott. Grossi ha concluso invitando i giovani a partecipare alla vita dell'Ordine e alla Scuola di Etica Medica istituita dal nostro Ordine e richiamando il bisogno di una vicinanza tra il mondo delle professioni, la nostra in particolare, e le istituzioni civili, religiose, accademiche.

Mons. Francesco Lambiasi ha aperto il suo intervento dedicandolo, oltre che ai presenti, a due medici riminesi “nel mondo”: la dott.ssa Marilena Pesaresi – che dirige l'Ospedale “Maria Guidotti” in Zimbabwe e che con i suoi quasi ottantuno anni continua a spendersi per i poveri in uno dei paesi più poveri del mondo – e il dott. Massimo Migani, odontoiatra di 35 anni, che ne ha seguito le orme e collabora con lei nello stesso ospedale.

Ha richiamato, dal Vangelo di Matteo, la figura del Gesù *docens et sanans* che “percorreva tutte le città e i villaggi insegnando nelle sinagoghe e curando e guarendo ogni malattia e infermità” e la figura del Samaritano, che non ebbe paura di guardare con gli occhi e col cuore la sofferenza e di soccorrerla.

Ha infine riassunto il concetto di umanizzazione della medicina in tre verbi: *comprendere* l'uomo,

non chimica né macchina, ma essere unico e irripetibile, espressione della gloria di Dio; *compatire*, non come elemosina di un sentimento “sdolcinato”, ma capacità di soffrire insieme; *consolare*, nel senso etimologico di stare con chi è solo perché – ha affermato – è la solitudine che ci uccide, non la malattia.

Il dott. Clemente Di Nuzzo, ha raccolto l'appello del dott. Grossi alla vicinanza tra il mondo delle professioni e le istituzioni, sottolineando come, con la professione medica, tale relazione presenti un'ampia gamma di possibilità di interazione: dall'igiene pubblica, alla prevenzione di patologie sociali, alle forme di collaborazione in situazioni emergenziali.

Il dott. Di Nuzzo ha definito la nostra una “professione di frontiera” in cui scienza, norme, senso etico e coscienza personale sono in continuo confronto e in cui l'intervento sempre più frequente del legislatore, su questioni di bioetica, solo in apparenza sembra facilitare il compito del medico, perché – ha affermato – la differenza fra ciò che è lecito ed eticamente accettabile e ciò che non lo è non è sempre così netta.

Ha concluso la serie di interventi delle autorità, la *lectio magistralis*, del prof. Ivano Dionigi, su “*Le humanae litterae* e scienza: due linguaggi una cultura” che ha letteralmente catturato l'uditorio. Il presidente Grossi ha poi chiamato sul palco, a leggere la formula del giuramento, le due colleghe neoiscritte più giovani – la dott.ssa Maria Cecchini, medico, e la dott.ssa Giorgia Santucci, odontoiatra – e consegnato ad ognuno dei neoiscritti, quasi tutti presenti, una copia del Giuramento di Ippocrate, la spilla che riproduce il caduceo, simbolo della nostra professione, nonché



il volume di Giorgio Cosmacini *Prima lezione di medicina*.

La cerimonia si è chiusa con la consegna della medaglia commemorativa dell'Ordine ai colleghi che hanno raggiunto il traguardo dei 50 anni di laurea – i dottori Piero Della Pasqua, Fernando Santucci, Mario Scarpellini – dei 60 anni – il generale dott. Antonio Maria De Angelis – dei 65 anni – i dottori Walter Brighi, Giancarlo De Carolis, Gino Trebbi, Carlo Giovanni Caribotti.

Una medaglia commemorativa è stata consegnata anche al prof. Ivano Dionigi in segno di ringraziamento per aver onorato la *Giornata* con la sua presenza e il suo alto insegnamento.

Terminata la parte ufficiale, la bella giornata di sole ha propiziato il *buffet* aperitivo che si è svolto sulla terrazza del centro congressi SGR, con commenti, saluti e foto di rito.

GIURAMENTO DI IPPOCRATE Il commento delle colleghe che hanno giurato in rappresentanza dei neoiscritti



Quando realizzi il tuo sogno, il sogno di una vita, è un onore poter rappresentare i tuoi colleghi in un momento così solenne come quello del Giuramento di Ippocrate. Quel giuramento che leggevi sui libri del liceo, sognando un futuro che sembrava non voler arrivare e che invece si è concretizzato in una soleggiata mattina di aprile. Ho letto parole dense di significato, filo conduttore tra il rigore dell'esperienza e l'entusiasmo della gioventù, davanti a una platea affollata, di fronte alle personalità di spicco della nostra società. Una società che ci ha accolto a braccia aperte e nei confronti della quale noi neoiscritti abbiamo assunto l'impegno di agire sempre secondo scienza e coscienza.

È stata quindi l'occasione per ricordare i temi della tutela della vita, della salute e della centralità dell'uomo, fondamentali in questi

tempi di crisi economica e morale, a difesa dei quali dovremo spendere tutti i nostri sforzi professionali. La vita è il presupposto fondamentale dell'esistenza umana, di cui la salute è massima espressione. Questi principi dovranno essere la nostra guida lungo l'arduo percorso della Medicina. Si è poi sottolineata la responsabilità dell'atto medico nella piena consapevolezza del rapporto privilegiato che si crea tra medico e paziente: curiamo malattie, ma soprattutto persone. La nostra è una professione che opera per il bene di soggetti, ai quali si rivolge e per i quali viene esercitata, in modo competente e responsabile. Quando decidiamo di diventare medici siamo chiamati a un impegno di servizio verso gli altri, in quei momenti cruciali dell'esistenza quali le malattie.

Di grande attualità il tema della solidarietà umana, sforzo attivo nei confronti di chi ha bisogno: nel rapporto medico-paziente, tuttavia, esso non dovrebbe essere unilaterale. Il medico è in grado di aiutare grazie alle proprie competenze. D'altra parte anche il paziente può aiutare il medico con un'attiva collaborazione umana. Nell'atto medico si incontrano due persone, ciascuna con il proprio vissuto, le proprie paure e debolezze. Soltanto con la disponibilità e la fiducia reciproca si promuove la salute in maniera efficace.

Oltre al significato delle sue parole, il Giuramento ha rappresentato il fondamentale punto di incontro

tra coloro che muovono i primi passi nel percorso della professione e coloro che ne hanno elevato il nome nel nostro territorio riminese. La Giornata del medico come momento di riflessione, di scambio di idee ed esperienze, oltre che giorno di festa per il nostro Ordine. Un incontro fruttuoso che ci permetterà un giorno di essere come “dei nani sulle spalle dei giganti”.

Maria Cecchini



L'incontro di oggi 13 aprile 2013 è particolarmente significativo per il nostro Ordine professionale, forse l'evento dell'anno. Sicuramente lo è per me che, in qualità di più giovane odontoiatra della provincia di Rimini, sono invitata a recitare la seconda parte del Giuramento di Ippocrate dinanzi a un'aula gremita di autorità, medici con tanti anni di esperienza sul campo, giovani reclute, parenti e amici. Probabilmente i veri protagonisti del giorno siamo proprio noi, leve appena arruolate, chiamati a svolgere la nostra missione con quella *pietas* nei confronti del malato che purtroppo non insegnano ancora all'università, ma che dovrebbe albergare in ognuno di noi che abbiamo scelto questa speciale professione.

Il vescovo di Rimini, Mons. Francesco Lambiasi, ci racconta abbozzando un sorriso il trauma infantile subito in occasione della prima

estrazione dentale. Da allora l'Odontoiatria ha compiuto indubbiamente passi da gigante in termini di metodologia scientifica e di approccio nei confronti del paziente ma la strada rimane ancora lunga da percorrere e si prospettano nuove sfide. Ancora dalla bocca del Vescovo fuoriescono le parole che mi emozionano di più nel corso della giornata: la storia di Massimo Migani, odontoiatra riminese che a 35 anni vola in Zimbabwe per “restituire un sorriso alla povera gente che non ha i soldi per curarsi i denti”. Il vescovo Francesco mostra a tutti con orgoglio la croce in pietra lavica africana regalatagli proprio da Massimo in occasione del rientro in Italia, dopo il primo anno di missione. Il dottor Migani nobilita la nostra categoria professionale offrendoci l'esempio più bello della compassione nel senso etimologico del termine.

Giorgia Santucci

IL TRAGUARDO DEL 50° DI LAUREA



Carissime colleghe, carissimi colleghi, lo scorso 13 aprile abbiamo condiviso una grande emozione: per voi il Giuramento di Ippocrate e l'ingresso a pieno titolo nella professione medica, per me e molti altri illustri colleghi, il riconoscimento di avere svolto, per 50 o addirittura 65 anni (!), il mestiere di medico. Camici e capelli bianchi, fonendoscopi arrugginiti, intuito ed esperienza da una parte..... giovani visi sorridenti e pieni di entusiasmo, divise oggi colorate, tecnologia al massimo della sua espressione dall'altra. Un po' come l'alba e il tramonto, insomma. Due momenti così diversi della stessa “giornata professionale” (da un lato i bilanci, dall'altro

i progetti) che tuttavia non ho potuto fare a meno di considerare indissolubilmente intrecciati. Vi spiego perché.

I relatori presenti hanno sottolineato, nei loro interventi, concetti importanti per il corretto approccio e il proficuo svolgimento della professione: pietà, amore, rispetto, condivisione di gioie e dolori, compartecipazione, umanità, attenzione per la malattia, comprensione solidale per il malato e la sua sofferenza... Parole che hanno scatenato in me la stessa tempesta di quando, giovane medico, mi sono trovato anch'io - sembra impossibile, lo so, visto il candore della mia chioma - nei vostri panni o, per meglio dire, nei vostri camici.... La laurea, la soddisfazione di un sogno realizzato, l'entusiasmo, la gioia di aver portato a termine un *cursus* di studi impegnativo e sfiancante. A fronte di quella voglia prepotente di fare, di mettersi in gioco, la sfida di passare dalla teoria alla pratica carico delle incertezze, dei dubbi e anche dei timori che l'inizio di qualunque esperienza porta sempre con sé. Forse con un eccesso di immaginazione, ho pensato che così potesse essere anche per voi e, in un ideale passaggio di staffetta, quando ho ricevuto la medaglia vi ho augurato, di getto, che la professione fosse foriera per voi di soddisfazioni e gratificazioni simili a quelle che ha riservato a me. Vi ho anche detto che sarei stato felice di incontrarvi, perché amo il confronto con i giovani e perché, anche da quattro chiacchiere fra colleghi, possono nascere spunti e riflessioni utili a comprendere meglio il presente e ad affrontare con maggiore consapevolezza il futuro.

Alla luce del mio percorso - grazie a Dio non ancora concluso - senza la pretesa di salire in cattedra ma con l'umiltà di chi ha iniziato pieno di certezze e sta concludendo carico di dubbi, vorrei rubare ancora qualche riga per raccontarvi cosa mi hanno insegnato questi

50 anni di vita fra gli ammalati. E vorrei farlo con il pragmatismo che il ruolo di medico impone, mantenendo saldo l'equilibrio fra emotività e razionalità ma anche con la consapevolezza e l'esperienza di chi, nella lotta contro la malattia (avversario, ahimè, talora invincibile), ha assaporato il gusto della vittoria ma anche quello amaro della sconfitta, pur confortato dalla certezza di aver fatto tutto il possibile per evitarla.

Quella del medico è una professione (ai miei tempi si diceva una “missione”) maliarda, gratificante, talmente variegata da sembrare simile ai mille luccichii delle sfaccettature di un diamante. La sua pratica, per quanto oggi si tenda ad ingabbiarla in rigidi protocolli, a mio parere è anche uno straordinario esercizio di empatia, un momento intimo e privilegiato di contatto con il malato: una persona che vive con paura e ansia la sua condizione e che, in ultima analisi, il medico è lì per aiutare. È anche una professione difficile, piena di insidie e di pericoli, che non ammette sbagli, superficialità, faciloneria e pressappochismo. Sarebbe assurdo e anacronistico pensare che la vecchia semeiotica sia migliore e più precisa della moderna tecnologia, talmente affidabile e micro invasiva da dare al medico l'illusione dell'invincibilità. Sarebbe parimenti assurdo pensare che quegli strumenti così utili e potenti siano dotati del cervello duttile e vivace di un essere umano. E allora accettiamoli i loro responsi, ma non fermiamoci lì! Un freddo pezzo di carta che enuncia una diagnosi o un elegante DVD non sostituiscono il rapporto umano, il dialogo franco fra il medico e il paziente. Per prospettare rischi e complicazioni, dare consigli, non spegnere la speranza anche quando la diagnosi è delle più infauste. Potrei continuare, ma non voglio annoiarvi. Quello che mi sento di dirvi ancora è di non arrendervi mai di fronte agli ostacoli e alle dif-

ficoltà che incontrerete. Avete davanti un futuro di grandi opportunità, sappiate coglierle senza farvi usare trovando il giusto equilibrio fra il potere della tecnologia e la vostra umanità. Ai meno fortunati, quelli che per condizione sociale o per evenienze di vita subiranno soprusi o sentiranno il peso (purtroppo ancora presente) della differenza di classe posso solo, con umiltà, consigliare di essere consapevoli della propria condizione e di annullare questo divario lottando con tenacia e impegno contro l'ingiustizia codificata da regole scritte "ad usum Delphini". Non ho altro da dirvi. Se siete arrivati fino a qui grazie per avere ascoltato le emozioni che solo in parte fotografano gli stati d'animo provati il 13 aprile scorso da un medico che, 50 anni fa, era esattamente come voi. Nel suo bagaglio c'erano attrezzi del mestiere oggi antidiluviani, teoria e nozioni, tanto entusiasmo (e quello c'è ancora!) ma anche buon senso e un pizzico di intuito. Tanti affettuosi auguri a ognuno di voi e "ad maiora". Se avrete qualche momento di difficoltà o vorrete un consiglio, contate su di me. E se vorrete venire a trovarmi solo per "quattro chiacchiere fra colleghi", io ne sarò felice.

