

n° 3/2013



il Notiziario

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

Anno XVI, Numero 3, Luglio - Settembre 2013



il Notiziario

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

Anno XVI, Numero 3, Luglio - Settembre 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. Gian Maria Catrani, specialista in Dermatologia e Venerologia

dott. Gianluigi Valentini U.O. Radiologia Ausl Rimini

prof.ssa Alessandra Babini Corvetta, presidente AMMI, Sezione di Rimini

Grafica e stampa a cura di agenzia NFC - Rimini - tel. 0541 673550 - www.agenzianfc.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
• Il rischio in medicina	
IL PUNTO REDAZIONALE.....	pag. 6
VITA DELL'ORDINE.....	pag. 8
• Convocazione Assemblea ordinaria	
FOCUS SULLA PROFESSIONE.....	pag. 9
• La crisi economica, fattore precipitante o aggravante il diabete di tipo 2	
• La medicina interna ritorna di moda	
• Il Sole e la pelle	
• Il dentista generico e i bifosfonati	
SANITÀ LOCALE.....	pag. 18
• Sconosciuto Bianco	
CRONACA E ATTUALITÀ.....	pag. 20
• I consigli dell'esperto. Se hai caldo... acqua fresca!	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE.....	pag. 22
• Risparmio? No, grazie (non pago io)	
SEMISERIA... MENTE	
• Fenomenologia (breve) del "patata".....	pag. 24
MEDICI, MA NON SOLO.....	pag. 27
• Inviti Sibillini	
RECENSIONI.....	pag. 29
• Preparazione atletica e riabilitazione	
Fondamenti del movimento umano	
Scienza e traumatologia dello sport - Principi di trattamento riabilitativo	
• il Resto del Lettino - Psicoanalisi e vita quotidiana	
RICORDANDO I COLLEGHI.....	pag. 31
• Prof. Renato Ponzoni	
• Dott. Franco Bartolotti	
CORSI, CONVEGNI CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI.....	pag. 34
• Il Corso di Etica Medica - Programma	
SPAZIO A.M.M.I.....	pag. 37
• Conferenza	
• A.M.M.I a Camaldoli	
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	pag. 38

*Si tibi deficient medici, medici tibi fiant,
haec tria, mens laeta, requies, moderata diaeta
da Regimen Sanitatis Salernitanum. (XII - XIII sec.)*

Editoriale



di Maurizio Grossi

IL RISCHIO IN MEDICINA

Prima di qualsiasi riflessione su questo tema dobbiamo essere tutti d'accordo che in medicina nessun giudizio e nessuna decisione sono certi, in altre parole, quindi, che l'arte medica è sempre costitutivamente legata all'incertezza e al rischio.

Peraltro il rischio è una componente inevitabile in ogni azione umana e ancor di più in quella medica.

Su ogni atto medico sia esso diagnostico, terapeutico o riabilitativo incombe una determinata incidenza statistica di eventi avversi. Il concetto di rischio negli ultimi anni ha pervaso la letteratura medica tanto da diventare un concetto familiare, a volte usato impropriamente. Si parla di fattori di rischio, gravidanza a rischio, rischio cardiovascolare, interventi a rischio, gestione del rischio.

Il dizionario ci dice che il rischio è la potenzialità che una azione (o una non azione) porti a un evento indesiderato, il più delle volte negativo.

Nel campo medico la valutazione e quantificazione di un rischio collegato alla evenienza di un evento dannoso o indesiderato è effettuata attraverso la teoria della probabilità, al grande uso di statistiche e percentuali. Ma la maggior parte della gente ha poca confidenza con i numeri e i termini matematici e statistici e pertanto l'informazione del rischio può essere poco comprensibile e quindi poco significativa nel rapporto medico-paziente. Molti di noi non sanno interpretare i numeri allo stesso modo delle parole e hanno difficoltà a comprendere l'espressione numerica del rischio.

Quando comunichiamo un rischio, trasmettiamo al nostro interlocutore una incertezza e la probabilità, più o meno alta, di una minaccia per un bene, che nel nostro caso è la salute. Pertanto sarebbe molto importante avere la sicurezza di essere compresi. L'impressione è che oggi ci sia un gran parlare di rischio in sanità ma di fatto l'informazione che giunge al cittadino-paziente è incompleta e poco convincente.

La società e il singolo individuo sono disposti ad accettare gli "insuccessi" della medicina a condizione che ci sia una adeguata informazione della natura peculiare della medicina stessa, del suo carattere imperfetto, in altre parole della sua intrinseca rischiosità.

Questa fondamentale informazione appare per ora scarsa e frequentemente sostituita da attese spesso irragionevoli nei con-

fronti della medicina e della sanità.

Deve essere a tutti chiaro che anche il più aggiornato dei medici non può evitare l'errore e tanto meno l'insuccesso proprio perché l'agire umano, e ancor di più l'arte medica, è un'attività "rischiosa".

Sempre più spesso passa una comunicazione che enfatizza i benefici di una medicina onnipotente che invece non mostra o non sa comunicare a sufficienza i rischi, gli effetti indesiderati, le incertezze, l'inutilità o, ancor peggio, la dannosità.

Inoltre, nel comunicare il rischio, si deve tener conto che la percezione del paziente è diversa se questo è corso volontariamente (fumo, alcol, obesità) o se è imposto (es: vaccinazioni). Nel primo caso l'evento avverso o indesiderato è accettato più facilmente rispetto al caso in cui derivi da una imposizione.

Pertanto il primo passo per migliorare il rapporto medico-paziente e medicina-società è un grande sforzo di sincerità e di comprensione.

Sulla capacità di farsi comprendere oggi si gioca l'attendibilità e la fiducia nel medico e nella medicina.

Dalla comprensione del rischio e dalla sua elaborazione soggettiva derivano dinamiche comportamentali che sono poi alla base di gran parte del contenzioso medico.

In un celebre editoriale, il direttore del *British Medical Journal* (Smith, 1999) proponeva di comunicare ai cittadini con molta sincerità una

serie di informazioni:

- 1) la morte è inevitabile,
- 2) la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita,
- 3) le protesi artificiali ogni tanto si rompono,
- 4) gli ospedali sono luoghi pericolosi,
- 5) ogni medicamento ha anche effetti secondari,
- 6) la maggior parte degli interventi medici dà solo benefici marginali,
- 7) gli *screening* producono falsi positivi e falsi negativi.

Sono affermazioni all'apparenza "forti", ma sono semplicemente vere.

Un patto tra medico e paziente e tra medicina e società non può fare a meno di queste verità.

Comunicare il rischio per la salute rappresenta una sfida, quella di trasferire le evidenze scientifiche alla realtà quotidiana, tenendo sempre presenti i valori e le preferenze del cittadino.

In questo "dialogo sul rischio" noi medici dobbiamo quindi fare uno sforzo di sincerità, sicuramente difficile per ragioni tecniche e psicologiche, ma sempre convinti testimoni della informazione che vogliamo trasmettere.

Infine non dobbiamo contribuire con i nostri atteggiamenti o le nostre dichiarazioni al facile sensazionalismo, all'idea di una "medicina mitica", perché così facendo si può portare il paziente alla sottovalutazione del rischio, generando illusioni e amare delusioni.

Il punto redazionale



di Mauro Giovanardi

CARISSIMI COLLEGHI,

qualche rapida considerazione sui contenuti di questo numero e qualche spunto per il prossimo.

Ragionandone all'interno del comitato di redazione è emersa la necessità di individuare alcuni temi che possano essere proposti di volta in volta, per stimolare tra i colleghi che ci leggono la riflessione e la voglia di scrivere.

Rivedendo i contenuti del *Notiziario* mi è parso che ci siano almeno due componenti fondamentali che, fatta salva qualche eccezione, mancano all'appello, pur rappresentando nel loro insieme ben più del cinquanta per cento dei nostri iscritti: mi riferisco alle donne e ai giovani.

Ognuno di questi "corpi" presenta specificità di cui tutti, anche i colleghi maschi, anche i non più giovani, possono rendersi conto, ma credo che sia altra cosa se ciò che per alcuni è solo intuizione, viene raccontato e discusso da chi la condizione la vive direttamente.

Addirittura qualcuno - e non era una donna - ha lanciato la proposta di un numero tutto al femminile, progetto stimolante che diverrà fattibile solo se i contributi saranno numerosi. Per restare coi piedi per terra, anche una semplice rubrica sarebbe già un primo passo. Come ha potuto constatare chi ci legge, il *Notiziario*, nei suoi contenuti, è piuttosto dinamico: la rubriche compaiono, scompaiono temporaneamente e riappaiono, in base ai materiali che arrivano in redazione.