Fernando Santucci

ANTE GRADUS: LA GITA DELL'ORDINE A SIENA



Per il secondo anno consecutivo – dopo la visita all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (2012) – l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini ha organizzato una gita "ricreativo-culturale" alla scoperta dei luoghi storici legati alle radici della professione medica.

Sabato 4 maggio 2013 una nutrita schiera di medici e accompagnatori (guidati dal presidente Maurizio Grossi e dall'infaticabile segretaria Valentina Aureli) è partita in pullman di buon'ora alla volta di Siena. Dopo aver caricato a Sansepolcro un altro piccolo gruppo di colleghi della Valmarecchia, la comitiva è



Siena. L'Orto de' Pecci con sullo sfondo la Torre del Mangia

te destinato – come tutti gli ospedali medievali – a ospitare (da cui il termine *hospitale*) pellegrini e viandanti; solo in un secondo momento divenne luogo di assistenza per i poveri, i malati e i fanciulli abbandonati. Per sostenere finanziariamente una simile impresa l'ospedale possedeva un vasto patrimonio terriero (organizzato in aziende agrarie denominate *grance*) che costituiva nel suo insieme la più grande concentrazione fondiaria dello Stato senese. L'assistenza ai «gettatelli» (cioè ai fanciulli abbandonati), documentata già dalla fine del XIII secolo, risultava nel secolo successivo già organizzata in un regolare servizio: i fanciulli abbandonati – lasciati («esposti») su una pila (posta dal XIV secolo sulla piazza, davanti alla facciata dell'ospedale, e successivamente sostituita con la ruota)

giunta puntualissima a una delle porte medievali della città toscana, dove l'attendeva la professoressa Francesca Vannozzi, docente di storia della medicina all'Università di Siena e presidente del Centro servizi di Ateneo per la tutela e la valorizzazione dell'antico patrimonio scientifico senese (CUTVAP). Attraverso vie assolate e già colme di turisti, la comitiva è approdata *ante gradus Sancte Mariae*, cioè di fronte alla scalinata del duomo di Siena, dove sorge uno degli ospedali più antichi d'Europa: il Santa Maria della Scala. Sorto verso la fine del X secolo per iniziativa dei canonici della cattedrale, era inizialmen-

o inviati dalle autorità civili, dai parroci o dagli stessi «grancieri» delle campagne – venivano accettati dall'ospedale purché non avessero più di sei mesi d'età e non appartenessero a famiglie benestanti; erano quindi affidati alle balie del contado, che li allevavano solitamente fino all'età di tre anni, ricevendone in cambio un salario inversamente proporzionale all'età del bambino. Divenuti adulti, i maschi venivano avviati a un mestiere, mentre le fanciulle si sposavano o entravano in monastero (e l'ospedale provvedeva alla dote) oppure rimanevano al servizio dell'ospedale stesso. La testimonianza visiva dell'assistenza che

l'ospedale forniva ai «gettatelli» (come pure ai pellegrini, ai poveri e agli infermi) si trova rappresentata negli affreschi quattrocenteschi e cinquecenteschi della cosiddetta sala del Pellegrinaio, che Francesca Vannozzi ha illustrato con competenza e passione, svelandone ogni minimo dettaglio.

Al termine della visita all'antico ospedale (ora trasformato in complesso museale) la comitiva si è trasferita a piedi nell'Orto de' Pecci, una verde vallata non lontana dalla celebre piazza del Campo (quella dove si corre il Palio) in cui – dalla metà dell'Ottocento fino a non molto tempo fa – era situata la colonia agricola dell'Ospedale psichiatrico di San Niccolò, allora organizzato come un vero e proprio “villaggio manicomiale” in cui il lavoro dei ricoverati rivestiva una duplice valenza, sia terapeutica che di sostentamento dell'istituto. In questa valle la cooperativa sociale “La Proposta” (che offre opportunità di lavoro e di reinserimento sociale a soggetti svantaggiati) gestisce attualmente un ristorante-pizzeria in cui l'affaticata comitiva si è ristorata con un ricco menu a base di specialità toscane.

Rientrato in città, il gruppo si è diretto verso l'ultima tappa della giornata, il museo di Contrada della Torre, dove è stato accolto da Davide Orsini, collaboratore di Francesca Vannozzi al CUTVAP e provveditore ai beni artistici della stessa Contrada. Nelle sale del museo il dottor Orsini ha spiegato – con passione e dovizia di particolari – la complessa organizzazione delle diciassette superstiti contrade in cui si divide (dal 1729) la città di Siena, che costituiscono (e costituiscono tuttora) una sorta di “stato entro lo stato”, con una propria organizzazione democratica e amministrativa e con varie finalità di tipo solidale e aggre-

gativo (tra cui la partecipazione al celebre Palio cittadino che si corre due volte l'anno). Oltre a un territorio delimitato da confini ben precisi, ciascuna Contrada possiede una chiesa patronale e un museo in cui sono raccolti i pali vinti e il patrimonio storico-artistico accumulato nei secoli. Al termine di questo appassionante *excursus* storico e di costume, Davide Orsini ha quindi accompagnato la comitiva attraverso le sale del museo, che accoglie testimonianze archeologiche, reliquiari e paramenti sacri, antiche «monture» (costumi) e preziosi dipinti, tra cui l'*Andata al Calvario* (1546 circa) di Giovanni Antonio Bazzi detto il Sodoma (1477-1549). La visita al vicino oratorio di San Giacomo maggiore e di Sant'Anna (edificato tra il 1531 e il 1536 ma ampliato e modificato nella seconda metà del XVII secolo) ha concluso questo “tuffo” nel Medioevo e nelle antiche tradizioni della città.

Dopo l'immane foto di gruppo in piazza del Campo, la comitiva è risalita sul pullman per tornare a casa: stanca ma soddisfatta e già proiettata verso la prossima gita culturale... alla quale si dà fin d'ora appuntamento.

Per saperne di più: G. Bellucci, P. Torriti, *Il Santa Maria della Scala in Siena. L'Ospedale dai mille anni*, Genova, Sagep 1991; *Nascere a Siena. Il parto e l'assistenza alla nascita dal Medioevo all'età moderna*, a cura di F. Vannozzi, catalogo della mostra, Siena, Protagon-Nuova Immagine 2005; *San Niccolò di Siena. Storia di un villaggio manicomiale*, a cura di F. Vannozzi, Milano, Mazzotta 2007; *Contrada della Torre*, Sito ufficiale (<http://www.contrada-dellatorre.net>).

Stefano De Carolis

Focus sulla professione

I GENERICI: MAI GENERALIZZARE



di Gianni Morolli

I farmaci generici vengono pensati come imitazione di farmaci già esistenti dei quali ricalcano il principio attivo, ovvero la molecola responsabile dell'effetto terapeutico (acido acetilsalicilico per l'Aspirina, per esempio). L'efficacia terapeutica del farmaco generico non viene, però, certificata sulla base di test clinici. I test condotti, non mirano, nella maggior parte dei casi, a stabilire che effetto abbia il formulato su un certo numero di pazienti, bensì quanto ne viene assorbito e con che velocità, tracciando il profilo di concentrazione di principio attivo in funzione del tempo, dopo che ne è stata somministrata una certa dose. Due farmaci sono in pratica considerati bioequivalenti quando la curva concentrazione-tempo, a parità di dose somministrata, differisce di più o meno il 20%. L'equivalenza terapeutica, quindi, viene stabilita in modo indiretto sulla base del fatto che, nel tempo, il corpo assorbe più o meno lo stesso quantitativo dello stesso principio attivo e per questo si suppone che il formulato abbia anche lo stesso effetto terapeutico.

Orbene, i farmaci equivalenti sono farmaci che contengono lo stesso principio attivo del farmaco di riferimento, ovvero la stessa molecola, ma questa non dà luogo, necessariamente, allo stesso tipo di materiale. La stessa molecola, o lo stesso atomo, disponendosi nello spazio in modo diverso possono dare origine a diversi materiali che sono in grado di coesistere alle stesse condizioni. La grafite e il diamante, per esempio, sono entrambi formati esclusivamente da atomi di carbonio, ma nel diamante gli atomi sono posizionati su un reticolo tetraedrico tridimensionale, mentre nella grafite sono disposti a formare tanti piccoli esagoni su un piano a due dimensioni. Gli usi della grafite e del diamante sono ben diversi!

Nei farmaci accade la medesima cosa: la stessa molecola può dare origine a più forme cristalline diverse le quali, a loro volta, hanno proprietà chimico fisiche diverse come, ad esempio, la capacità di sciogliersi o meno in determinati solventi o a determinate condizioni. Un esempio recente, molto interessante, è quello fornito dalla rifaximina. Il farmaco di riferimento, testato clinicamente, contiene il principio attivo nella forma cristallina *alfa* mentre i farmaci equivalenti, recentemente ritirati dal

commercio, contenevano rifaximina cristallizzata in forme diverse che non mantenevano le stesse proprietà chimico fisiche e quindi non si scioglievano alla stessa temperatura, allo stesso Ph, alle stesse condizioni della forma alfa, risultando privi della efficacia clinica del farmaco di riferimento. Dunque stesso principio attivo non significa esattamente stesso medicinale.

Altro problema riguarda l'enorme quantità di generici presenti sul mercato: per esempio, in Italia, si trovano ben 33 prodotti a base di simvastatina definiti equivalenti. I test di bioequivalenza, anche se condotti alla perfezione, confrontano un generico con un singolo prodotto di riferimento per cui, se un generico ha una biodisponibilità del +15% rispetto al prodotto di marca e un altro del -15% rispetto allo stesso prodotto di marca, entrambi sono considerati bioequivalenti, ma i due generici non sono equivalenti tra loro perché tra le due biodisponibilità c'è una differenza del 30%. La legge italiana considera invece i due farmaci perfettamente equivalenti fra loro e, al momento della distribuzione in farmacia, consente di consegnare un generico diverso da quello prescritto sulla nostra ricetta.

Questo articolo non vuole essere una crociata contro l'uso dei generici. Gli equivalenti, nell'economia del SSN, hanno consentito

risparmi consistenti che, anche nella nostra Ausl, hanno permesso di destinare risorse ad altri impieghi sanitari. I generici sono farmaci importanti, ma come tutti i farmaci è necessario saperli usare, sapere come nascono, sapere quali sono affidabili e quali no e soprattutto ricordare che due medicinali generici spesso non sono interscambiabili per il paziente.

Il ruolo di controllo del MMG è importante: egli ha le conoscenze per regolare la consegna del generico valido per quel determinato paziente, evitandogli una "macedonia" di prodotti non tutti con la stessa efficacia clinica. La garanzia della continuità terapeutica, in altri paesi, è stata risolta con la pubblicazione dell'*Orange Book* (il Libro Arancione) che contiene le liste di sostituibilità tra generici. Questa iniziativa permette di evitare il disimpegno prescrittivo del medico e anche la sfiducia dei pazienti e rappresenta uno strumento di difesa in un mercato dove sconti nella distribuzione e politiche economiche aggressive delle aziende farmaceutiche, potrebbero avere risvolti negativi per le buone e giuste terapie dei pazienti.

Da: *La pillola del giorno prima. Vaccini, epidemie, catastrofi, paure e verità*, di Mavaldi - Rocca. Ediz. Transeuropa.



di Melchisede Bartolomei

IDENTIFICAZIONE DEL LINFONODO SENTINELLA Verso un nuovo *gold standard*?

Ho avuto la fortuna di poter osservare – durante un intervento di quadrantectomia eseguito presso l'Ospedale di Santarcangelo di Romagna – un rivoluzionario metodo sperimentale, volto a evidenziare il *linfonodo sentinella* nel cavo ascellare. Il protocollo di ricerca, validato dal Ministero della Salute, è stato ideato e condotto dall'*équipe* del dott. Domenico Samorani. I risultati raggiunti finora saranno presentati a Chicago, dove dal 3 al 5 maggio 2013, si svolgerà il 14° *Meeting* annuale dell'*American Society of Breast Surgeons*, il più importante congresso degli Stati Uniti sul tumore mammario. Il congresso è strutturato a sessioni unite e i medici italiani coinvolti nel protocollo di ricerca intervengono il primo giorno, subito dopo la relazione del prof. Umberto Veronesi e del prof. Armando Giuliano, uno dei massimi esperti di tumore mammario negli Stati Uniti.

Il metodo di cui parlo potrebbe sostituire la scintigrafia, attuale *gold standard*, per l'identificazione del linfonodo sentinella. Infatti, il protocollo di studio, anche se non ancora concluso, mostra in modo inequivocabile l'equivalenza con la tecnica ad oggi utilizzata in tutto il mondo e ideata dal prof. Veronesi. Quest'ultima consiste in un'iniezione subdermica di un tracciante radioattivo – il tecnezio 99 o TC99 – nel quadrante in cui la neoplasia ha sede. Questo consente di poter evidenziare il *linfonodo sentinella*, cioè il "primo" linfonodo ascellare che il tumore stesso potrebbe raggiungere dando vita a una metastasi. In breve, le donne che devono essere operate si recano 24 ore prima dell'intervento in un centro di Medicina nucleare. Le donne residenti nell'Ausl di Rimini (che non ha una Medicina nucleare), devono indirizzarsi a Cesena o a Forlì. L'intervento si svolge quindi in due tempi. In una prima fase, viene asportato il linfonodo "colonizzato" dal tracciante radioattivo, identificato tramite un contatore *Geiger*. Se il linfonodo sentinella rimosso risulta metastatico si prosegue con l'asportazione di tutti i rimanenti linfonodi contenuti nel cavo ascellare, in quanto anch'essi potrebbero essere stati raggiunti dalle metastasi. Viceversa, se il linfonodo sentinella risulta sano, si

evita la cosiddetta *dissezione ascellare* e si apre la seconda fase, con la sola *quadrantectomia*, ossia con l'asportazione di una porzione della ghiandola mammaria contenente la neoplasia. Con questa tecnica si è riusciti ad evitare la dissezione ascellare in 80 donne su 100. Invece, in precedenza, ogni donna con neoplasia mammaria veniva sottoposta a *dissezione ascellare*. Il nuovo e rivoluzionario metodo consiste nell'utilizzo di un colorante biologico e non radioattivo – il verde indocianina o ICG – attualmente utilizzato per via endovenosa per la fluorangiografia e per i trapianti di rene e fegato al fine di studiarne la funzionalità. Nel nostro caso, invece, l'ICG viene iniettato sottocute nel quadrante interessato dalla neoplasia, in sala operatoria, appena dopo l'induzione dell'anestesia generale. La paziente evita quindi di recarsi a Cesena o a Forlì il giorno prima. A questo punto, stimolato da una lampada a raggi infrarossi, il colorante diventa fluorescente e si può vedere e seguire il suo percorso sottocute. In pochi minuti il colorante fluorescente raggiunge il primo linfonodo ascellare che si illumina quasi fosse una cometa, identificandolo pertanto come linfonodo sentinella.

Trattandosi di un protocollo di studio, esso prevede che le pazienti arruolate si sottopongano ad entrambe le tecniche, poiché si vuole dimostrare l'equivalenza del nuovo metodo con quello tradizionale. Pertanto, solo dopo aver asportato il linfonodo sentinella "fluorescente" si verifica con il contatore Geiger se lo stesso è anche radioattivo.

Infine, successivamente all'asportazione del linfonodo sentinella "fluorescente" e radioattivo si verifica, sempre con il contatore Geiger, l'assenza di radioattività residua nella cavità ascellare, a riprova della completa identificazione dei linfonodi tributari della neoplasia tramite il nuovo metodo a fluorescenza.

Una volta dimostrata l'equivalenza tra le due tecniche, provo a sintetizzare i vantaggi che deriverebbero dall'utilizzo generalizzato dell'ICG:

- non occorrerebbe disporre di un centro di Medicina nucleare, vantaggio rilevante per la nostra Ausl, per tante altre aziende sanitarie del nostro paese e per altre istituzioni analoghe nel mondo;
- tutte le Ausl potrebbero riprodurla;
- non si esporrebbe la paziente (e chi l'avvicina) a fonti radioattive;
- si eviterebbe l'impatto psicologico di "manipolazioni" pre-chirurgiche, poiché l'iniezione del tracciante avviene dopo l'induzione dell'anestesia generale;
- si abbatterebbe la spesa a carico del SSN, in quanto l'ICG costa circa 300,00 euro rispetto all'investimento e al costo che richiede la tecnica che utilizza il TC99, cioè circa 1.200,00 euro.

Senza contare i notevoli vantaggi logistici, organizzativi e personali evidenziati sopra, nella realtà aziendale dell'Ausl di Rimini, su circa 400 pazienti operate ogni anno, si potrebbero risparmiare circa 400.000,00 euro. Se riportiamo questi dati a livello nazionale, si conseguirebbe un risparmio enorme, con un sostanziale aumento del livello di cura e tutela delle pazienti interessate.

Per finire, i vantaggi non sembrano limitati al campo della chirurgia mammaria. In particolare, la metodica potrebbe trovare applicazione nella biopsia del linfonodo sentinella nei melanomi e, in generale, nelle neoplasie in cui è indispensabile lo studio del drenaggio linfatico. Potrebbe

poi essere utilizzata anche per lo studio della vascolarizzazione dei lembi muscolo-cutanei in chirurgia plastico-ricostruttiva.

Concludo questo scritto, ringraziando i dottori Domenico Samorani, Gianluca Frisoni, Francesca Gaia Accardi, Tommaso Fogacci, Monica Ricci che con ingegno, unito alla curiosità e alla passione per il loro lavoro, hanno aperto una nuova strada per l'identificazione del linfonodo sentinella. Una scoperta intellettualmente elegante per la sua semplicità. Un approccio scientifico serio e rigoroso, con profondi e fondamentali risvolti politico-sociali.

AGOPUNTURA, OMEOPATIA E FITOTERAPIA SONO ORA REGOLAMENTATE

Solo i medici potranno praticarle dopo un opportuno *curriculum* formativo

Il documento sulla regolamentazione dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi e odontoiatri, stilato dalla Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni e approvato il 20 dicembre 2012 dai presidenti delle Regioni Italiane, è stato approvato anche dal Ministero della Salute il 7 febbraio 2013. Con quest'atto le discipline citate sono sancite come atto medico di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra. Il documento afferma che "Esse sono a tutti gli effetti considerate come sistemi di diagnosi, di cura e di prevenzione che affiancano la medicina ufficiale avendo come scopo comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione".

Questa legge riconosce e conferisce a queste discipline "non convenzionali" una dignità troppo spesso misconosciuta e ne regola l'accesso, imponendo ai professionisti che desiderano praticarle una formazione specifica. Quest'ultimo aspetto è alquanto rilevante poiché, in assenza di una legge normativa, tali discipline potevano sinora essere esercitate

da un medico chirurgo o un odontoiatra del tutto privi di uno studio adeguato e senza una documentata competenza. Dal 2015, dopo la fine del regime transitorio, i medici e gli odontoiatri che vorranno praticare agopuntura, omeopatia o fitoterapia dovranno dimostrare di possedere un adeguato *curriculum* formativo e gli Ordini dei Medici dovranno istituire elenchi specifici per l'iscrizione dei medici che praticano queste discipline.

Per la loro formazione i medici e gli odontoiatri potranno rivolgersi a scuole private oppure prendere parte a *master* universitari. In questi anni di mancata regolamentazione sono state le scuole private a garantire una formazione effettiva nelle discipline sanitarie "non convenzionali", mentre i *master* universitari erano spesso più informativi che professionalizzanti, anche se rilasciavano un attestato dotato formalmente di un riconoscimento maggiore. Gli istituti privati rilasceranno dunque titoli con valore legale equipollente rispetto a quelli rilasciati dall'università: la parificazione dei titoli operata dalla legge è un importante riconoscimento del lavoro svolto dalle scuole private, che potranno registrarsi come enti

formativi, conformemente alle regole stabilite dalla legge.

La legge, oltre a stabilire i criteri per l'accreditamento delle scuole private, stabilisce per ogni disciplina un *iter* formativo triennale con almeno 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica. È questo l'aspetto più discutibile di questa nuova normativa che non distingue i percorsi formativi delle varie medicine e pratiche "non convenzionali" ma identifica invece solo un monte ore globale, piuttosto riduttivo rispetto agli standard attuali. Si pensi al proposito che le scuole italiane di agopuntura effettuano generalmente corsi quadriennali di 600 ore complessive, un monte ore inferiore rispetto alle 1200 proposte dalla WFAS (*World Federation of Acupuncture Society*) o al monte ore ancora superiore di tante scuole europee. Stabilire per legge che il percorso minimo deve essere di tre anni con almeno 500 ore di insegnamento equivale ad autorizzare e incentivare la creazione di percorsi formativi di livello inferiore.

La normativa approvata resta comunque un passo importante di chiarezza, dopo i numerosi e falliti disegni di legge depositati in parlamento sin dal 1987, e allinea il resto d'Italia sulle posizioni già regolamentate in Toscana fin dal 2009.

Massimo Muccioli

IL GALATEO DEL MEDICO Dottori nell'Ottocento

Era da tempo che non passavo un paio di giorni ad Osimo, mio paese natale. Così la scorsa settimana mi sono deciso a voler fare la classica rimpatriata. Vi ho dei cugini e mi piace passare un po' di tempo con loro, poi c'è d'andare tra gli alti centenari cipressi al cimitero a rivedere antichi parenti e i genitori. Ma non è solo questo il motivo per il quale, più in fretta del solito, ho voluto rivedere, non senza qualche emozione, il mio paese così come appare, sempre in cresta alla sua bella collina con ancora della campagna sotto e intorno, con gli alberi d'olmo e di gelsomoro che un tempo segnavano i limiti dei poderi. Proprio all'Ospedale di Osimo, appena laureato, ho fatto le mie prime esperienze come medico frequentatore del Reparto di Medicina, capitandovi nel bel mezzo di una epidemia di meningite linfocitaria benigna, meglio nota oggi come malattia di Armstrong. Mi rammento dell'ottimo primario che, per la circostanza, faceva delle gran rachicentesi e somministrava salicilato di sodio. Tutto qui? No. L'Ospedale di Osimo è famoso perché nel 1835 vi venne primario di medicina il cesenate Maurizio Bufalini, forse amareggiato dalle ostilità dei Vitalisti che con le loro teorie inquadravano ogni malattia e ogni ammalato in schemi preconcepiuti, lui che pose a fondamento della scienza medica il metodo analitico e sperimentale e fu uno dei più validi sostenitori del criterio induttivo nella clinica. Maestro di bello scrivere, Accademico della Crusca, Senatore del Regno, ricoprì in seguito la cattedra di Clinica Medica al "S. Maria Nuova" a Firenze. L'Ospedale osimano ha una piccola ma ricca biblioteca e ho avuto l'opportunità, nel mio

breve soggiorno, di imbartermi in un libretto, *Il Galateo del Medico*, scritto dal dottor Raffaele Maturi nel 1873. Il Maturi, laureatosi in medicina presso la Regia Università di Napoli nel 1854, nello stesso anno venne arrestato dalla polizia borbonica perché sospettato di attività liberale ma con l'aiuto del suo maestro Pietro Ramaglia, medico personale di Ferdinando II, venne messo in libertà. Il libretto è troppo divertente per non renderne partecipi anche i colleghi. Uno dei capitoletti ha un titolo intrigante: "Deve il medico occuparsi di politica?". Ne colgo qualche stralcio.

"Il medico sia un ottimo cittadino. La politica è tanta parte della vita moderna che viverle straniero non conviene a nessuno. Non dico che debba il medico correre a piedi o in carrozza con un giornale fra le mani; non dico che debba scendere in piazza e riscaldarsi e giudicare a dritto e a rovescio delle istituzioni e degli uomini; ciò lo priverebbe di quella pubblica considerazione di cui ha tanto bisogno. Affermo solamente che nei modi, negli atti e nelle parole debba serbare tale contegno, che tutti il possano giudicare amante del vero progresso e liberale di cuore. Io veramente non capisco che un medico possa essere un retrivo: l'esercizio di nostra professione ci mette a contatto con tanti mali e tante miserie sociali, che non dovrebbe aversi cuore per rimanervi insensibile, e non desiderare e non caldeggiare un governo libero che intenda davvero a sollevarli. Il medico si aggira e vive in mezzo al popolo, e pensa come il popolo; è depositario di suoi dolori e di sue speranze, e anche a non volerlo diviene democratico d'indole. E la storia dà somma testimonianza al nostro

asserto; essa ci mostra sempre i grandi medici collegati dalla parte delle ardite ed utili riforme. Era medico il promotore dei Vespri Siciliani, Giovanni da Procida, uno dei consiglieri di Federico II di Svevia, da cui si vide affidare l'educazione del giovane Manfredi, come medici Domenico Cirillo, patriota e uno dei promotori della Repubblica Napoletana del 1799, Giovanni Rasori, scrittore e patriota, Santorio de' Santori capodistriano. Nelle moderne nostre vicende tutti sanno che bella mostra di carità cittadina e di coraggio civile facessero i medici, e per tacere dei viventi, non è buono italiano chi abbia dimenticato il Farini. Ogni professione conferisce a chi l'esercita alcuni vizii e alcune virtù speciali. Se è vero che la nobiltà del carattere viene dalla rettitudine e dalla costanza, si comprende che niuno è più esercitato alla costanza di chi si versa sulle indagini fisiche, e niuno è più retto di chi non ha interesse a storcere la natura, sì bene ad esserne l'interprete e seguirla. E il coraggio e l'indipendenza e l'amore del pubblico bene e la prudenza e il senno pratico, sono virtù inerenti alla professione della medicina. Lo dice la ragione e la storia, lo conferma Gioberti, il quale scrisse che fra le varie professioni che presero parte ai moti politici dei suoi tempi quella dei medici fecero la miglior prova; attesocchè la medicina, esercitandosi sopra un soggetto naturale e governandosi coll'esperienza, educa il retto senso".