Mi permetto qualche suggerimento: la medicina di genere (tema che la dott.ssa Franco ha introdotto sul n. 4/2012 con l'articolo *Il cuore delle donne*) meriterebbe ulteriori contributi; il tema della violenza sulle donne, finora mai toccato, ma purtroppo attuale, come ci insegna la drammatica, recente, vicenda della collega psichiatra vittima sul lavoro a Bari, rappresenta uno spunto "forte" che merita voce e non rassegnato silenzio. Quanto ai giovani medici, tra cui fra l'altro prevale ormai la componente femminile, posso solo sollecitarne il contributo, nella convinzione che l'Ordine, anche attraverso i suoi spazi di comunicazione, è la casa di tutti gli iscritti.

L'editoriale del Presidente, affronta un tema quanto mai attuale, il rischio in medicina, legandolo all'altro grande tema della comunicazione. Ed è su questo che sollecito l'opinione dei colleghi: come comunichiamo, noi medici, il rischio insito nei nostri interventi, come ne comunichiamo i limiti e, soprattutto, come viviamo e comunichiamo l'insuccesso, si chiami esso complicità o limite scientifico o metodologico? Infine come ci confrontiamo con il linguaggio con cui i media li raccontano? Altri spunti.

Il dott. Rastelli affronta due temi di straordinaria importanza: la crisi e il riemergere di una sorta di centralità della Medicina interna.

Riguardo al primo: com'è cambiata, se lo è, la professione in ambulatorio e in ospedale?

Esiste, come mi diceva un collega medico di

medicina generale, una riduzione degli accessi e, di conseguenza, il rischio che i cittadini si curino di meno? La riduzione delle risorse si riflette, almeno sul piano della percezione, sui livelli e sulla qualità dell'assistenza?

Riguardo al secondo: il modello che sembra riportare l'internista al centro con gli altri specialisti in posizione di consulenti e/o di fornitori di prestazioni strumentali, rappresenta un modello culturalmente proponibile o è, ancora una volta, il frutto di uno stato di necessità imposto dalla erosione delle risorse? Nefrologi, gastroenterologi, ematologi (e l'elenco potrebbe continuare a lungo)... battete un colpo. E, ancora, la Chirurgia è estranea a questo processo?

Buona lettura e buona meditazione a tutti.

Vita dell'Ordine

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA

Caro Collega,
con la presente ti comunico che mercoledì 27 novembre 2013 alle ore 7.00 in prima convocazione, e

GIOVEDÌ 28 NOVEMBRE 2013

alle ore 20.00 in seconda convocazione

presso la sala riunioni dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, Via Flaminia 185/B avrà luogo:

L'ASSEMBLEA ORDINARIA DELL'ORDINE

con il seguente ordine del giorno

- Relazione del Tesoriere
- Bilancio di Previsione 2014
- Varie ed eventuali

**Al termine della relazione di bilancio seguirà conferenza del dott. Stefano De Carolis su:
"L'arte misera. Storie di medici condotti fra Ottocento e Novecento"**

Sei pregato vivamente di intervenire e, nel caso d'impossibilità a partecipare di persona, Ti invito a rilasciare delega ai Colleghi, ai sensi dell'art. 24 del Cap. II del DPR 5/4/1950 n. 221.

Il Presidente
dott. Maurizio Grossi

Il sottoscritto dott.

nato a il

DELEGA

Il dott.

*a rappresentarlo con piena facoltà di voto nell'Assemblea Ordinaria
indetta dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini.*

Data Firma

Focus sulla professione

LA CRISI ECONOMICA, FATTORE PRECIPITANTE O AGGRAVANTE IL DIABETE DI TIPO 2



di Emilio Rastelli

Negli ultimi mesi ho osservato un preoccupante peggioramento del compenso glicemico di alcuni pazienti affetti da Diabete mellito sia di tipo 1 che di tipo 2, che in passato erano ben compensati. La mia attività presso l'ambulatorio di Diabetologia di Riccione, è assimilabile per certi versi, all'attività di un nucleo di cure primarie: i pazienti sono ben conosciuti ed esiste una certa frequentazione fra paziente e medico, pertanto è facile riceverne le confidenze.

L'anamnesi alimentare e sociale, fa emergere situazioni di grande difficoltà economica, legata alla precarietà del lavoro, alla cassa integrazione, sino alla perdita del lavoro, tutti problemi che in questi tempi sono ben noti. Durante periodi di crisi economica, si assiste a una diminuzione della capacità di spesa anche in campo alimentare, e una superficiale analisi potrebbe far credere che le malattie metaboliche possano ridursi. Naturalmente soggetti diabetici non possono digiunare, quindi scelgono un'alimentazione costituita in sostanza dal solo primo piatto di pasta, che non può che essere abbondante. Sparita la carne e il pesce, ridotta la frutta e verdura, persiste l'assunzione di uova e verdura limitatamente a chi possiede un orto o vive in campagna.

È nozione consolidata che il miglioramento delle condizioni economiche porti a un incremento dei casi di diabete e conseguentemente di malattie cardiovascolari, mentre il benessere economico consolidato (con sistemi sanitari efficienti e universali che promuovono, attraverso l'educazione sanitaria, una maggior attività fisica e un'alimentazione più controllata) porta a un miglioramento dello stato di salute della popolazione in generale.

Una rapida ricerca via internet, ha mostrato che il problema emerge anche in nazioni ben più ricche dell'attuale Italia.

Recentemente l'Accademia di Medicina di Francia ha realizzato un'indagine in grado di valutare le conseguenze della crisi economica sui giovani precari o disoccupati.

La precarietà nel lavoro, condizione che a causa della crisi economica coinvolge un'intera generazione, mette in pericolo anche la salute. I giovani precari hanno più probabilità di ammalarsi di diabete perché accumulano maggiori fattori di rischio.

La ricerca, condotta su oltre 1700 persone, è stata realizzata in una delle regioni d'oltralpe a più alto tasso di precariato e povertà, la Linguadoca. I risultati, secondo gli esperti, sono indicativi di una tendenza generalizzabile. Dai dati emerge che, prima dei sessantacinque anni, la percentuale

dei diabetici è più elevata tra i precari rispetto agli altri, con il 7% contro il 4,4%, così come le alterazioni della glicemia a digiuno, trovate nel primo gruppo, sono pari al 23% contro il 19,5%, con un *trend* che tende ad aumentare.

L'indagine indica che la popolazione più precaria è costituita da persone generalmente più giovani, soprattutto maschi, con percentuali più elevate di fumatori e di soggetti in sovrappeso e con un livello d'istruzione superiore alle persone stabili più anziane. A renderli vulnerabili al diabete contribuiscono le loro condizioni di vita socioeconomiche, con un'alimentazione povera di proteine animali nobili, di frutta e verdura e un eccessivo consumo di bibite zuccherate e alimenti a base di farina e zuccheri.

A ciò si aggiunge il fatto che i problemi odontoiatrici, molto frequenti, sono curati poco e male. Secondo l'indagine la precarietà influenza sfavorevolmente l'equilibrio glicemico, la diagnosi precoce, la presa in carico a fini di cura del diabete. Inoltre la malattia è vissuta peggio tra i precari, con una forte percentuale di stati d'ansia e depressione. In base a questi dati gli esperti raccomandano alle istituzioni di potenziare lo *screening* e la diagnosi precoce e di migliorare l'informazione, sia ai medici che ai

cittadini, sui rischi di questa fascia di popolazione emergente.

Ricordo le parole di mio padre, che mi diceva che nel periodo post bellico non c'erano né diabetici né malati di fegato: non resta che sperare in una rapida ripresa della nostra economia, onde non curare con la fame le malattie metaboliche, come negli anni 40.

Anche il costante, progressivo, sotto-finanziamento della sanità italiana rispetto ad altre nazioni europee, specie se rapportato al paziente diabetico, che costa al SSN il 50% in meno, rispetto a Germania, Francia, Inghilterra (analisi della *London School of Economics*), non è privo di rischi ed è possibile aspettarsi, nel corso dei prossimi anni, un incremento delle complicanze diabetiche soprattutto cardiovascolari.

Bibliografia

- 1- *Pandemia Silente del Diabete: un'emergenza sanitaria, sociale ed economica.*
Dott A. Nicolucci, Capodipartimento di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia Consorzio Mario Negri Sud.
- 2- *Adriankronos Salute* 31/01/2013. Sanità: 'generazione precaria' più a rischio diabete, allarme esperti.

LA MEDICINA INTERNA RITORNA DI MODA

Il termine Medicina Interna è stato usato per la prima volta in occasione del primo congresso degli Scienziati Italiani, tenutosi a Pisa nel 1839, per distinguerla dalla Medicina Esterna, che altro non era che la Chirurgia. La nascita ufficiale della Medicina Interna, come disciplina autonoma, è sancita dal congresso di Wiesbaden nel 1882

Proprio nel 1950, quando è stato pubblicato il trattato *Principles of Internal Medicine* Bibbia

del Medico Internista, alcuni eminenti medici iniziano a mettere in dubbio l'utilità della stessa Medicina Interna, argomentando che le nozioni erano talmente aumentate, da non poter essere conosciute da un solo medico.