Il Maturi non tralascia altri aspetti della professione e seguita a dispensare pillole di saggezza, come quando parla della "Urbanità", intendendo comportamento ed educazione. "L'abito modesto, il carattere elevato e severo, la parola grave e temperata, non disgiunti da una dignitosa grazia nelle maniere, né da un cuore virilmente affettuoso; di tutto ciò si compone la urbanità che al medico sta bene. Pazienza dunque, senza dar minimo segno di

noia ad ascoltare il racconto che fa l'infermo dei suoi mali: vi sono taluni che appena guardato l'infermo e fatte due domande, pigliano l'aria dell'ispirato e ti dicono: basta, ho capito tutto; credendo così di mostrarsi profondi nell'arte, si danno a divenire inurbani. Perché togliere all'infermo l'unica soddisfazione che nel suo stato può risentire? Ma è prolisso – pazienza. Ma è noioso – pazienza ancora; senza contare che tante malattie si sbagliano per non aver udito il cicaleccio dell'ammalato. Principalmente poi l'urbanità sua sta nel mostrare un viso ilare e sicuro. Ce ne ha taluno che, per darsi come valoroso o per aversi maggior compenso, usa la tattica di atterrire l'infermo e i congiunti: piglia un'aria medibonda; contorce il muso, fa tali gesti, tali moti del corpo che tradotti con parole significano: il caso è grave, ma io penso. A questo modo sarà un cerretano, non mai un galantuomo. Si mostri sereno, non mai impacciato e titubante; i suoi giudizi sieno franchi e recisi". Ed ancora su "La morale". "La buona reputazione è necessaria ad ogni uomo, e molto più a chi esercita la medicina. E prima virtù del medico sia la segretezza. C'era un adagio che dicea doversi i segreti confidare solamente al confessore e al medico, e si ponea così nella medesima linea la chiesa e la medicina: ora se non si ha più fede nei preti, ad onore dei medici, resta immutata la seconda parte del proverbio. Ma non c'è pure qualche medico che la fa da prete? E allora i colleghi stessi debbono essere i primi a levare alta la voce contro colui, che dimenticando i suoi doveri, sconosce la nobiltà di sua professione. E non si dolgano i viziosi se non vengono richiesti: al medico bordelliere e sboccato qual padre volete voi che confidi il polso di sua moglie e di sua figlia? Sia dunque il medico come lo voleva Offman: "*modestus, umanus, et fugiat ceu pestem vitam dissolutam, verba oscena,*

ebrietatem, omneque ludum illicitum". E infine "l'onorario del medico". "L'educazione scientifica del medico è così lunga, così dispendiosa, e impone così grandi sacrificii, che l'opera sua dovrebbe ricevere il massimo prezzo. E pure non è così. Se togli in Italia le grandi città, dove egli è decorosamente ricompensato, in alcune provincie e in certi piccoli paesi, egli, a recarsi a zonzo da mane a sera, guadagna appena di che vivere. Questo fatto scoraggia, fa mettere da un canto i libri, e visto che con le malattie non si vive, procurano i medici di aprirsi un altro campo donde possano cavare la sussistenza. Ciò contribuisce a non portarli nella pubblica estimazione. Governo, municipii, cittadini, vi dico con Lorry: voi non sapete quanto ci costa l'esservi utili.

Gli imperatori romani davano ai medici più che 33.000 lire all'anno. Quinto Stertino aveva 500.000 sesterzii; più di 66.000 lire. Pietro d'Abano, amico di Marco Polo, insegnante all'Università di Parigi poi all'Università di Padova, non usciva di città per visitare infermi se non era sicuro di guadagnare per lo meno

cinquanta scudi al giorno. Richiesto a Roma per restituire la sanità al papa Onorio IV, fu d'uopo accordargli 400 scudi al giorno. Bartolomeo Beccari, è già un secolo, allievo di Malpighi e scopritore del glutine nella farina di frumento, chiamato fuori Bologna per visitare personaggi di alto grado, cedeva di rado all'invito, non volendo essere tolto dai pubblici suoi ufficii. Fatta eccezione dei poveri, verso i quali ogni medico conosce appieno i suoi doveri, dico che l'esercizio medico, come lavoro, rientra nelle leggi dell'economia, ed è giusto che si ottenga un guiderdone ad esso proporzionato. Il medico però non patteggi una cura. Se altri sconosce il suo dovere, non è questa una ragione ch'egli debba sconoscere il suo. Per tutto il resto, il non esigere decorosa mercede vale offendere la dignità della medicina; essendo pur vero che una cosa è tanto più nobile per quanto più si paga. E per chi non siete certi potervi pagare, abbiate a mente la massima dell'anatomopatologo Cotugno: non chiedete ma non rifiutate".

Franco Magnoni



Sanità locale

COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI MORTE ISTAT

Parlare di “Scheda di morte ISTAT” evoca in tutti i medici un diffuso senso di insofferenza, sempre pronto a risvegliarsi al sol pensiero di tutti gli adempimenti amministrativi e burocratici che accompagnano ormai ogni atto medico, ma che paiono ancora più inutili di fronte a un evento quale la morte.

La rilevazione delle cause di morte, però, rappresenta uno dei più importanti e consolidati flussi informativi correnti finalizzati a descrivere lo stato di salute della popolazione. La corretta compilazione della scheda è pertanto fondamentale per garantire l'accuratezza e la completezza delle statistiche di mortalità.

Abbiamo condotto un'indagine per valutare la qualità della certificazione delle cause di morte nel nostro territorio, analizzando le 236 schede ISTAT pervenute al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Ausl di Rimini relative ai decessi avvenuti nella provincia di Rimini nel mese di novembre 2012.

Il 62% delle schede ISTAT risulta incompleto, in quanto mancano una o più informazioni richieste: nell'11% dei casi manca il luogo di decesso, nel 39% dei casi manca l'indicazione della richiesta o meno di autopsia, nel 33% dei casi manca la categoria del certificatore (MMG, Medico ospedaliero,...), nel 26% dei casi non è possibile identificare (e quindi, in caso di necessità, contattare) il certificatore per mancanza del timbro personale o della struttura di appartenenza o di un numero di telefono, anche se la firma è sempre presente.

Nel 37% dei casi le patologie, che hanno concorso al decesso, non sono descritte secondo

un concatenamento eziopatogenetico e temporale corretto. Nel 41% dei casi sono riportati sintomi o condizioni morbose generiche e mal definite. Le voci “arresto cardiocircolatorio” o “arresto cardiorespiratorio” (non conteggiate tra le condizioni mal definite calcolate sopra) rappresentano il meccanismo con il quale avviene il decesso e non la causa del decesso e quindi non vanno riportate nella scheda ISTAT. Affinché una certificazione, comunque obbligatoria per legge (DPR n. 285 del 10 settembre 1990), possa effettivamente rappresentare la “base solida”, sulla quale poggia un flusso informativo così importante come quello della mortalità, sono stati predisposti alcuni strumenti, che orientano il medico nella corretta compilazione della scheda ISTAT, tra i quali segnaliamo:

- Nota regionale dell'08/01/2013 contenente le “Indicazioni per migliorare la qualità certificazione delle cause di morte”, scaricabile dal sito dell'Ausl di Rimini http://www.ausl.rn.it/doceboCms/index.php?mn=docs&op=docs&pi=938_3205&folder=60353
- “Compilazione della scheda di morte istat D4 e D4bis – Istruzioni per il medico” redatto dall'ISTAT e scaricabile dal sito http://www.istat.it/it/files/2011/01/leaflet_2011_DEF.pdf

a cura del Dipartimento di Sanità Pubblica Ausl Rimini - Morri Michela, Casadei Marina, D'Innocenzio Michelina, Guerra Mirca

LA GINECOLOGIA ONCOLOGICA ALL'OSPEDALE “INFERRMI” DI RIMINI

L'Azienda UsI di Rimini ha promosso nell'ultimo quinquennio la realizzazione di un percorso diagnostico-terapeutico presso l'Ospedale “Infermi” Rimini per la diagnosi e il trattamento delle neoplasie ginecologiche. Tale percorso può contare su un'équipe multidisciplinare altamente specializzata nella ricerca, nella diagnosi e nella cura delle patologie neoplastiche ginecologiche. Oggi il servizio rappresenta punto di riferimento per le popolazioni nell'ambito della futura Azienda Unica di Area Vasta Romagna e delle regioni vicine (soprattutto le Marche).

Lo schema a cui gli operatori del percorso si sono ispirati è comune a quello dei grandi centri dedicati al trattamento delle patologie oncologiche garantendo un'organizzazione di tipo multidisciplinare con medici afferenti dalle diverse specialità la cui *mission* è garantire un appropriato trattamento.

Pur considerando l'approccio multidisciplinare come basilare, la figura centrale di riferimento è rappresentata dal ginecologo oncologo a cui è demandata la responsabilità della gestione dell'iter diagnostico terapeutico e del *follow-up* delle pazienti oncologiche per garantirne l'adeguato trattamento medico e chirurgico e l'inserimento nei programmi di ricerca.

Questa impostazione metodologica si è dimostrata essenziale per il raggiungimento dei migliori *standard* di qualità nella gestione delle pazienti affette da patologia oncologica ginecologica trattate presso l'UO di Ginecologia e Ostetricia.

L'équipe multidisciplinare può contare sulle seguenti figure professionali:

Ginecologo oncologo: esegue il primo colloquio informativo con la paziente. Effettua

le indagini clinico-strumentali ginecologiche (ecografia pelvica TA e TV, isteroscopia, colposcopia). Consulta gli altri colleghi del gruppo multidisciplinare per definire e coordinare l'iter diagnostico e terapeutico personale della paziente. Se necessario, provvede al trattamento chirurgico. Coordina il *follow-up*;

Radiologo: esegue l'RMN e/o la TAC per la valutazione e lo studio della patologia primaria e di altri distretti e organi e per la valutazione delle recidive;

Anatomopatologo: effettua un adeguato inquadramento istopatologico preoperatorio, intraoperatorio e postoperatorio dei singoli casi oncologici;

Chirurgo generale oncologo: esegue una valutazione prechirurgica nel sospetto diagnostico di coinvolgimento di organi extragenitali in previsione di un intervento congiunto con il ginecologo oncologo. Eventualità che di frequente si concretizza nel trattamento dei tumori ovarici di stadio avanzato;

Oncologo medico: valuta il trattamento chemioterapico neoadiuvante/adiuvante o intraperitoneale in corso d'intervento e post-intervento;

Radioterapista: programma il trattamento radioterapico adiuvante o esclusivo sia delle neoplasie principali sia delle recidive;

Medico nucleare: esegue con TAC PET una valutazione prechirurgica e/o postchirurgica;

Psicologo: sostiene la paziente e i familiari dal punto di vista psico-emotivo;

Personale infermieristico: agisce da “*case manager*” per la gestione dell'iter diagnostico e terapeutico individuato nella fase che precede l'intervento. Pianifica l'assistenza personalizzata adeguata ai vari livelli di complessità

durante il ricovero. Svolge un'attività educativa, di accompagnamento e di sostegno nei confronti del paziente e dei familiari per la gestione domiciliare di problematiche di nuova e difficile accettazione. Contatta quando necessario strutture intermedie adatte alla fase post acuta o strutture territoriali sia sanitarie sia sociali per rendere più semplice la domiciliazione.

La stretta collaborazione permette a ogni singolo componente del *team* di essere informato su qualsiasi significativo cambiamento della condizione clinica e psicologica della paziente e all'*équipe* multidisciplinare nel suo insieme di gestire in modo più personalizzato e quindi efficace l'*iter* diagnostico e terapeutico della paziente, comprendente anche il *follow-up*.

L'attività dell'*équipe* multidisciplinare si concretizza attraverso:

- discussione collegiale a cadenza settimanale dei casi clinici e definizione del piano diagnostico terapeutico individuale;
- stesura di linee guida per singola patologia con individuazione di percorsi diagnostici e terapeutici ottimali;
- aggiornamento sulla base della letteratura scientifica;
- elaborazione e/o partecipazione a programmi di ricerca d'interesse multidisciplinare e contribuzione alla raccolta dati relativa alla ricerca in questione;
- attività seminariali;
- individuazione e collaborazione con centri di secondo livello per la discussione e il trattamento dei casi più complessi per acquisire una seconda opinione.