Cominciano a svilupparsi le specialità mediche, prime fra tutte la Cardiologia, l'Endocrinologia, le Malattie Infettive. A quel tempo gli specialisti erano chiamati internisti-cardiologi, internisti-endocrinologi. Negli anni seguenti le



Tinsley R. Harrison
18/03/1900-04/08/1978
Curatore del trattato *Principles of Internal Medicine*

specialità aumentano, nascono la Gastroenterologia, la Reumatologia, l'Oncologia, creando sempre più numerose specialità e sub specialità, che tendono a dimenticare la radice comune della Medicina Interna.

Recentemente, una riflessione sulla metodologia clinica, sulla crescita culturale della classe medica, una certa maggior facilità di diagnosi legata alla diagnostica per immagini e di laboratorio, hanno reso meno decisiva una profonda conoscenza enciclopedica, richiesta al medico, per esercitare la Medicina Interna.

Il presentarsi nello stesso soggetto di più patologie, come avviene nei soggetti anziani, con il sovrapporsi di malattie croniche quali la BPCO, il diabete, la cardiopatia ischemica o ipertensiva, le encefalopatie vascolari, in associazioni fra esse o ad eventi acuti, necessita di conoscenze ed esperienze complesse, che solo l'internista può avere.

Purtroppo, l'ambito d'intervento dell'internista, non è più quello dei grandi Maestri della medicina di cui Harrison era un portabandiera: la diagnosi e la cura quando possibile.

Oggi la gran parte del tempo è dedicata all'assistenza di soggetti con malattie croniche e terminali, i *triage* di Pronto soccorso indirizzano ai reparti specialistici di competenza i malati, ma domani questo non sarà più così scontato. La nostra Regione ha varato un documento nel quale sono specificati "Criteri direttive regionali su piano assunzioni" che prevede per i posti resisi vacanti nel 2012-2013, un contenimento del *turn-over* con copertura del 25% dei posti vacanti.

Nel prossimo futuro, con l'ottimizzazione delle risorse, si assisterà sempre di più a un accentrimento delle competenze mediche verso il medico internista all'interno della struttura ospedaliera, e del medico generalista a livello territoriale, mentre lo specialista dovrà intervenire solo come consulente e per fornire l'esecuzione strumentale in casi selezionati.

È intuitivo che, negli anni a venire, si avrà un netto ridimensionamento delle attività ospedaliere, di cui probabilmente non faranno le spese i reparti che trattano l'urgenza, ma sicuramente i reparti sub-specialistici e allora sarà l'internista a dover riempire il vuoto.

Nella Prefazione alla prima edizione del trattato *Principles of Internal medicine* del 1950, si legge:

"Per un essere umano non può esistere un'opportunità più grande, né una maggiore responsabilità, di quella dell'essere medico. Per curare chi soffre il medico deve possedere capacità tecniche, conoscenze scientifiche e comprensione umana, doti che dovrà utilizzare con coraggio, umiltà e saggezza per offrire al prossimo un servizio unico e per perfezionare il proprio carattere. Il medico non dovrebbe chiedere al proprio destino più di questo, né accontentarsi di qualcosa di meno".

Il trattato *Principles of Internal Medicine* è arrivato alla XVIII edizione, cerchiamo di lavorare seguendo l'insegnamento di T.H. Harrison, anche al giorno d'oggi.

Emilio Rastelli



di Gian Maria Catrani

IL SOLE E LA PELLE

Il culto del Sole, come simbolo religioso di autorità e maestà, sorgente di benessere fisico e psichico, è antichissimo. Sebbene modificato dai diversi gruppi etnici, tale concetto ha permeato, nei secoli, la storia di tutte le civiltà.

Gli Egiziani adoravano *Ra*, il dio Sole, loro suprema divinità. Dove sorgeva il Sole era la luce, la vita e ivi, sulla riva orientale del Nilo, costruirono le loro città e i loro templi; dove calava il Sole era l'ombra, il buio, la morte e ivi, sulle rive occidentali del Nilo, costruirono le loro necropoli. Il Faraone *Amenhotep III*, nel XIII secolo a.C., si autoproclamò messaggero in terra di *Ra* e ottenne il massimo potere.

Nel VI secolo a.C. il persiano Zoroastro predicò il culto di Mitra, una sorta di dio Sole, seguace di Mazda, dio della luce e della saggezza, che sconfiggeva il male-oscurità. I Greci veneravano Apollo, dio del Sole e padre della medicina. I Romani, in particolare Aureliano, che riteneva il Sole "invitto", avevano del Sole un culto molto sentito.

Anche nel Centro America il Sole era venerato tra gli dei più potenti. Gli Aztechi già nel XV secolo adoravano *Tonatiuh*, il dio Sole. Nel XVIII secolo, infine, il tema dell'unione inscindibile tra luce solare e autorità riemerse vigorosamente durante il regno di Luigi XIV di Francia, il Re Sole. In tempi più recenti dal golfo di Napoli "O Sole mio" si è elevato come inno al Sole in tutto il mondo. Quindi il Sole è sempre stato oggetto di timore reverenziale, culto e adorazione attraverso i secoli e le varie civiltà; non a caso tutt'oggi rimane un argomento sempre vivo dal punto di vista sociologico e medico. Sociologico in quanto l'esposizione solare per la tintarella è divenuto un fenomeno universale, medico in quanto è un costume da tenere d'occhio per i suoi risvolti negativi a carico della cute.

Fino dall'inizio del secolo appena trascorso, l'abbronzatura della pelle non costituiva un fattore estetico di maggiore fascino: "Signorinella pallida, dolce dirimpettaia del quinto piano..." recita la canzone. Al contrario, l'accentuata pigmentazione prodotta dal sole era un tratto caratteristico di coloro che appartenevano alle classi sociali più umili e disagiate (contadini, braccianti, operai, pescatori). Le nostre nonne frequentavano la spiaggia protette dall'ombrellino e definivano "villano" ogni persona cotta dal Sole.

Dopo la Prima Guerra mondiale, al mito dell'incarnato pallido si è andato sostituendo gradualmente il mito della tintarella. Narrano le cronache del tempo che la grande sarta parigina Coco Chanel si fece ammirare "desnuda" e abbronzantissima su un palcoscenico parigino. Le masse si sono presto adeguate. Nel volgere di qualche decennio nell'immaginario collettivo l'abbronzatura è divenuta un simbolo che suscita al tempo stesso ammirazione e invidia, una nota di colore che distingue socialmente dalla massa, rende più affascinanti e attraenti e a cui viene associata una sensazione psicofisica di benessere e di euforia (al Sole è bandita ogni tristezza!).

Inizialmente esporsi al sole era l'unico modo per abbronzarsi ("A... Abbronzatissima sotto i raggi del Sole...") recita il noto ritornello. Negli ultimi decenni, l'industria, valutato il fenomeno della nuova cultura della tintarella agognata da tutte le classi sociali, ha fiutato il *business* e ha comin-

ciato a produrre e a commercializzare sorgenti artificiali di radiazione ultravioletta. Il settore della cosmesi si è arricchito di un nuovo filone di attività: l'impiego, per finalità estetiche, delle lampade abbronzanti. Ora, grazie alle lampade UVA ad alta pressione, ci si può abbronzare anche in alcuni mesi dell'anno a condizioni climatiche e meteorologiche sfavorevoli e anche se le risorse economiche non permettono vacanze in località assolate.

Il Sole dispensa una grande quantità di energia sotto forma di radiazioni elettromagnetiche che giungono alla superficie terrestre, filtrate durante l'attraversamento dell'atmosfera.

Le radiazioni solari al suolo possono essere suddivise in:

Radiazioni infrarosse (37%): invisibili, effetti termici, usati a scopo terapeutico

Spettro visibile (60%): regola il sonno-veglia e l'andamento circadiano degli ormoni

Radiazioni ultraviolette (3%) a loro volta suddivise in:

- UVA, lunghi (400-315): producono pigmentazione, passano attraverso il vetro, penetrano in profondità nella pelle e sono responsabili del foto-invecchiamento cutaneo.

- UVB, medi (315-280): producono eritema e scottature, agiscono sul DNA cellulare inducendo i tumori cutanei, sono anch'essi pigmentogeni ma filtrati dal vetro.

- UVC, corti (280-10): a grande energia e le radiazioni di cortissima lunghezza d'onda (raggi X,Y e cosmici) mortali, sono fortunatamente bloccati dalla calotta di ozono nella stratosfera.

Raggiunta la cute, una parte delle radiazioni è riflessa via a livello dello strato corneo e superficiale epidermico, la restante parte viene diffratta e assorbita in misura proporzionale alla lunghezza d'onda della radiazione stessa.

Le radiazioni solari producono modificazioni obiettive della cute. Le radiazioni dello spettro

solare che, sotto questo profilo, hanno l'effetto più marcato sono gli ultravioletti lunghi (A) e medi (B) ed è a tali frazioni che ci riferiamo parlando genericamente dell'azione del Sole sulla cute.