L'approccio chirurgico ginecologico dell'*équipe* applica quanto sostenuto dalla letteratura più recente prediligendo, dove possibile, l'approccio laparoscopico, in particolare nel trat-

tamento del carcinoma endometriale, del carcinoma della *portio* e delle neoplasie ovariche allo stadio iniziale. L'approccio laparoscopico, come dimostrato in campo internazionale e verificato nella nostra casistica, si è dimostrato appropriato e, dove indicato, ha consentito una visione chirurgica più dettagliata, delle minori perdite ematiche intraoperatorie, una ripresa post-operatoria più rapida, una minore morbilità, e quindi una degenza più breve.

La chirurgia laparotomica viene riservata a casi selezionati dove l'approccio laparoscopico è controindicato per comorbilità presentate dalle pazienti o per indicazione specifica della patologia neoplastica, come nei casi di carcinoma ovarico avanzato dove la collaborazione con l'Unità Operativa di Chirurgia Generale consente l'attuazione di qualsiasi tipo d'intervento richiesto dalla patologia.

Da circa un anno l'attività ha incluso anche la patologia neoplastica vulvare grazie alla collaborazione di un consulente esterno e alla strutturazione di un adeguato *iter* di trattamento postoperatorio che, come è noto, è gravato da un'alta percentuale di complicanze.

La paziente con patologia neoplastica ginecologica, nota o sospetta, in avvio di percorso viene accolta presso l'ambulatorio prechirurgico (tel. 0541705824) dove viene sottoposta a una prima valutazione clinica e strumentale (ecografia transvaginale e transaddominale) e successiva presa in carico. In tale sede viene individuato l'opportuno *iter* diagnostico con l'eventuale programmazione di esami strumentali complementari quali: isteroscopia, colpo-vulvosopia, indagini radiologiche TAC e/o RMN, TAC-PET e consulenze specialistiche necessarie all'inquadramento del caso (oncologo medico, radioterapista, cardiologo, internista, anestesista etc.).

L'accesso diretto all'ambulatorio di isteroscopia (tel. 0541705211) può essere deciso da

ogni singolo specialista su valutazione clinica e strumentale (ecografia) che deponga per un sospetto di patologia endometriale.

L'accesso diretto all'ambulatorio di colposcopia (tel. 0541705211) può essere deciso da ogni singolo specialista in caso di paziente con esame colpocitologico dubbio o positivo o esame istologico positivo da pregressa biopsia eseguita in altra sede.

I casi con diagnosi certa di neoplasia ginecologica o con forte sospetto diagnostico vengono presentati e discussi ai *meeting* di reparto e al *meeting* settimanale multidisciplinare.

Nel caso in cui è necessario, il trattamento chirurgico viene programmato con priorità d'urgenza con eventuale coinvolgimento di altri specialisti del *team* multidisciplinare se indicato (chirurgo generale, oncologo medico in caso di trattamento chemioterapico intraoperatorio).

In base alla complessità chirurgica, al tipo di intervento e al rischio anestesilogico, il decorso postoperatorio può prevedere la degenza presso l'Unità Operativa di Ginecologia, presso l'Unità Operativa di Chirurgia Genera-

le (possibilità di monitoraggio sub intensivo), presso l'Unità Operativa di Rianimazione (monitoraggio intensivo). Solitamente il postoperatorio, dopo alcuni giorni, continua nella U.O. di Ginecologia, appena le condizioni cliniche della paziente lo consentano, garantendo una migliore presa in carico che si concretizza nella definizione del programma di controlli e di consulenze specialistiche da parte dell'oncologo medico e/o del radioterapista con cui il ginecologo oncologo collabora per tutta la durata del *follow-up*.

Il primo controllo coincide con la consegna dell'esame istologico a cui segue una serie di ulteriori appuntamenti presso il nostro ambulatorio postchirurgico.

Lo specialista curante della paziente o il medico di medicina generale può restare in contatto con i medici facenti parte dell'*équipe* oncologica dell'Unità Operativa chiamando direttamente il numero 0541705824 o inviando una mail a:

dott. Marco Stefanetti: mstefane@auslrn.net
dott.ssa Federica Rosati: federica.rosati@auslrn.net

Analisi dell'attività

Per valutare l'efficienza di un servizio è necessario confrontare i dati relativi alla sua attività con la risposta che è tenuto a dare ai bisogni della popolazione.

L'attività svolta viene confrontata con i dati del registro tumori della Romagna.

DATI RELATIVI AL REGISTRO TUMORI DELLA ROMAGNA: patologie neoplastiche attese per anno

PATOLOGIA	Tasso grezzo x100.000	N. Casi	Tasso standardizzato x100.000	N. Casi
Corpo uterino	22.6	38.4	17.3	29.41
Ovaio	19.0	32.4	15.7	26.69
Portio	16.1	27.37	14.2	24.14

**CASISTICA OPERATORIA ONCOLOGICA U.O. GINECOLOGIA
E OSTETRICA OSPEDALE INFERRMI RIMINI**

PATOLOGIA	2009	2010	2011	2012	2013 gen-feb
Corpo uterino	12	28	29	33	7
Ovaio	5	11	12	25	7
Portio	3	4	8	14	2
Altro	-	-	1	4	1
TOTALE	20	43	50	76	17

Popolazione femminile provincia di Rimini al 2 gennaio 2011: 169.866

Nel 2012, nel nostro ambulatorio pre e postchirurgico, sono state prese in carico 128 pazienti con patologia neoplastica o sospetta patologia neoplastica, di queste 88 sono state sottoposte a intervento chirurgico con priorità di tipo A presso la nostra unità operativa, 4 pazienti sono state operate in altra sede, 36 sono state sottoposte a trattamento chemioterapico e/o radioterapico esclusivo.

Si ringraziano i colleghi della UOC, le caposala dei reparti, del blocco operatorio e il personale infermieristico tutto per il loro prezioso contributo.

Marco Stefanetti

Rubrica di medicina generale



di Marco Grassi

DECIDERE IN CONDIZIONI DI INCERTEZZA (parte terza)

Si conclude la pubblicazione commentata di diverse tipologie di errore in cui il medico può incorrere suo malgrado nella pratica clinica.

SEARCH SATISFYING

F.M. donna di 96 anni, in trattamento per ipertensione con 10 mg. di enalapril. Non patologie degne di nota all'anamnesi passata e recente. Ha sempre goduto buona salute. Non si registrano ricoveri in cartella negli ultimi 17 anni. Esami ematochimici di routine ed ECG eseguiti un anno prima sono normali.

La paziente lamenta, in pieno benessere, la comparsa di astenia e dispnea da sforzo ingravescente, poi tachicardia, sudorazione profusa, capogiro e senso di mancamento. Visto l'aggravarsi nel giro di pochissime ore della sintomatologia, la pz. viene condotta al PS dai familiari. La pz. viene sottoposta ad esami di routine (torace, ECG, es. ematoch., ossimetria). Nella lettera di dimissione viene segnalato:

- ECG tachicardia sinusale 110' con turbe della RV compatibili con ipossia miocardica
- Hb 10.1.

Altri accertamenti eseguiti nella norma.

Dopo un breve ricovero in osservazione viene dimessa con la diagnosi di scompenso cardiaco acuto. Dopo un brevissimo periodo di miglioramento, due giorni dopo la pz. accusa un episodio prelipotimico. All'EO la pz. mostra spiccato pallore e all'anamnesi risulta melena nei giorni precedenti.

Commento.

La "ricerca soddisfacente" riflette la tendenza universale a cessare le ricerche quando si è trovato qualcosa. In genere si cerca qualcosa che si è perso e si termina la ricerca quando l'oggetto è stato ritrovato ma nel processo diagnostico la ricerca è diversa e non sappiamo, prima, le quantità da cercare. È così che si manca facilmente la diagnosi di importante comorbidità, una seconda frattura in un traumatizzato o un secondo corpo estraneo. Anche per questo bias vale la massima "quando la diagnosi è

fatta, il ragionamento si ferma”.

In questo caso, poi, il ragionamento si è arrestato troppo precocemente mancando di analizzare le cause di uno scompenso in una pz. che, seppur ultranovantenne, non aveva precedenti di scompenso né di fattori di rischio per una sua insorgenza (cardiopatía ischemica, ipertensione non controllata, tireopatie, etc.).

Caso clinico dell'autore.

Bibliografia

1. De Bono E. “Il pensiero laterale” Rizzoli Editore

PLAYING THE ODDS O GIOCARE D'AZZARDO

R.T. maschio 68 anni, iperteso in trattamento, ansioso e patofobico. Anamnesi patologica irrillevante. Dalla cartella clinica risultano tuttavia numerosi accessi per sintomi vari e aspecifici e con accertamenti negativi (dispnea, senso di oppressione toracica, dolore toracico atipico, vertigini, etc.). Si presenta all'osservazione lamentando faringodinia insorta nella notte. All'EO faringe iperemico, non linfonodi palpabili, apiretico. Viene prescritta terapia topica. Il giorno seguente persistendo la sintomatologia è trattato con FANS per via sistemica. Tre giorni dopo l'esordio compare iperpiressia e ingravescente faringodinia. Viene suggerito, telefonicamente, di aumentare il dosaggio di FANS e aggiungere antibiotico. **Nella notte il pz. si presenta in PS dove viene evacuato un ascesso tonsillare.**

Commento.

È la tendenza, quando la presentazione di una malattia è ambigua o equivoca, a optare per una diagnosi di malattia benigna sulla base del fatto che è più frequente rispetto a una più grave. La tendenza a “giocare d'azzardo” può essere aggravata dal fatto che segni e sintomi di molte malattie benigne imitano quelli di malattie più gravi o rare.

In medicina generale è inevitabile “giocare d'azzardo” data la quantità di accessi dei pazienti per sintomi aspecifici o ambigui. In genere questa strategia “paga” nella maggior parte dei casi e un errore di questo tipo è spesso influente (da un punto di vista prognostico) negli stadi iniziali del processo diagnostico. Il clinico deve tuttavia monitorare attentamente questi casi fino alla loro risoluzione: se permangono dubbi o la diagnosi rimane equivoca il clinico deve rivedere i dati clinici e strumentali disponibili e rivedere criticamente il percorso diagnostico.

Caso clinico dell'autore.

POSTERIOR PROBABILITY ERROR: LA STORIA SI RIPETE

L.P.femmina di 58 anni, anamnesi anodina. Sofre di malattia varicosa dalla seconda gravidanza, quando sono comparse anche emorroidi. Dopo un lungo periodo di benessere negli ultimi 5 anni ripetuti episodi di sanguinamento rettale, talvolta subito dopo la defecazione, altre volte con “feci verniciate”. In ogni occasione ha seguito rettoscopia che ha evidenziato la presenza di emorroidi infiammate e sanguinanti. Nell'ultimo episodio viene consigliata l'esecuzione di pancoloscopia. La paziente “nicchia” e il medico curante non ne sollecita adeguatamente l'esecuzione contando sulla negatività della rettoscopia. **Dopo 5 mesi la pz. nota sangue frammisto a feci ed esegue colonscopia che mostra una neoplasia vegetante e sanguinante del retto a 11 cm. dall'orifizio anale.**

Commento.

L'errore consiste nel considerare le probabilità di malattia in funzione di ciò che è successo in precedenza, nella presunzione (ovviamente errata) che la storia si ripeta immutabile. Quando un medico basa la stima di malattia di un paziente su esperienze precedenti, identiche per l'esito, incorre nell'errore della probabilità

a posteriori. I medici possono incorrere facilmente in questo errore nei casi di pazienti con somatizzazioni o con sintomi neurologici difficilmente obiettabili (emicrania, vertigini, parestesie, etc.) ma comuni anche a patologie gravi o maligne.

I medici dovrebbero essere consci dei rischi che si corrono nel basare decisioni cliniche su passate esperienze. In situazioni in cui si ripetono visite per lo stesso sintomo, una strategia utile può essere quella di valutare obiettivamente il paziente, ignorando le diagnosi precedenti e i dati riportati in cartella.

Caso clinico dell'autore.

CONFIRMATION BIAS O VIZIO DELLA CONFERMA

A.B. maschio, 73 anni. Iperteso con IRC e ateromasia carotidea, fumatore e discreto bevitore. I familiari notano un peggioramento delle funzioni cognitive e comparsa di delirio di gelosia. Il quadro viene interpretato come iniziale demenza di tipo misto: vasculopatica e dismetabolica. Un iniziale miglioramento dopo astensione dal potus e terapia con polivitaminici e “neurotrofici” rafforza l'ipotesi diagnostica. Un eco-CD TSA dimostra inoltre un peggioramento del quadro ateromasico. Il miglioramento clinico è tuttavia di breve durata e viene pertanto richiesta una consulenza presso il CE.DEM (Centro Demenze) locale. Nell'attesa il pz. presenta un episodio di disorientamento temporo-spaziale con incapacità a mantenere la stazione eretta poi progredito rapidamente in uno stato soporoso.

Una TAC fatta in urgenza mostra un voluminoso ematoma subdurale cronico. Un'accurata anamnesi rivela una caduta dalle scale con trauma cranico non commotivo qualche mese addietro.

Commento.