Gli individui reagiscono variamente all'impatto con le radiazioni, in dipendenza della pigmentazione e della fotosensibilità della loro cute. Da tempo è stata adottata una classificazione in **sei fototipi** in base alla reattività dell'epidermide alle radiazioni solari. Normalmente il Sole induce fotoreazioni cutanee fisiologiche che si manifestano con gradualità e intensità diversa in tutti gli individui in ordine successivo. Gli effetti immediati di tali fotoreazioni consistono nella comparsa dell'arrossamento, della pigmentazione e dell'ispessimento dello strato corneo o superficiale.

Analizzando i singoli fenomeni e i tempi di comparsa, vediamo che l'arrossamento o eritema solare si manifesta dopo un periodo di latenza



Ra, il dio Sole

di alcune ore e persiste dalle 24 alle 48 ore. L'intensità della sintomatologia, che va dal colpo di sole alla vera e propria ustione con vesciche e bolle, dipende dalla dose di irradiazione e dal fototipo cutaneo di appartenenza. Dopo una immediata e transitoria pigmentazione (dovuta allo scurimento della melanina già presente nella pelle) si manifesta, trascorsi circa due giorni, una abbronzatura ritardata che raggiunge il massimo verso il quindicesimo giorno per poi decrescere e scomparire. Contemporaneamente a questi due fenomeni, eritema e pigmentazione, lo strato corneo gradualmente si ispessisce sensibilmente. Mentre pigmentazione e ispessimento sono da considerarsi meccanismi difensivi e reversibili, che la pelle mette in atto in quella che un noto ricercatore americano, Thomas Fitzpatrick, definisce "la battaglia costante contro il Sole", esposizioni solari ripetute e prolungate nel tempo, con dosi cumulative di raggi ultravioletti favoriscono l'instaurarsi di fenomeni regressivi e degenerativi, persistenti e irreversibili, che interessano sia le fibre elastiche e collagene del derma, sia la struttura cellulare epidermica esterna.

Un aforisma dermatologico sentenzia: "la pelle non dimentica i raggi che ha assorbito nel corso della vita". In genere fenomeni regressivi cutanei e segni di senescenza anticipata (dermatite), si apprezzano maggiormente sulle parti esposte di alcune categorie di persone che, per ragioni professionali, sono particolarmente esposte alle radiazioni solari come marinai, contadini, muratori, montanari (vedi maestri di sci) e le persone fanatiche dell'abbronzature intensiva.

Il quadro obiettivo è di comune osservazione. Sulle zone cutanee esposte, modificate strutturalmente dalle radiazioni, è più frequente il riscontro di neoplasie di vario grado di malignità, dagli epitelomi basocellulari e spinocellulari, fino ai melanomi. Ad avvalorare l'ipotesi che sia

proprio la radiazione solare il fattore favorente l'insorgenza di queste neoplasie, ci soccorre il dato statistico di una netta prevalenza di incidenza di tumori cutanei laddove l'insolazione è maggiore. Oltre all'insolazione, la correlazione è strettissima con il fototipo cutaneo chiaro (vedi l'etnia celtica, irlandesi e scozzesi): quanto più un soggetto è fotosensibile, tanto più è a rischio.

La reazione tra radiazioni solari o artificiali e sostanze foto sensibilizzanti (farmaci, vegetali, cosmetici) presenti nella cute, attiva due tipi di reazioni cutanee: fototossica e fotoallergica.

La reazione di tipo fototossico (fotochimica) è la più frequente e non coinvolge meccanismi immunologici: si verifica ogni volta che appropriate quantità di radiazioni di adeguata lunghezza d'onda e di sostanza foto sensibilizzante con caratteristico spettro di assorbimento si incontrano, generando il quadro cutaneo fototossico, simile ad una scottatura solare, a limiti netti, con eritema, edema, vescicolazione, prurito, bruciore ed esito in pigmentazione. Non è necessaria una precedente esposizione alla sostanza o al farmaco.

La reazione fotoallergica è una condizione poco frequente in cui la sostanza foto sensibilizzante si comporta come allergene in grado di indurre una risposta immunologica cellulo-mediata specifica; è necessaria una sensibilizzazione precedente in cui si sviluppa la memoria immunologica e solo dopo una successiva riesposizione (elicitazione) si manifestano, con una latenza anche di ore, le lesioni cliniche di tipo eczematoso che possono debordare dall'area reattiva anche sulle zone cutanee coperte limitrofe (elemento differenziale con il quadro fototossico).

Sono segnalate anche dermatosi di natura fotoallergica idiopatiche, senza cause apparenti, differenziate sulla base di criteri clinici e fotobiologici (Dermatite estiva benigna, Dermatite

polimorfa, Sindrome da ipersensibilità permanente).

La maggior parte dei fotosensibilizzanti più frequentemente in causa, elencati di seguito, può dare origine indistintamente ai due tipi di reazioni ricordate (fototossica e fotoallergica):

- ACE-inibitori
- Ipotensivi (sulfoniluree)
- Diuretici derivati sulfamidici (idrocortiazide, clorotiazide, furosemide e bumetanide)
- Amiodarone (Cordarone)
- Tetracicline
- Ematoporfirina (Tonogen)
- Ketoprofene (presente fino a poco tempo fa in creme tipo: Fastum gel, Orudis, Artrosilene)
- Sulfamidici (Bactrim)
- Fenotiazinici (Fargan: utilizzato fino poco tempo fa proprio per le scottature solari!)
- Furocumarine-psoraleni (utilizzati nella puva-terapia in dermatologia)
- Eosina (rossetti)
- Piante (fico, finocchio selvatico, primule, sedani, bergamotto, anice, prati, ecc.)
- Ammi Maius (pianta egiziana contenente psoralene, citata in un antico papiro come rimedio per la vitiligine)
- Contraccettivi orali.

Fino a questo momento si è bistrattato il Sole

mettendo in guardia dai suoi raggi, ne abbiamo marcato i difetti e sorvolato sugli innegabili meriti. Come la profanazione attuata dal piede degli astronauti non ha intaccato il fascino della Luna, che è sempre là a farci fantasticare, così la scienza, nel sottolineare i danni prodotti dai raggi solari, non è riuscita ad oscurare il fascino e l'autorità che ha mantenuto fino ai nostri giorni *Ra*, il dio Sole degli antichi egiziani.

Come il Sole è stato testimone dei primi passi dell'*Homo erectus* e ne ha condizionato la successiva evoluzione intervenendo con il suo tepore indispensabile nei drammatici periodi glaciali, così condiziona ancora la nostra vita e quella del pianeta, intervenendo poi a infonderci con i suoi raggi un senso di benessere fisico e psichico attraverso le endorfine euforizzanti che si producono nella pelle esposta.

Moderate esposizioni solari esercitano un effetto tonificante sulla nostra pelle, la maturazione cellulare assume un ritmo ottimale, alcune impurità di superficie vengono allontanate da una desquamazione più attiva, la sintesi di alcune vitamine viene favorita - come la vitamina D importante per il metabolismo del calcio - l'evoluzione di talune malattie cutanee, come per esempio la Psoriasi o certe dermatiti dell'infanzia, viene influenzata favorevolmente.



di Giovanni Cananzi

IL DENTISTA GENERICO E I BIFOSFONATI

La classe non si è ancora compattata nella consueta tensione/distrazione della quotidianità di un ginnasio riminese degli anni 70, maglie troppo strette e corte, brufoli, capelli lunghetti, le compagne di banco così belle che non ci si parla nemmeno, noi maschietti francamente in ritardo, con le divise di quegli anni che sono simboli di una appartenenza intuita, non ancora suffragata dal vissuto, dalle letture, dalla maturazione delle idee. Entra la prof. di greco, bravissima, con occhi penetranti, che ha fatto amare le sue materie a molti di noi e, con un sorrisetto, dice: «Cananzi, vieni tu».

Mi sento esattamente così quando leggo nell'anamnesi del paziente che sto visitando il nome commerciale di un bifosfonato che assume da tanto tempo, e mi sento così anche perché vi riporto quello che ho letto, cioè studiato come ai bei tempi, nella letteratura che vi consiglio di acquisire di prima mano e che vi indico nella piccola bibliografia in fondo all'articolo.

Vi risparmio la storia che affonda le sue radici in insalubri fabbriche di zolfanelli... per avere le prime segnalazioni correlate a farmaci dobbiamo arrivare al 2003.

Nel 2006 compare un documento della Società di chirurgia orale e maxillofaciale americana con le linee guida per l'osteonecrosi dei mascellari, poi aggiornato. Nel 2008 la SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia) pubblica un suo documento, che subirà successivi aggiornamenti; nel 2009 il Ministero della salute esce con le sue linee guida, nel 2011 è la volta delle linee guida congiunte di SIPMO e SICMF: da tutta questa messe di dati è evidente l'interesse scientifico.

Il problema che si pone è la possibilità che, a seguito di un intervento odontoiatrico, anche non particolarmente invasivo, possa restare un'area di tessuto osseo esposto che non giunga a guarigione in otto settimane di normale terapia in paziente che assuma o abbia assunto bifosfonati. Questa è la definizione della complicanza che, in questi termini descrittivi non dà particolare allarme, ma se si presenta è di difficile gestione e frustrante per il medico e per il paziente.

Infatti i pazienti che presentano osteonecrosi hanno sintomatologia dolorosa molto intensa resistente agli antalgici, parestesie cutanee, fistole, focolai osteomielitici con tendenza a confluire, igiene orale difficoltosa, quindi una qualità della vita e rapporti sociali molto alterati. L'osteonecrosi si osserva più frequentemente nella mandibola, come corollario di una sitespecificità legata a caratteristiche anatomiche, di concentrazione e di captazione del farmaco.

Come possiamo prevenire e gestire questa temibile complicanza?

Facciamo un'accurata anamnesi, sempre, prima di fare qualunque cosa.

Alcuni dati hanno una notevole valenza predittiva, in particolare è importante la via di assunzione (c'è più rischio nella somministrazione parenterale che per via orale), la molecola (lo zolendronato è più pericoloso dell'alendronato), la dose cumulativa, la storia clinica (il rischio è molto maggiore per i pazienti oncologici, peggiora se associato a steroidi, aumenta con le terapie con farmaci antiangiogenici).

Vi rimando alla letteratura di cui sopra per approfondimento sulla ricerca di *markers* sierologici come il CTX serico e la fosfatasi alcalina che purtroppo sono solo indicativi. La maggioranza dei casi riguarda le pazienti in terapia orale per osteoporosi, in particolare se questa terapia dura da oltre tre anni. Ma, all'aumentare dell'età e se ci sono altri fattori di rischio, il problema si fa più stringente.

In ambulatorio - dove la solitudine professionale può essere un problema, anamnesi accurata con domande specifiche (al paziente non è sempre chiaro cosa sta assumendo) - se ci sono dubbi contatto con il medico curante e consulto PubMed (questo lo faccio con tutti i farmaci che non conosco poiché la letteratura delle complicanze è amplissima) e, soprattutto, informazione al paziente e consenso informato (particolarmente utile quello della SICOI che trovate nel sito della società).

Nell'ambito della necessaria collaborazione del curante, sarebbe utile fare una visita odontoiatrica prima di iniziare la terapia con particolare attenzione ai denti da estrarre, presenza e gestione di malattia parodontale, qualità e congruità delle protesi fisse e mobili. La terapia andrebbe intrapresa dopo la completa guarigione dei tessuti molli.

Ancora più stringente la necessità di attenzione al paziente in corso di terapia: terapia di mantenimento parodontale rigorosa.

Come hanno sostenuto durante una conferenza presso il nostro Ordine il dott Campobassi e il dott Gessaroli, maxillo facciali a Cesena, e preziosissimo supporto per noi dentisti del territorio, il paziente oncologico in terapia con difosfonati va seguito per la terapia chirurgica odontoiatrica in struttura protetta per non introdurre ulteriori difficoltà.

A titolo preventivo il paziente che assume bifosfonati orali, va preparato in ambulatorio, con igiene professionale, copertura antibiotica con amoxicillina e metronidazolo prima e dopo l'intervento. Non ci sono controindicazioni per terapia conservativa ed endodonzia ortograde. La terapia implantare pone il problema della gestione di eventuali periimplantiti per cui è controindicata in tutti i protocolli nei pazienti oncologici; la malattia parodontale è un fattore di rischio importante, va privilegiata una terapia causale non chirurgica e il mantenimento.

Sulla terapia ci sono molte scuole di pensiero, il che non tranquillizza: il laser sembra molto promettente (prof. Vescovi), la sequestrotomia, la terapia antibiotica molto protratta, la terapia chirurgica radicale...

In definitiva, una volta di più, la collaborazione interdisciplinare con il medico di medicina generale, l'oncologo, il maxillofaciale, e un corretto rapporto con il paziente possono aiutarci a gestire una situazione che ci può vedere impegnati in uno scenario molto complesso. *Primum non nocere*, come avrebbe ricordato anche la mia bravissima Prof. del Ginnasio: oppure, come dice Nico Cereghini, casco in testa ben allacciato e luci accese anche di giorno, cioè proteggiamo noi e il paziente dagli incidenti e teniamo gli occhi aperti e il cervello acceso.

Letture consigliate:

AAOMS Position paper on bisphosphonate - related osteonecrosis of the jaw - 2009 update (www.aaoms.org/docs/position-papers/bronj-update.pdf)

Focus bifosfonati SICOI (www.sicoi.it)

Ministero della salute

SIPMO E SICMF linee guida: www.sicmf.org

Sanità locale



di Gianluigi Valentini

SCONOSCIUTO BIANCO

Sono il medico radiologo di turno dalle ore 20 alle 8 del mattino. Staziono in Radiologia d'urgenza, con due tecnici radiologi.

La serata inizia con una lunga serie di ecografie ed esami radiografici sostanzialmente inutili: un fenomeno, questo degli esami "immotivati", che con gli anni è diventato sempre più imponente, tanto da chiedersi cosa spinga decine di persone ad uscire di casa la sera e la notte per affrontare l'ignoto del Pronto soccorso di un grande ospedale. I giovani sono i più impauriti: lunghe attese per il trauma più insignificante o per due colpi di tosse. Una marea di pseudoinfortunati, a caccia di un indennizzo assicurativo, si comportano come giocatori di calcio che vogliono far punire dall'arbitro l'avversario per un fallo veniale o inesistente. E poi le nuove storie dei migranti, portatori di patologie legate al nostro clima, per loro particolarmente ostile, ad abitazioni fatiscenti o a lavori che gli italiani non fanno più.

Verso l'una arriva la telefonata che non vorresti: un trauma motociclistico particolarmente grave.

Dopo aver attivato, senza indugio, un terzo tecnico reperibile per la TAC, mi dirigo al Pronto soccorso, assieme a un tecnico già in servizio, forniti di apparecchio radiologico portatile ed ecografo. Nei due brevi corridoi in penombra che uniscono la radiologia alla sala di emergenza del Pronto soccorso mi sento il capo dei monatti, e spero solo che si tratti di un allarme eccessivo. Purtroppo non è così. Il giovane paziente è solo, in stato d'incoscienza, non ha documenti: viene temporaneamente, ribattezzato "Sconosciuto Bianco".

La gestione di un'emergenza grave vista da un estraneo può stordire per l'apparente confusione; in realtà, se il rianimatore e il medico di pronto soccorso sono capaci e ben coordinati, in pochi minuti vengono prese decine di decisioni da cui dipende la qualità dell'eventuale vita futura del paziente.

Gli infermieri e i vari consulenti ruotano attorno al malato. I problemi attivi del paziente sembrano due: il primo una grave emorragia interna (frattura di milza all'ecografia) che lo porta subito in sala operatoria e che probabilmente non lascerà reliquati; ben più importante, purtroppo, è una grave frattura della colonna vertebrale.

Sono arrivati i parenti: il paziente, molto giovane, adesso ha di nuovo il suo nome, ma purtroppo sul suo bel corpo rimarranno danni irreparabili. Intravedo nella penombra una giovane compa-

gna molto composta; una seconda persona, con ogni probabilità il padre, misura a lunghi passi i corridoi, evitando rispettosamente di intralciare il nostro lavoro, senza nemmeno chiedere informazioni (probabilmente sta pregando).

La seconda parte degli esami documenta purtroppo una grave lesione midollare a livello del tratto toracico della colonna vertebrale, con pressoché certi esiti motori, sensitivi, intestinali, urinari. Ti rimane l'amaro in bocca di una notte passata in piedi e la voglia di urlare: basta con quelle rombanti accelerazioni ai semafori, con quelle stupide gare sulle strade...

I messaggi che arrivano dai circuiti dei *Grand Prix* sono falsi: gli eleganti zainetti dei centauri della strada non hanno niente a che vedere con le protezioni di Valentino Rossi e compagnia. Le diagnosi e le terapie degli ortopedici stregoni che stazionano dentro i circuiti sono credibili

solo per un gruppo di pazzi capaci di sacrificare tutto anche a un solo punto in classifica.

Credetemi: quasi sempre le ossa rotte fanno male e i tempi di guarigione sono lunghi; dopo una frattura molto spesso la funzionalità di un arto o di una articolazione non sarà quella di prima.

Sulle strade normali non ci sono vie di fuga ma abbondano ostacoli, pali, buche, pedoni; l'alcool e le distrazioni danno una mano. Evitate caschi non a norma o slacciati, come pure di appollaiarvi con fatica su strapuntini di selle microscopiche. Quando va bene questi stupidi comportamenti causano neri tatuaggi d'asfalto che si stampano con dolore sulla pelle scoperta.

La notte è amaramente finita; salgo sul mio scooter con più prudenza del solito. Anche la colazione nella pasticceria preferita sarà amara.

Cronaca e attualità



di Marco Grassi

I CONSIGLI DELL'ESPERTO Se hai caldo... acqua fresca!