In questo caso il quadro clinico ha orientato il curante verso una unica ipotesi diagnostica di

demenza mista, statisticamente più probabile fra quelle possibili. L'ipotesi diagnostica iniziale di demenza è stata poi “confermata” *ex-advantibus* dall'efficacia, seppure temporanea, di una terapia medica e da rilievi di vasculopatia. Ipotesi “forte” ma evidenze complessivamente deboli. Non sono state prese in considerazione ipotesi alternative che, sebbene statisticamente meno probabili, potevano spiegare anch'esse l'insorgenza del quadro sintomatologico e conseguentemente non ne è stata esclusa con certezza la presenza. La strategia di ricercare solo conferme a una ipotesi diagnostica è molto utilizzata ma soggetta al *confirmation bias* o vizio della conferma (1).

Questo potente errore di giudizio può seriamente confondere il processo diagnostico e le decisioni conseguenti. Quando una ipotesi diagnostica è sviluppata su basi deboli o ambigue il “vizio di conferma” può interferire successivamente con dati più numerosi o migliori. Questi dati, contrastanti o dissonanti con l'ipotesi iniziale, possono essere mal valutati o addirittura ignorati. Il “vizio di conferma” riflette la tendenza a cercare dati che confermano l'ipotesi piuttosto che dati che la escludano. In casi difficili questa strategia diagnostica sembra buona mentre il contrario impone uno sforzo cognitivo doppio: cercare dati di disconferma e mettere in conto la possibilità di dover ricominciare da capo.

Il vizio di conferma porta al mantenimento di ipotesi diagnostiche deboli, alla ricerca di dati spesso ridondanti e pseudodiagnostici, a perdita di tempo e di risorse e può portare, infine, a mancare la diagnosi corretta.

Data la potenza del vizio cognitivo è necessario adottare sistematici accorgimenti per evitare questa trappola. Il caso descritto ci suggerisce, per esempio, di prendere in considerazione più ipotesi alternative e di scartarne alcune solo dopo averne valutato la reale inconsistenza

(per esempio scartando l'ipotesi di tumore o di massa occupante spazio solo dopo averne verificato l'assenza mediante indagine di *imaging*). Occorre poi porre attenzione ai dati pseudodiagnostici: il risultato positivo di 3 diversi test che valutano la stessa variabile biologica può avere meno valore di un test negativo altamente sensibile. Infine può essere utile tenere a mente la massima del celebre investigatore *Sherlock Holmes*: "Quando avete escluso ogni altra possibile diagnosi, quella che resta, anche se appare improbabile, non può che essere quella corretta".

Caso clinico dell'autore.

Bibliografia

1. Wolf FM, Gruppen LD, Billi JE. *Differential diagnosis and the competitive hypotheses heuristic: a practical approach to judgment under uncertainty and bayesian probability.* JAMA 1985;253:2858-2862

CONCLUSIONE

Pressoché tutte le specialità mediche sono investite da questi meccanismi di errore cui non è facile porre rimedio anche una volta che siano stati smascherati. La natura spesso impalpabile dell'errore diagnostico fa sì che non sia in cima alla lista degli eventi iatrogeni certi e dimostrati che mettono in pericolo la salute dei pazienti. In più, gli errori cognitivi sono così prevedibili, diffusi e stabilmente consolidati da poter essere considerati parte integrante e, forse, ineliminabile del ragionamento diagnostico.

Se invece di stigmatizzare la natura capricciosa e ingannatrice di euristiche e *bias*, si chiamassero queste distorsioni del ragionamento, con apparente modifica lessicale, "disposizione cognitiva a reagire a particolari situazioni con modalità prevedibili", si potrebbe più facilmente gettare luce sugli abbagli cognitivi in fase diagnostica. Lo smascheramento delle illusioni cognitive nel processo diagnostico permette poi di sviluppare tecniche cosiddette di *debiasing*. La strategia più importante è sicuramente quella di familiarizzare i clinici con i vari vizi di ragionamento (o meglio, disposizioni cognitive a reagire), delineandone le caratteristiche e le strategie per evitarli (2).

Reali soluzioni alla correzione ed eliminazione dell'errore cognitivo probabilmente non esistono o sono, al momento, nebulose (3).

La minimizzazione dell'errore cognitivo è un frutto difficile da raccogliere e vi è la tendenza a perseguire obiettivi più alla portata, come per esempio descrivere, analizzare e ricercare queste disposizioni inconscie all'errore. Questa relazione si è posta l'obiettivo di minima di familiarizzare i clinici più ricettivi e attenti alla qualità del proprio agire clinico con questo aspetto poco noto, se non misconosciuto, del ragionamento clinico e sulla sua importanza nella genesi dell'errore diagnostico.

Bibliografia

1. Levi JA. *Uses of error. Surprises in diagnosis.* Lancet 2001;358:488
2. Grassi M *Conoscere gli errori per evitarli.* Occhio Clinico 2005;10:15-17
3. Croskerry P. *The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them.* Acad Emerg Med 2003;78:115

Medici ma non solo

DA RIMINI A LA VERNA Risalendo la valle del Marecchia sulle tracce di San Francesco

L'Associazione "La Pedivella" ha lanciato un progetto temerario per promuovere una forma di benessere psico-fisico diversa da quella offerta dai numerosi centri termali o dalle tante SPA. Abbandonata la *Salus Per Aquam*, "La Pedivella" ha voluto riscoprire l'antica formula della *Salus Per Itinerem*, indispensabile per esercitare il corpo e rinfrancare lo spirito. Si tratta di un percorso che parte da Rimini e raggiunge La Verna, toccando gli stessi luoghi che videro passare San Francesco.

Il fiume Marecchia è la "guida" del sentiero che si snoda sinuoso attraverso luoghi dal fascino secolare, come Villa Verucchio, con il convento e il cipresso francescano, S. Leo, città in cui il Santo di Assisi ha ricevuto in dono dal Conte Orlando, nel lontano 1213, il Monte de La Verna. Le tappe successive vedono Sant'Agata Feltria, Rocca Fregoso svettante baluardo bellico, le Balze con le sorgenti del Marecchia e del Tevere. Due fiumi, due valli e ancora un legame con Francesco. Raggiunto il passo di Viamaggio si arriva a Pieve Santo Stefano. Infine, La Verna.

Tutto l'itinerario è stato studiato prima a tavolino, tappa dopo tappa, poi sul campo, grazie a un gruppo di "itineranti" che nei giorni 1-4 novembre 2012 si sono uniti per segnare e preparare la strada ai futuri "pellegrini". È stata inoltre realizzata una guida, peraltro già *online*, agile ed essenziale come vuole lo spirito francescano.

Il "Cammino" si propone come il modello di una Compostela tutta italiana, che possa es-

sere affrontato da tutti, senza pretese agonistiche, nel periodo primavera-autunno. Sul percorso saranno presenti luoghi di accoglienza per potersi fermare e riposare.

Ogni viandante potrà godere del "sublime spettacolo della natura". Una natura a volte morbida e accogliente, altre aspra e selvaggia, immagini istantanee in mutamento continuo. Le difficoltà del percorso temprano grazie anche alla forza interiore che riscopriamo in noi. Lo spirito e il corpo accolgono la sacralità de La Verna, simbolo di una religiosità che "laicamente" esalta le cose semplici, umili, difficili da trovare nella vita frenetica di ogni giorno. Possono quindi partecipare all'iniziativa persone non necessariamente mosse da un anelito religioso, ma anche dalla ricerca della fatica, del movimento, attratti dalla riscoperta della meditazione come cura dell'animo.

Poiché decidere di camminare per lunghi periodi seguendo una rotta spirituale significa staccare dalla *routine*, perché non partecipare al "Cammino di San Francesco" e proporlo come terapia "polivalente" ai nostri pazienti? Ai medici infatti è affidato il compito non solo di curare, ma anche di prevenire, informare, sensibilizzare, nonché di promuovere comportamenti sani e orientati al benessere. Sempre più spesso la letteratura scientifica evidenzia i numerosi benefici derivanti da uno stile di vita attivo, fra i quali occorre ricordare la prevenzione di molte patologie croniche. La filosofia del camminare diventa quindi la forma ideale di esercizio fisico, semplice, accessibi-

le a tutti e soprattutto economica, in altre parole assolutamente democratica. Questa visione integra la “piccola grande idea” degli organizzatori di questa entusiasmante proposta.

La partenza sarà tenuta a battesimo dai festeggiamenti per l’ottavo centenario del dono a Francesco del Monte de La Verna, tradizionalmente fatto risalire al giorno 8 maggio 1213.

Affinché si possa festeggiare nel 2113 il primo centenario di questo nuovo-nostro-cammino è necessario che tutte le persone “di buona volontà”, nei rispettivi ambiti, si mobilitino per questa iniziativa dai risvolti religiosi, per chi ci crede, salutarì per le persone che vi parteciperanno e dalle importanti ricadute economiche per la Riviera adriatica e per i Comuni interessati.

Buon Cammino!

Melchisede Bartolomei



"Frate Sentiero, Sora Strada..."



di Luigi Casadei

UMBRIA: AFFRESCHI DOCG!

Dopo la parentesi dedicata alla ri-scoperta dei capolavori del Lotto nelle Marche, torno in Umbria, sulla strada che da Foligno conduce in pochi minuti a Bevagna. L'intento è quello di compiere un giro completo che culminerà, nella prossima puntata, con la visita a Spello. Propongo qui un percorso antiorario: una capriola che consentirà più di una vertigine. Al piacere della scorribanda nell'arte umbra, si aggiunge infatti l'euforia di qualche mirata sosta, per la degustazione del *Sagrantino*, vino ricchissimo di polifenoli e tannini, figlio di un celebre vitigno, che per qualche mistero, è presente solo in un'area molto circoscritta della regione umbra. Bevagna (l'antica Mevania, che dell'epoca romana conserva un famoso mosaico del

secondo secolo, detto *delle terme romane*) apre uno squarcio sul Medioevo. Raggiunta con breve passeggiata la scenografica Piazza Silvestri, si possono ammirare gli edifici che vi prospettano (Sec XII-XIII): la chiesa di San Silvestro, la chiesa di San Michele Arcangelo e il Palazzo dei Consoli. Poco distante San Filippo. Tutto si fonde in angoli di assoluta, persistente armonia. Nel punto più alto del paese, sorge la chiesa di San Francesco, dov'è conservata la pietra da cui, secondo la tradizione, il Santo predicò agli uccelli. Qualche manciata di chilometri e già circumnavighiamo le colline del sagrantino che, ondeggiando tra ulivi e vigneti, stringono quasi d'assedio un "lembo di cielo caduto in terra", come veniva detto di questo piccolo paese, per aver dato i natali a ben otto santi. Sulla sommità del colle, la piazza del Comune inizia a suggerirci perché, se Cingoli è il balcone delle Marche, Montefalco si onora dell'appellativo di ringhiera dell'Umbria. Qui si sosta e si passeggia per vie che s'aprono a scorci improvvisi, dove lo sguardo corre fin sulla piana del Clitunno. Le chiese di Santa Chiara e Sant'Agostino, coi loro affreschi, fanno da prologo all'apoteosi del Museo civico di San Francesco, scrigno di tesori che hanno attraversato i secoli per incontrare finalmente i nostri occhi. Nella chiesetta rinascimentale di Santa Illuminata sono degni di nota alcuni affreschi del Melanzio, pittore che qui nacque e operò. Appena fuori dal paese, con la cappella delle rose tutta dipinta da Tiberio d'Assisi nel 1512, sorge la



chiesa di San Fortunato. All'interno altre importanti opere di Benozzo Gozzoli. L'apice artistico della nostra visita, è però senza dubbio San Francesco (via Ringhiera umbra, 6). All'interno del Complesso Museale, come viene chiamato oggi, con quell'enfasi un po' retorica che ricorda gli "istituti onnicomprensivi", ammiriamo nella chiesa trecentesca un rinomato ciclo di affreschi del fiorentino Gozzoli, prima allievo e poi socio del Beato Angelico. La sua *vita di San Francesco* (1451-52) è un'ope-

ra rinascimentale di massimo rilievo. Tanta poi è la ricchezza iconografica della chiesa che, nell'intento di darne una sommaria descrizione, si corre il rischio di stilare un arido elenco: vi sono infatti altri affreschi dello stesso Benozzo, di Tiberio d'Assisi (uno dei più noti allievi del Perugino), di Jacopo Vincioli e dell'ubiquitario e sempre notevolissimo Perugino stesso, che qui, nel 1503, dipinse una Natività (da altri denominata: Natività con l'Eterno in gloria tra gli Angeli e Annunciazione), collocata in un ambiente tipicamente umbro, con tanto di lago Trasimeno sullo sfondo. Annessa alla chiesa è la pinacoteca, nella quale sono custodite soprattutto opere di pittori locali, fra i quali ricorre ovviamente il nome di Melanzio. Infine rispondo preventivamente all'eventuale obiezione di avere - questa volta - troppo a lungo parlato di vino. Sul sito del comune di Montefalco si legge infatti: "Nel 1451 il noto pittore fiorentino Benozzo Gozzoli, chiamato dai francescani ad affrescare l'abside della loro chiesa, oggi museo civico fra i più importanti del Centro Italia, allude probabilmente al Sagrantino dipingendo la bottiglia di vino rosso sulla mensa del Cavaliere da Celano, negli affreschi dedicati alla vita di San Francesco"... Questa tappa si conclude dunque con un brindisi dedicato a tutti i colleghi. *Prosit!*

LA SUA BANDA SUONA IL ROCK Cuore, musica e solidarietà

Sfogliando il n. 3 del 2103 de *Il giornale della Previdenza dei medici e degli odontoiatri*, vi ho trovato un articolo che mi fa piacere segnalare e riprendere, perché parla di un gruppo musicale e del progetto ad esso collegato di cui è partecipe un nostro collega, consigliere dell'Ordine, componente del nostro Comitato di Redazione e valente chitarrista: il dott. Andrea Santarelli, cardiologo emodinamista presso il nostro Ospedale.