Avete mai sfogliato quei terrificanti inserti sulla salute dei quotidiani? Una roba da scongiuri immediati e che, finita la lettura, lascia una sottile inquietudine anche negli addetti ai lavori. Figuretevi nel lettore comune: comincia buttando l'occhio qua e là sul sommario e si sente ancora, se non in ottima, almeno in passabile salute. Passando ai titoli si pronostica di vivere almeno un altro decennio buono, giusto il tempo di godersi almeno qualche anno di pensione. Entrando nel dettaglio degli articoli quel poco ottimismo rimasto lascia il posto a un cupo pessimismo: un anno ancora di vita andrebbe già di lusso. A forza di leggere di quel sintomo e di quell'altro e di quell'altro ancora, il sospetto si fa prima dubbio, poi possibilità infine certezza di qualche malattia. È la incessante abbuffata di informazione, diciamo "scientifica", sui giornali, sulle riviste, in rete, in televisione, che crea una massa quasi illimitata di potenziali malati. Immaginarli - i più, per fortuna loro - ma che intanto vivono e si comportano da malati che si angosciano: si tastano, si scrutano, prestano una attenzione ossessiva al funzionamento meccanicistico del proprio organismo e ne descrivono supposti fantasiosi malfunzionamenti.

Persone che fino al precedente inserto erano sane come pesci, di colpo si ritrovano ad affollare ambulatori, a raccontar malanni ad ogni conoscente che capita a tiro, a riavvicinarsi - non si sa mai - alla fede. A forza di voler sapere tutto - e tutto non solo su ciò che in realtà uno ha, ma anche su ciò che potrebbe avere - niente si tiene più sotto controllo.

Internet è il moderno vaso di Pandora, la croce e la delizia del malato immaginario. C'è persino un sito dove compilando una scheda - "Ricerca malattie da sintomi", (www.sanihelp.it/malattie/sintomi-malattie/) - se si inserisce un sintomo il sito ci svela di quale male soffriamo: "Per trovare la malattia partendo dai sintomi compila il modulo inserendo almeno un sintomo". Si possono inserire un massimo di cinque sintomi per "arrivare a una migliore definizione della malattia".

L'inserto salute (si fa per dire) di un quotato quotidiano nazionale riporta un box sotto ogni articolo: "Dopo aver letto questo articolo mi sento divertito, indignato, preoccupato, triste, soddisfatto". Così mi fiondo su un articolo ad alto tasso di preoccupazione

indotta dalla lettura. In effetti già dal titolo si preannunciano sciagure "Cuore a rischio per gli uomini che saltano la colazione" e si spiega che saltare la colazione porta negli uomini a un aumento del 27% del rischio cardiovascolare. Caspita, mica poco. Poi, leggendo il lavoro originale, risulta che nella categoria di chi salta la colazione rientrano con maggiori probabilità fumatori, single, consumatori di alcol, persone sedentarie, tutti noti fattori di rischio cardiovascolare. Non è per caso che ciò che fa male ai digiunatori non è saltare la colazione ma fumare, bere alcool o poltrire per ore davanti alla TV? Classico caso di fattore confondente, ben noto in epidemiologia clinica, probabilmente sconosciuto agli estensori di queste notizie.

Si cercano intanto - ossessionati su come preservarci da tutto - consolazioni e soluzioni. In tempo di solleone e di temperature africane (d'accordo, l'estate è passata, ma conservate l'inserto che i buoni consigli non hanno scadenza) può essere di aiuto il "Decalogo per affrontare l'afa" pubblicato da un altro noto

quotidiano nazionale, per evitare i colpi di calore o quantomeno per goderci l'estate. Diamo un'occhiata curiosa, magari si imparano cose che non sapevamo. Il primo consiglio ci riporta immediatamente alla realtà. "Non uscire nelle ore più calde": come non averci pensato prima. Secondo consiglio: "indossare abbigliamento leggero". Certo, il cappotto d'estate è opportuno non indossarlo. Terzo consiglio: "rinfrescare l'ambiente domestico o di lavoro". Perbacco!

"Quando si deve entrare in un'auto parcheggiata al sole è necessario aprire i finestrini e gli sportelli prima di sedersi nella vettura": a meno di disporre di una decapottabile è veramente difficile entrare in un'auto senza aprire lo sportello e quando la zaffata d'aria bollente proveniente dall'interno ti raggiunge in pieno, abbassare i finestrini è un'azione talmente naturale che non serve il consiglio dell'esperto. Infine l'apoteosi dell'ovvio: "fare bagni e docce con acqua tiepida o bagnarsi viso e braccia con acqua fresca". Acqua fresca. Appunto.

Rubrica di medicina generale

RISPARMIO? NO, GRAZIE (NON PAGO IO)

Negli ultimi anni, i medici sono sempre più coinvolti, in modo più o meno “forzato”, nel controllo della spesa sanitaria. Anche i pazienti sono sempre più incoraggiati nell’impegno di contenere l’aumento dei costi dell’assistenza sanitaria, evitando esami inutili, promuovendo l’acquisto di farmaci generici e riducendo le visite al Pronto soccorso, per fare alcuni esempi.

La speranza è che un paziente più consapevole e più impegnato nelle decisioni sanitarie sappia scegliere le opzioni che possono promuovere una salute migliore e al contempo diminuire i costi.

La domanda che sorge spontanea è chiedersi in che misura i cittadini-pazienti, notoriamente carenti di competenze tecniche nel campo, possano essere in grado di esprimere preferenze circa l’utilità o la futilità di tali prestazioni quando ne sono direttamente interessati, e ancora, in che misura essi non percepiranno l’invito a limitare l’uso di una prestazione inappropriata come un razionamento implicito. Gli sforzi per rendere i pazienti partecipi e consapevoli, danno per scontato che essi vedano con favore - o per lo meno siano disposti ad accettare - un maggior coinvolgimento nelle decisioni di cura. Impressioni personali, tuttavia, corroborate da un recente studio della rivista americana *Health Affairs*, non sembrano dare riscontri positivi in questo senso: la maggioranza dei pazienti non considera che il costo degli interventi terapeutici (siano essi farmaci, interventi chirurgici, riabilitativi, preventivi) sia un fattore da prendere in considerazione quando si prendono decisioni sulla propria salute, né vogliono che siano i medici a farlo.

Lo studio ha esaminato gli atteggiamenti di 211

partecipanti a 22 focus group tenuti a Washington DC, in California. I 211 soggetti (curati con piani assicurativi) sono stati intervistati per esaminare la loro disponibilità a discutere di costi sanitari con i medici e prendere in considerazione i costi al momento di decidere tra opzioni cliniche sovrapponibili. Dalla trascrizione delle interviste emergono quattro chiari ostacoli che limitano fortemente l’effettiva partecipazione e condivisione dei pazienti nei dei loro percorsi diagnostico-terapeutici:

1. “tenere conto dei costi”: la maggioranza dei pazienti ha dato una preferenza per ciò che percepisce come la migliore cura, senza badare a spese;
2. inesperienza nel valutare il costo/beneficio di un intervento terapeutico;
3. mancanza di interesse per i costi sostenuti dalle assicurazioni e dalla società nel suo insieme;
4. comportamento “non cooperativo”, in cui le persone agiscono nel proprio interesse personale, anche se riconoscono che, così facendo, si consumano risorse pubbliche non illimitate.

Superare questi ostacoli richiede sforzi non indifferenti, che non potranno probabilmente prescindere da un importante e duraturo intervento di “*empowerment*” della società civile. Oltre a una politica sanitaria di tipo strutturale (che è quella che normalmente si fa per adattare strutture e servizi alle risorse disponibili), c’è un urgente bisogno anche di una politica sanitaria di tipo “culturale”, fondata sulla comunicazione pubblica istituzionale e sul *marketing* sociale,

soprattutto sul versante della educazione/informazione del paziente per spostare l’attenzione del pubblico anche verso i costi dell’assistenza sanitaria.

Sono necessari, pertanto, anche nuovi modelli di formazione per preparare i medici a discutere di costi con i loro pazienti. Le sole politiche di “condizionamento” (quando non di costrizione) della attività clinica dei medici alla ricerca del risparmio e della “appropriatezza”, quando queste sono chiaramente rigettate dai pazienti sono destinate a produrre poco risparmio e mol-

to contenzioso. Chi ci governa (a tutti i livelli di decisione) deve rendersi conto che ricondurre le attese dei cittadini alla realtà dell’evidenza e ridurre il consumismo inadeguato da parte della popolazione è una operazione principalmente politica e non meramente tecnica.

Marco Grassi

Bibliografia

Sommers R. et al. Focus Groups Highlight That Many Patients Object To Clinicians’ Focusing On Costs *Health Aff February 2013 vol. 32 no. 2 338-346*

Semiseria... mente



di Mauro Giovanardi

FENOMENOLOGIA (BREVE) DEL "PATACA"

Affascinato dalla potenza evocativa del dialetto nel descrivere sintomi e malattie, accarezzo da tempo l'idea di raccogliere in maniera sistematica parole e modi di dire attinenti alla medicina e al tema della salute.

Mi si potrebbe dire che non c'è niente di originale, altri lo hanno già fatto e con ottimi risultati: la recensione del libro *Guarì Guaross* che ho scritto sul n. 2 de *Il Notiziario* del 2012, ne è una dimostrazione.

Ma credo che ciò che legittima nuovi tentativi sia il punto di partenza o meglio il punto di vista.

Non ho pretese di scientificità da glottologo, né di sistematicità da catalogatore.

Io, lo confesso, al suono del dialetto, alla cadenza e alla tonalità di certi miei pazienti, mi diverto.



di Luigi Casadei

Il mio punto di partenza è il piacere dell'ascolto e del recupero di una battuta, magari da condividere con chi a sua volta abbia parole, modi di dire e aneddoti da raccontarmi.

E, a proposito di parole, credo che l'espressione dialettale per eccellenza, quella che racchiude la maggior ricchezza di sfumature di significato sia la parola "pataca".

A seconda del contesto e del tono con cui viene profferita, *pataca*, può essere il modo confidenziale e affettuoso di apostrofare un amico, quasi un buffetto «*Dai, non fare il pataca*» o l'offesa bruciante che chiude con disprezzo un diverbio «*te t'cè un gran pataca* (sei un grandissimo pataca)».

Pataca è un modo di essere, una categoria trasversale, che si incontra in ogni ambito della civile convivenza e che prescinde dall'età, dal livello culturale, dal sesso, anche se la parola, va detto, sarebbe maschile e quando usata al femminile assume generalmente il significato piuttosto volgare della *sineddoche* (si veda in proposito il *Dizionario Romagnolo* del Quondamatteo): ma da un punto di vista sociologico, che è quello che ci interessa, si può essere maschi, femmine, giovani, vecchi, emeriti ignoranti o coltissimi *pataca*.

Il prototipo del *pataca*, in termini generali, è quello che "*lui parla perché ne capisce*" e la cosa sbalorditiva è che "*lui*" ne capisce di tutto. Non c'è argomento su cui il *pataca* non abbia un'opinione, che esterna con incrollabile sicurezza: il *pataca* sentenzia e, no (!), non si confronta, non ammette contraddittorio perché solo la sua è l'opinione giusta e tutti gli altri o sono d'accordo con lui, e gli danno ragione, o sono, appunto, dei poveri *pataca* che non sanno e non capiscono. In sanità il genere trova ampia rappresentanza sia fra i pazienti che fra gli operatori, siano essi medici, infermieri o amministrativi. Per non sembrare di parte cominciamo pure dai medici.

Il *pataca-medico* per eccellenza è "*l'animale da congresso*", terreno nel quale il *pataca* scorrazza libero come un *mustang* nella prateria, vestendo, indifferentemente, ora il manto bianco del relatore che porta in giro le proprie o altrui casistiche (citate in eleganti diapositive preparate spesso da qualche solerte, speranzoso, povero *pataca* illuso dal miraggio di carriera accademica), ora il manto pezzato del *discussant* (che ha sempre qualche pertinentissima osservazione fatta opposta per offrire il destro a qualche pertinentissima risposta), ora il baio manto del congressista, che non perde occasione per infilare una non-domanda fatta apposta per far capire che sull'argomento la sa lunga e avrebbe potuto benissimo farla lui, la relazione.

Altro bel *pataca-medico* è il "*demandatore*", quello che visita e/o referta, descrive, ma non conclude, rimbalzando il paziente ad altri esami, altri specialisti e al "*torni quando ha fatto tutto*", sperando che il malcapitato paziente si perda o si scoraggi nelle attese di un *tour* sfiancante e non ritorni mai.

Il prototipo del *pataca-amministrativo* è quello "*che non è compito suo*". Tutto compreso nel suo ruolo, incapace di intelligenza risolutiva o deciso a scansare ogni personale coinvolgimento, si arroccerà in cima alle sue "competenze" rimbalzandovi a un altro ufficio, un altro sportello, purché diverso dal suo, dove dovete solo sperare di non incappare in un altro *pataca*.

Dulcis in fundo, il *pataca-paziente*: poiché ognuno di noi è stato o sarà, prima o poi, paziente – persino i medici, gli infermieri, gli amministrativi – questa è senza dubbio la categoria più trasversale di tutte.

Gli esempi, in ragione di questa ampia trasversalità, potrebbero essere numerosi.

Mi limiterò a citarne tre.

Per primo quello che "*io ho diritto perché pago le tasse*": in un Paese come il nostro in cui pagare le tasse per intero – a meno che non si sia

lavoratori dipendenti – è considerato, appunto, da *pataca*, l'affermazione è quantomeno temeraria e, nella grande maggioranza dei casi, spudorata. E non mi dilungo oltre.

Poi quello che *"mo alora us fa in temp a muri"* (allora si fa in tempo a morire), anche se l'attesa è per un'unghia incarnita o una verruca.

Infine quello che non ha tempo da perdere perché *"io c'ho l'attività"*, come se tutta l'organizzazione sociale, si badi bene non solo la sanità, in una sorta di Sistema Tolemaico, dovesse ruotare intorno alla sua bottega.

Conclusione: se qualcuno si è riconosciuto in una qualunque delle categorie citate me ne dispiace, ma non è colpa mia: si faccia un esame di coscienza e veda se può far qualcosa per distaccarsene. Io stesso, rileggendomi, non posso assolvermi, avendo fatto parte in qualche occasione di una o più di esse.

E chi è senza peccato...



Medici ma non solo

INVITI SIBILLINI



di Luigi Casadei

Poco più di dieci chilometri la separano da Montefalco: lungo le pendici del colle, Trevi sembra liquefarsi come un gelato che si scioglie. Ed è così che l'agglomerato urbano scivola verso valle, circondato dai boschi e dagli ulivi sempiterni.

Il Duomo dedicato a Sant'Emiliano, che di Trevi fu il primo vescovo e venne qui martirizzato nel 304, svetta nel punto più alto del borgo. Dell'antico edificio, restano le absidi sottratte alla ricostruzione ottocentesca: una di queste, all'interno, conserva affreschi dal Melanzio, che già incontrammo a Montefalco. Di Trevi vale la pena di visitare la piccola ma preziosa pinacoteca allestita nel convento di San Francesco, annesso all'omonima importantissima chiesa.

Qui sono custodite opere di Pinturichio e dello Spagna, e altre di scuola umbra dei secoli XIV e XV, provenienti in larga parte dall'antico palazzo comunale e dalla chiesa della Madonna delle lacrime. Quest'ultima è una costruzione rinascimentale situata fuori dall'abitato, lungo la strada che conduce alla via Flaminia. Al suo interno contiene celebri affreschi dello Spagna e dell'immane Perugino, che qui dipinse una delle sue ultime opere: la cappella dei Magi (1522), incorniciata ai lati dalle figure dei santi Pietro e Paolo.

Tornando al convento di San Francesco, nel medesimo complesso hanno sede il museo della civiltà dell'olivo e il museo della città e del territorio. A proposito dell'olivo, in prossimità dell'abbazia di Bovara, sorge in Trevi un esemplare davvero speciale, che ha resistito alle gelate e alle galaverne ed è oggi protetto e recintato. Si tratta di una imponente pianta, da sempre conosciuta come l'olivo di Sant'Emiliano: supera abbondantemente i 1700 anni, poiché secondo studi e censimenti sarebbe l'albero a cui il santo, fu legato per essere messo a morte.

Panorama di Trevi



Infine un altro breve accenno enologico. Pensavo che il trebbiano prendesse nome dalla val Trebbia (dall'omonimo affluente di destra del Po). Qui a Trevi, l'antica Trebia dei latini, sostengono invece che Trebianus è l'aggettivo che qualifica l'origine in questo luogo. E in effetti, dai vitigni di questa zona, si produce un vino leggero, da pasto: il trebbiano di Trevi, appunto.

Discesi al piano abbiamo due possibilità. Raggiungere Spello o, in direzione opposta, puntare verso le fonti del Clitunno e Spoleto. Nel presbitero del duomo di Spoleto, città nota e bellissima, c'è un ciclo di affreschi di Filippo Lippi, che da solo vale il viaggio. Un po' prima, le fonti del Clitunno, costituiscono una sosta romantica molto celebrata. Di questi specchi formati dall'acqua che sgorga cristallina, e del tempietto dell'VIII secolo, poco distante, già cantarono Virgilio, Byron e Carducci. Si potrebbe definire un luogo struggente e senza tempo... eppure il nostro tempo è anche scandito dall'annesso ristorante, dai pullman turistici, dal biglietto d'ingresso... Vi invito allora a Spello, forse meno conosciuta, eppure splendente per le preziose opere pittoriche che potrete ammirare. La piccola cittadina è ancor oggi cinta da mura romane, sulle quali s'aprono le porte d'accesso al borgo. La più suggestiva, Porta Venere, fu edificata in età augustea e successivamente racchiusa entro l'abbraccio di due imponenti torri romaniche dodecagonali.