Nel pieno spirito dell'essere "medici ma non solo" Andrea, insieme ad altri colleghi, accomunati dal mestiere e dalla passione per la musica, hanno dato vita a una *band* musicale, i *Doors to balloon* (D2B), e a una fondazione *no profit*, la *Heart and music for life*, con la finalità di impiegare le risorse e i proventi dell'attività musicale del gruppo in progetti sociali e di beneficenza.

La *band*, giocando con la terminologia tecnico-medica, prende il nome da quel lasso di tempo che intercorre tra l'infarto e la disostruzione, col palloncino, dell'arteria occlusa.

Dall'esordio nel 2008, davanti una platea di colleghi che partecipavano al congresso GISE che quell'anno si svolgeva a Bologna, i D2B, con un repertorio *soul, rhythm and blues* e *rock*, hanno via via conquistato consenso e anche palcoscenici importanti: il Teatro Pavarotti di Modena, il Pala De Andrè di Ravenna, la Sala del Maggior Consiglio del Palazzo Ducale di Genova.

Col ricavato degli spettacoli, la fondazione *Heart and music for life*, ha donato una incubatrice all'ospedale di Ifakara in Tanzania e attrezzature multimediali al polo scolastico di Medolla, paese gravemente colpito dal sisma in Emilia.

Il prossimo obiettivo dei D2B è quello di dotare l'ospedale di Ifakara di un moderno sistema di telemedicina per la diagnosi precoce di patologie cardiovascolari. Complimenti Andrea e... a quando un'esibizione anche a Rimini?



Mauro Giovanardi

Recensioni

SOTTO UNA CUPOLA STELLATA



Margherita Hack
Sotto una cupola stellata. Dialogo con
Marco Santarelli su scienza ed etica.
Edizioni Einaudi.

Il libro, scritto in forma di dialogo con Marco Santarelli, porta la firma di Margherita Hack.

La Hack che è astrofisica di fama mondiale, come viene definita dall'editore Einaudi in quarta di copertina, non ha bisogno di ulteriori presentazioni.

Marco Santarelli si occupa di fisica sociale, quella che lui stesso definisce una nuova scienza che si applica allo studio di reti intelligenti, "territorio" d'incontro, interazione e comunicazione fra diversi saperi.

La "cupola stellata" cui si allude nel titolo è quella dell'universo, il cosmo di cui tratta il primo capitolo ma è anche, per citazione della stessa autrice, il cielo stellato di Kant: «il cielo stellato sopra di me, la legge morale dentro di me».

La formula del dialogo, quasi un richiamo alla filosofia platonica, rende diretta e immediata la comunicazione delle idee.

Si coglie, nelle domande e nelle risposte, l'esigenza di affermare la dignità di un'etica laica nel rapporto con la scienza e nel definire il ruolo della scienza nella società.

La posizione di Margherita Hack è netta nel rivendicare la separazione fra scienza e religione le quali: «operano su piani diversi: la scienza cerca di scoprire le leggi che regolano il

mondo con l'osservazione e l'esperimento... prende atto della realtà, scopre il come ma non il perché. La religione cerca di rispondere al perché, e si basa su atti di fede non dimostrabili scientificamente».

Poiché – secondo la Hack – non possiamo né dimostrare l'esistenza né la non esistenza di Dio, credere è un fatto puramente personale.

Perciò anche su quelli che oggi definiremmo "temi sensibili" – testamento biologico, eutanasia, ricerca su cellule staminali, diritti civili – è netto il rifiuto all'imposizione per legge di orientamenti che dovrebbero essere vincolanti solo per il credente.

Eppure, anche da una visione così profondamente laica, attraverso le conoscenze che abbiamo acquisito sull'origine dell'universo, si può giungere a una visione di fratellanza universale poiché: «Oggi sappiamo che abbiamo tutti la stessa origine, siamo tutti fatti della stessa materia costruita dalle stelle esplodenti (*le supernovae, ndr*) per cui il concetto di fratellanza universale va esteso veramente a tutti i viventi dell'universo, tutti sono il nostro prossimo».

Il volume affronta anche il tema della libertà della ricerca, del rapporto fra ricerca scientifica e democrazia, la condizione dell'insegnamento nell'università, la «fuga dei cervelli», il difficile rapporto fra cultura umanistica e cultura scientifica.

Mauro Giovanardi

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

SECONDO CORSO DI ETICA MEDICA - primo annuncio

La Scuola di Etica Medica di Rimini sta organizzando il II Corso di Alta Specializzazione in Etica Medica che si svolgerà presumibilmente da metà settembre a fine novembre 2013.

Il programma dell'evento e le modalità di iscrizione saranno pubblicati sul prossimo numero de Il Notiziario e sul sito *web* dell'Ordine www.omceo.rn.it.

FORMAZIONE GRATUITA PER SEGRETARIE E ASSISTENTI

Nel prossimo mese di giugno la provincia di Rimini metterà a disposizione dei *voucher* gratuiti per la partecipazione a corsi di Formazione. IRFA, Ente di formazione della Confartigianato, ha in programma un percorso di formazione pensato *ad hoc* per le segretarie di studi medici: metodo di lavoro e tecniche organizzative, applicazioni informatiche per la gestione della segreteria, tecniche di comunicazione con tutti gli interlocutori (pazienti, fornitori, colleghi, medici) e gestione del tempo di lavoro (*time management*).

I *voucher* andranno presentati entro il mese di luglio e seguirà un *iter* di valutazione con la formazione di una graduatoria delle domande pervenute (su requisiti formali).

Per informazioni e pre-adesioni: IRFA CONFARTIGIANATO 0541 378994.

Spazio Ammi

USO APPROPRIATO DELLE CELLULE STAMINALI DEL SANGUE DEL CORDONE OMBELICALE

Le cellule staminali da cordone ombelicale sono una fonte alternativa di cellule staminali rispetto al midollo e al sangue periferico.

La possibilità di effettuare trapianti con sangue cordonale ha indotto la costituzione di vere e proprie "banche" dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte: in tutto il mondo oltre 400.000 campioni sono stati criopreservati e sono al momento disponibili all'uso trapiantologico in oltre 49 banche.

L'unità di sangue cordonale, dopo la raccolta in sala parto, viene inviata alla Banca Regionale delle Cellule Cordonali, dove viene sottoposta a una serie di controlli specifici per verificare l'idoneità alla conservazione e definire le caratteristiche immunologiche finalizzate all'analisi della compatibilità fra donatore e ricevente.

I dati relativi alle unità cordonali conservate sono trasmessi al registro internazionale dei donatori di midollo osseo che rende visibili tali dati in tutto il mondo. In Italia, le banche di sangue cordonale, istituite esclusivamente all'interno di strutture pubbliche, svolgono la loro attività in base a *standard* di qualità e sicurezza definiti a livello nazionale e internazionale.

La rete nazionale italiana attualmente è costituita da 18 banche, distribuite su tutto il territorio nazionale ed è coordinata a livello centrale dal Centro Nazionale Sangue in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti, per i rispettivi ambiti di competenza.

Le unità di sangue cordonale conservate presso le banche italiane sono circa 35 000 e di queste al 31 dicembre 2012, circa 1300 sono state utilizzate a scopo trapiantologico, sia in Italia che all'estero. In queste strutture vengono conservate le unità di sangue cordonale donate a scopo allogenico, ovvero a disposizione della collettività e per uso "dedicato", ovvero per il neonato o per un familiare, in genere un fratello o una sorella del nascituro, che presenti una patologia per la

quale risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, o in caso di famiglie ad alto rischio di avere ulteriori figli affetti da particolari malattie genetiche.

Non esistono evidenze scientifiche che giustificano una conservazione puramente autologa del sangue cordonale per le seguenti motivazioni:

- le cellule del sangue del cordone ombelicale hanno la stessa probabilità di contenere gli stessi difetti genetici e/o predisponenti che possono essere alla base della malattia;
- queste cellule possono essere raccolte prima della terapia dal sangue periferico del paziente stesso previa stimolazione con specifici farmaci biologici denominati "fattori di crescita".

In Europa vengono effettuati oltre 20.000 procedure di trapianto di cellule staminali ematopoietiche ogni anno, di cui oltre 5.000 in Italia. Elemento determinante al fine di effettuare un trapianto è la possibilità di reperire un donatore compatibile; la ricerca del donatore viene effettuata prioritariamente all'interno della famiglia, ma solo il 25% dei pazienti che necessitano del trapianto dispongono di un donatore compatibile in ambito familiare (generalmente un fratello o una sorella). Per tutti gli altri è necessario effettuare una ricerca nel registro internazionale dei donatori di midollo osseo e di banche di sangue cordonale, nel quale attualmente sono gestiti 12 milioni di tipizzazioni HLA.

La conservazione autologa è percepita come una assicurazione sulla vita, ma rischia di generare un prodotto destinato a rimanere inutilizzato nella maggioranza assoluta dei casi: il rischio stimato che un bambino possa sviluppare una patologia per la quale vi sia la necessità di effettuare un trapianto prima del 10° anno di vita varia da 1: 200.000 a 1: 2.700. Non sono segnalati casi di infusione di cellule staminali emopoietiche

congelate oltre i 15 anni di conservazione, per cui non vi sono certezze sulla possibilità che si mantengano così a lungo le caratteristiche biologiche e funzionali delle cellule.

Questa bassa probabilità non giustifica un programma di conservazione autologa e vari autori, società scientifiche e comitati etici internazionali hanno espresso nel corso degli anni parere sfavorevole sulla conservazione autologa.

Le cellule staminali del cordone ombelicale conservate nelle banche pubbliche, grazie alla legge vigente, sono controllate, sicure, gestite secondo elevatissimi standard di qualità: esse garantiscono totale sicurezza e tutela della salute sia del donatore che del ricevente, e offrono totali garanzie per il Centro Trapianti, in termini di sterilità, di cellularità, di test che attestano la funzionalità delle cellule.

Il programma alimenta un bene collettivo, disponibile per qualunque ricevente, in qualunque momento, in qualunque parte del mondo assicurando i principi di equità (non tutti possono pagare) e solidarietà (valore che ha ispirato finora tutte le donazioni di tessuti umani) su cui si fonda il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Progetto riorganizzazione ERCB (Emilia-Romagna Cord Blood Bank)

La Regione Emilia Romagna ha sostenuto la riorganizzazione della Banca Regionale del Sangue Cordonale attraverso un progetto definito nella *Linea progettuale 5: "Interventi per le biobanche di materiale umano"* Titolo del progetto: *"Banca regionale del sangue cordonale (ERCB: Emilia Romagna Cord Blood Bank)*, responsabili Eugenio Di Ruscio (Direzione Generale Sanità e Politiche sociali) e Lorenza Rildolfi (Direzione Centro Riferimento Trapianti ER) prevedendo per il biennio 2010-2012 finanziamenti per interventi strutturali e riorganizzativi compreso l'ottenimento dell'accreditamento FACT.

Il progetto prevedeva la concentrazione in un unico Centro di Processazione - presso il Servizio di Medicina Trasfusionale del Policlinico "S.Orsola-Malpighi" di Bologna (direttore dott.ssa Marina

Buzzi) - dei cordoni raccolti per donazione allogena in tutti i 29 Punti nascita della Regione e del trasferimento dello storico bancario, al fine dell'ottenimento dell'accreditamento FACT di tutta la ERCB (direttore dott. Pasqualepaolo Pagliaro). La scelta è stata sostenuta da un sistema di trasporti efficiente, tempestivo e sempre disponibile e un sistema di incentivi alle strutture dei punti nascita della Regione, focalizzato soprattutto sulla sensibilizzazione delle ostetriche e valorizzato da un contributo economico. Questo doveva portare ad un conseguente incremento delle unità raccolte. Il progetto prevedeva inoltre la realizzazione della nuova sede dell'ERCB presso il Policlinico "S.Orsola-Malpighi" e una ottimizzazione della offerta di specificità HLA DRB1 in alta risoluzione e estensione locus HLA -C). Importante inoltre la campagna informativa pubblicata dalla Regione e un programma di formazione continua del personale ostetrico organizzato da ERCB.

In sintesi gli obiettivi raggiunti per ERCB in questi tre anni sono stati i seguenti:

- nel 2010, da marzo a ottobre, graduale accentramento della conservazione delle unità raccolte in tutte le 29 sale parto della regione, con contemporaneo passaggio ad un software gestionale dedicato - donato da ADISCO Bologna - derivante da quello che gestisce le unità di sangue del Servizio Trasfusionale;
- nel settembre 2011 realizzazione del Laboratorio di processazione con un ambiente di lavorazione in classe D e una zona criogenica per il congelamento delle unità;
- nell'ottobre 2011 visita ispettiva all'ERCB da parte dell'ente certificatore, nell'ambito del percorso di certificazione delle Banche di sangue cordonale in conformità alla normativa vigente e agli standard dell'NMPD (*National Marrow Donor Program-USA*) con esito favorevole ed emissione del certificato di accreditamento nel maggio 2012;
- nel settembre 2012 realizzazione della Criobanca per lo stoccaggio delle unità cordonali e nell'ottobre 2012 trasferimento dello stori-

co congelato nei 6 Centri trasfusionali della regione; inoltre formalizzazione del rapporto tra la Banca e i Punti nascita attraverso la stesura di convenzioni tra il Policlinico "S.Orsola-Malpighi" e le altre Aziende sanitarie;

- Il 26 e 27 novembre 2012 visita della commissione FACT alla Direzione, al Centro di processazione e a 5 Punti nascita.

Attività

In questi tre anni si è avuto un incremento dei consensi alla donazione e anche delle unità raccolte/anno. Le unità bancate/anno non sono aumentate come previsto poiché nel 2011 è stato deciso a livello nazionale di aumentare il numero minimo di cellule da congelare per il trapianto al fine di innalzare il livello qualitativo e questo ha portato a un drastico calo della percentuale delle unità idonee (12% come la media nazionale).

ERCB è comunque la seconda Banca in Italia come numero totale di unità conservate (4212) e distribuite (95 totali, di cui 15 nel 2012, due delle quali prelevate a Rimini). Le unità esposte nel registro IBMDR, cioè quelle tipizzate per gli antigeni HLA, sono 3976.

Nel 2012 si è cominciato a produrre emocomponenti ad uso non trasfusionale (PRP, GEL Piastrinico) dalle unità di sangue cordonale non idonee al bancaggio delle staminali ematopoietiche, che nel 2013 verranno utilizzate a scopo rigenerativo in varie patologie in studi clinici pilota.

Contributo di Rimini all'attività di donazione e raccolta di Unità di Sangue Cordonale

Sono state promosse iniziative di sensibilizzazione alla donazione di cellule cordonali attraverso la distribuzione di opuscoli informativi indirizzati alle future mamme in consultori e ambulatori prelievo del territorio di Rimini, grazie alla collaborazione tra il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e U.O. di Ostetricia e l'Ostetricia del territorio.

Nel dicembre 2010, all'Ospedale di Rimini, si è svolto un convegno per chiarire lo scopo della donazione solidaristica del cordone ombelicale e

l'impiego delle cellule cordonali.

La sezione ADMO di Rimini sta sensibilizzando i ragazzi delle scuole superiori alla donazione di midollo e anche di cellule cordonali.

Negli ultimi due anni presso il Punto nascita dell'Ospedale "Infermi" sono stati raccolti 272 (nel 2011) e 223 (nel 2012) consensi alla donazione, prelevate 155 (nel 2011) e 161 (nel 2012) unità di cellule cordonali, di cui bancate 7 nel 2011 e 19 nel 2012. La percentuale delle UT bancate è migliorata grazie alla collaborazione delle ostetriche della Sala parto che, insieme alla direzione della Banca Regionale del Cordone, hanno individuato le strategie da implementare per migliorare la qualità delle cellule cordonali raccolte.

Nel 2012 due unità di sangue cordonale provenienti da Rimini sono state utilizzate nel mondo per il trapianto di midollo in altrettanti pazienti affetti da patologie ematologiche.

Simonetta Nucci, Marina Buzzi

Contributo ricevuto da AMMI sezione di Rimini e Club Soroptimist di Rimini nel corso di una serata conviviale tenutasi il 6 febbraio 2013 all'Hotel National di Rimini.



Spazio FEDER.S.P.eV.

50° CONGRESSO NAZIONALE FEDER.S.P.eV. Tivoli, 21-24 Aprile 2013

“NON SOLI MA SOLIDALI” è il titolo del convegno nazionale della Federazione Sanitari Pensionati e Vedove Medici-Veterinari-Farmacisti che si è tenuto a Tivoli lo scorso 24-25 aprile. Grande la partecipazione e il coinvolgimento dei partecipanti, veramente interessanti e dibattuti gli argomenti trattati; condiviso da tutti lo slogan riassuntivo della categoria: “ignorati dalla politica, i pensionati lottano per i loro diritti” proposto dal segretario nazionale Michele Poerio. Tanti i momenti emozionanti e le occasioni di riflessione sulla condizione della categoria e sulla situazione politica in generale. In occasione del convegno sono stati consegnati premi di € 1.550,00 ciascuno.

Vincitori dei premi di studio

Psicologia

dott.ssa Elisabetta Miglietta
dott.ssa Ludovica de Fazio

Medicina e Chirurgia

dott.ssa Valentina Agnese Ferraro

Farmacia

dottor Prisco Maniero
dott.ssa Nicoletta Caroli

Premi letterari

dottor Enrico Hullweck: Poesia
prof.ssa Maria Rosa Previti: Narrativa
dott. Giovanni Peyrot: Saggistica

Applausi inoltre per il libro “**La penna del medico. Nostalgia**”. Il volume può essere richiesto alla Federspev, previa offerta libera che sarà devoluta al fondo di solidarietà.

Sono state assegnate le cariche congressuali ed espresso sentito rammarico per la decisione del dottor Eumenio Miscetti di non ricandidarsi alla carica di Presidente di Federspev.

Si è svolta la tavola rotonda “**Lotta ai privilegi, equità sociale, recupero delle nostre pensioni**” e la conferenza scientifica curata da Antonio Arcoraci “**Invecchiamento attivo e società**”.

Giornate dense, piene di spunti di riflessione e di linea guida per il proficuo lavoro di tutte le sezioni.

Per rendere giustizia al lavoro di tutti i congressisti niente di meglio che riportare di seguito la mozione finale presentata dal dottor Miscetti e approvata dall'assemblea.

MOZIONE FINALE

Il Congresso nazionale elettivo della Feder.S.PeV., riunito a Tivoli dal 21 al 24/04/2013,

APPROVA

la relazione congressuale del Presidente, dott. Eumenio Miscetti e lo ringrazia per l'opera instancabile ed appassionata portata avanti per più decenni, nonché per il prezioso contributo che potrà ancora dare;

CHIEDE

a tutta la dirigenza nazionale neoeletta, il massimo impegno per i seguenti obiettivi prioritari:

- *adeguare le pensioni di reversibilità e ripristinare una efficace perequazione automatica per le pensioni della nostra categoria;*
- *accrescere le sinergie e fare opera di stimolo e coordinamento tra le iniziative della nostra Associazione e quelle similari delle Federazioni nazionali e di tutti gli Ordini provinciali delle professioni sanitarie, l'ENPAM, l'ENPAF, l'ENPAV, l'ONAOSI, ecc., in un quadro armonico con i migliori Paesi europei;*

- *semplificare gli adempimenti burocratico - amministrativi, specie per i pensionati, ed alleggerire il carico fiscale sulle pensioni in modo progressivo e crescente in rapporto all'evolvere dell'età, anche per compensare le carenze complessive del nostro sistema di welfare;*
- *dimezzare la tassa d'iscrizione annuale all'Ordine professionale per i pensionati che non esercitano più la professione, come già avviene per altre categorie;*
- *ottenere il chiarimento, da parte delle Autorità competenti, che non esiste l'obbligo di assicurazione per la responsabilità civile professionale per i pensionati privi di partita IVA che esercitano solo occasionalmente prestazioni professionali;*
- *accrescere il nostro impegno nell'affrontare i temi socio - culturali, con un approccio marcatamente tecnico - scientifico, fornendo altresì soluzioni concrete;*
- *dare alla Feder.S.PeV. un progetto politico credibile, aprendoci a tutte le forze sociali e politiche ed alle Istituzioni del Paese, cosa naturale per una Associazione di natura sindacale, ma senza sottovalutare la caratterizzazione di Associazione di servizi per la categoria rappresentata, così da fornire, anche attraverso convenzioni specifiche, prestazioni integrative socio - sanitarie - assistenziali di favore ai pensionati bisognosi;*
- *favorire, attraverso le iniziative anzidette e una costante e capillare informazione, l'indispensabile opera di proselitismo per accrescere le adesioni alla Feder.S.PeV.*

Approvato all'unanimità,
Tivoli Terme, 24/04/2013

a cura di Carmen Marini Spanedda

Ricordando i colleghi



DOTT. GIORGIO ALESSANDRO FIORANI
(31 maggio 1930 - 28 giugno 2012)

Per tutti era l'amatissimo, mitico "Dott. Fiorani", "il Giorgio".
Per noi semplicemente "il Doc".

Lombardo di nascita, riminese d'adozione fin da quando, appena laureato all'Università di Milano, si è trasferito a Rimini per iniziare la professione di medico. Cresciuto in una famiglia di grandi valori morali, cattolica, tradizionale, aveva sempre abitato a Piacenza, frequentando gli ambienti della FUCI e dell'associazionismo cattolico e culturale.

A Rimini ha iniziato fra ospedale, collaborazioni, interinatti e INAM, per poi approdare a Bellariva. Lì aveva stabilito l'ambulatorio dove, in lunghi anni di esperienza, ha esercitato con impegno una professione onesta e integra.

Nel suo Dna c'era il medico. Attento nel diagnosticare, scrupoloso nel prescrivere, sereno e tranquillizzante nei rapporti, con quello sguardo paziente, capace di vedere avanti e suggerire possibili soluzioni, sempre deciso nell'operare a favore dei suoi pazienti.

Aveva il dono dell'ascolto e questa disponibilità, unita alle sue doti umane e professionali, gli hanno consentito ben presto di approfondire con grande attenzione e sensibilità i problemi dei suoi numerosi pazienti: con loro oltre all'amicizia coltivava relazioni umane.

Anche durante gli anni della pensione i rapporti personali sono continuati con dimostrazioni d'affetto, con richieste di consigli, telefonate o un "saluto" a casa, unito a lunghe e rassicuranti chiacchierate, che gli facevano capire quanto l'avevano stimato e ancora gli volessero bene.

In pensione non ha cessato di essere medico, continuando con curiosità ad aggiornarsi, ma ha finalmente potuto coltivare interessi (i suoi *hobby*) un po' trascurati negli anni passati.

Soprattutto però, poteva dedicare molto più tempo alla sua grande famiglia, ai suoi cinque ragazzi e ai nipoti, dei quali è stato sempre così orgoglioso e fiero. Li aveva educati con l'esempio seguendoli silenzioso, come consigliere prezioso nelle decisioni ma lasciandoli liberi nelle scelte, complice negli interessi, critico e severo al momento giusto.

Così ha coltivato gli affetti nel privato, preferendoli agli impegni mondani o di società.

Saggio, discreto, molto riservato, dignitoso, sempre presente e lucido fino all'ultimo istante.

Un grande papà a cui vorremmo assomigliare.

Così ricordiamo il nostro caro "Doc".

Franca, Filippo, Simone, Francesco, Enrico e Cecilia

Variazione agli Albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 4 MARZO 2013

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ALBANESI Federica
dott.ssa ALBINI Alessandra
dott. BIANCHI Lorenzo
dott. BIZZOCCHI Gianluca
dott.ssa CECCHINI Maria
dott. COMMODARO Christian
dott.ssa CORBELLI Giorgia
dott. DEL CORSO Francesco
dott.ssa FEDARCHUKA Aliona
dott. GAVIOLI Tommaso
dott. LUISO Filippo
dott.ssa MARIOTTI Marita
dott.ssa MASI Chiara
dott.ssa METALLI Sara
dott.ssa MONTANARI Francesco
dott. SCIASCIA Valerio
dott. STEFANELLI Alfredo
dott. TENTONI Francesco
dott.ssa VANZINI Stefania
dott.ssa VINCENZI Chiara

Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BUGLI Anna Maria

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BARUZZI Giammarco

di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Riccione
di San Giovanni in Marignano
di Rimini
di San Marino
di Cattolica
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Riccione
di Rimini
di Rimini
per trasferimento da Bologna
di Maiolo
di San Marino
di Riccione
per trasferimento da Bologna
di Santarcangelo di Romagna

di San Marino

di Misano Adriatico

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 6 MAGGIO 2013

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. SANTINI Filippo
dott. PARATORE Sandro
dott.ssa SALINI Loredana
dott.ssa STRAZIUSO Simona
dott. TAROLLA Emanuele

Nulla Osta per il trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BIZZARRI Jacopo Vittoriano
dott. BONVICINI Daniele
dott.ssa BUONFRATE Dora

Variazione Nome:

dott. GALDIERI VENANZIO ANTONIO

Cancellazioni ALBO ODONTOIATRI:

dott. LINDHE Jan Ture

di Rimini
per trasferimento da Forlì Cesena
per trasferimento da Bologna
per trasferimento da Potenza
per trasferimento da Roma

per trasferimento a Bolzano
per trasferimento a Padova
per trasferimento a Verona

di Rimini

per morosità

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr.1794 - Albo Odontoiatri nr. 356