A Santa Maria Maggiore (secoli XI-XIII) siamo sopraffatti dalla quantità e dall'eccellenza delle opere d'arte raccolte in un tanto minuscolo e sperduto forziere. Sebbene non manchi anche qui, ai lati del presbitero, il contributo del Perugino, non vi sottopongo l'elenco completo delle cose da ammirare: semplicemente venite! E riempitevi gli occhi (e lo spirito). Qualche cenno alla Cappella Baglioni è tuttavia necessario. Nel 1501, il Pinturicchio, dipinse la cappella a sinistra dell'entrata, su commissione di Troilo Baglioni, futuro vescovo di Perugia, effigiato negli affreschi a lato di una figura che mostra un sacchetto



Pinturicchio: le volte della Cappella Baglioni, Spello

di monete, probabile compenso per l'artista. Nella seconda metà del secolo, il pavimento fu impreziosito dalle maioliche della vicina Deruta. Le scene sulle pareti illustrano: l'Annunciazione (dove sotto la grata a destra, il pittore firma l'opera e il suo autoritratto), l'Adorazione dei pastori e la Disputa di Gesù coi dottori del tempio. Nelle volte del soffitto, assise su troni, campeggiano quattro Sibille: Tiburtina, Europea, Samia ed Eritrea. A quest'ultima viene attribuito il vaticinio: "Dal cielo verrà un futuro re dei secoli, che una vergine ebrea, di nobile stirpe, porterà" Poi? Corriamo: c'è ancora del Pinturicchio da vedere in Sant'Andrea, e meritano anche le chiese di San Claudio e San Lorenzo, e la piccola ma suggestiva pinacoteca, di recente riallestita... Sono inviti alla visita del tutto arbitrari, l'ho già confessato in altre occasioni. Se alla fine mi chiedete perché, posso solo rispondervi con un *sibillino*: «Perché no?».

Recensioni



PREPARAZIONE ATLETICA E RIABILITAZIONE Fondamenti del movimento umano Scienza e traumatologia dello sport - Principi di trattamento riabilitativo

Questo corposo trattato edito da "Edizioni Medico Scientifiche" è il risultato di molti anni di fatiche del nostro concittadino Davide Carli, già atleta d'alto livello e attuale preparatore atletico, chinesologo e tecnico degli sport di combattimento. Coautrice la

fisioterapista e osteopata Silvia Di Giacomo.

Perché recensire questo libro nel nostro *Notiziario*?

Il perché è presto detto: il libro nasce a Rimini dalle fatiche di un riminese, con la collaborazione di numerosi medici riminesi di nascita o di adozione, patrocinato dal Comune di Rimini, dall'Università di Camerino, della Repubblica di San Marino, dalla Scuola di Scienze Motorie dell'Università di Urbino.

Gli argomenti trattati spaziano, dai principi di anatomia muscolo-scheletrica alla preparazione atletica, nutrizione ed equilibrio psico-fisico, chirurgia, chinesologia e cenni di riabilitazione.

Gli Autori e Collaboratori sono 65, fra cui ortopedici che operano sia nel nostro territorio che in ambito nazionale quali i colleghi: G. Porcellini, R. Luchetti, F. Cattani, L. Ponziani, P.P. Canè, F. Campi, R. Cozzolino, F. Di Caprio, E. Davide, M. Fravisini, D. Ghinelli, M. Gigli, A. Ricci, O. Soragni, A. Lelli. Ricordo anche i radiologi F. Denicolò e D. Gardenghi, il medico sportivo T. V. Mazza, la patologa G. Raffaelli, il chirurgo plastico A. Ricci, e in ultimo il sottoscritto E. Rastelli, che ha trattato le problematiche inerenti l'atleta diabetico. Numerosissimi i colleghi, che hanno collaborato, di università prestigiose che non cito per brevità.

Ventisette capitoli, settecentosettantanove pagine riccamente illustrate con schemi e fotografie a colori.

Il libro è destinato a essere un testo di riferimento per i preparatori atletici e per chi si interessa di attività sportiva, sia amatoriale che agonistica.

Un augurio di numerose ristampe e successive edizioni.

Per informazioni www.davidecarli.com

IL RESTO DEL LETTINO Psicoanalisi e vita quotidiana



Non mi sottraggo, se pure con pigro notevole ritardo, all'invito dell'amico psichiatra e psicoanalista Angelo Battistini di recensire il suo ultimo libro *Il Resto del Lettino - psicoanalisi e vita quotidiana*, Editore Guaraldi. Il volume raccoglie, rielaborati e raggruppati per argomenti, gran parte degli articoli pubblicati settimanalmente sulle pagine de *il Resto del Carlino* di Rimini dal lontano 2002, in una rubrica di divulgazione molto seguita e apprezzata dai lettori del quotidiano intitolata, non a caso, *La città sul lettino*.

Prendo lo spunto da... Aristotele. Non che Aristotele c'entri più di tanto con la psicoanalisi (anche se di psicologia si è occupato), ma per il fatto che sia lo Stagirita che Sigmund Freud hanno dato forma e sostanza a un "sistema" mirabilmente pretenzioso nel dare una visione globale dell'uomo e del mondo fisico, da una parte, dell'universo mentale dall'altra. Nessuno dei due, pur grandissimi, ha retto alla prova del tempo, ma hanno costruito sistemi così ben strutturati da influenzare per molti, troppi anni,

le umane scienze, bloccandone l'evoluzione per eccesso di autorevolezza. Chi contraddiceva Aristotele era un eretico, chi metteva in discussione Freud e la psicoanalisi, un rozzo povero di spirito. L'"*ipse dixit*" ha fatto da freno in ambo i casi al progresso scientifico, pur restando grande il loro ruolo nella storia del pensiero.

Torniamo al libro di Angelo Battistini. È letteratura? È solo giornalismo di divulgazione scientifica? Direi che prevale la dimensione tecnica e professionale su quella puramente letteraria, anche se, paradossalmente, la psicoanalisi freudiana, a mio giudizio, è più letteratura che scienza, una disciplina in cui è la parola che media sia il processo diagnostico che la terapia, e non regge alle verifiche imposte dal metodo galileiano. Non è accettabile poi che, per uscire da una situazione di disagio psichico, ci si debba sottoporre a mesi, anni, di trattamento psicoanalitico con costi elevati e risultati discutibili. Tornando al libro, debbo dire che la lettura è piacevolissima, la scrittura è di grande qualità, la scelta dei temi, l'analisi degli eventi e dei comportamenti umani, sono coinvolgenti e portano spesso a condividere i giudizi dell'Autore. Di fatto il "buon senso", quando prevale, è fondo comune al pensiero umano, qualunque siano i presupposti culturali. Mi fermo. Se fossi uno scrittore vero riuscirei ad andare avanti scrivendo in maniera convincente anche di cose che non conosco. Purtroppo, o per fortuna, non è così.

Franco Magnoni

Ricordando i colleghi

PROF. RENATO PONZONI
(3.9.1923 - 7.7.2013)



Prof. Renato Ponzoni
(3.9.1923 - 7.7.2013)

Ho conosciuto Renato Ponzoni alla fine del 1981. La Sanità, in quegli anni, stava portando a compimento la grande riforma del 1978. Mi colpì subito per la straordinaria forza di carattere e la passione che metteva nel lavoro, caratteristiche che, congiunte ad una profonda cultura, lo rendevano un protagonista della Sanità riminese.

Un colloquio di pochi minuti bastò per capire che Renato Ponzoni sarebbe diventato per me un punto di riferimento e una sicura guida professionale.

Renato Ponzoni che per tutti noi era "il Professore", era modenese di nascita e di laurea, che ottenne nel 1947 con lode.

Amava la sua terra e la sua città natale di cui spesso parlava, ricordando gli anni difficili della Seconda guerra mondiale quando era studente in medicina, e alcune estati quando, giovane medico, andava a sostituire i medici condotti o a lavorare al sanatorio di Gaiato (località sugli Appennini modenesi).

Iniziò la carriera universitaria nel 1948 presso l'Istituto di Farmacologia a Milano, poi si trasferì presso l'Istituto di Microbiologia di Modena e infine presso l'Istituto di Igiene della medesima città dove rimase fino al 1954.

Conseguì quattro specializzazioni in: Igiene, Malattie Infettive, Medicina Legale e Otorinolaringoiatria.

Lasciò l'Università per assumere l'incarico di Primario del Laboratorio provinciale di Reggio Emilia dove rimase fino al 1965.

Furono anni intensi e felici: sposò Carla, la compagna di una vita, nacquero i due figli che amava profondamente e vinse una borsa di studio per frequentare l'*Institut Pasteur* in Francia dove rimase per quasi un anno.

Dell'esperienza francese parlava spesso con orgoglio e la considerava un fiore all'occhiello della sua preparazione.

Nel 1965 vinse il concorso per Ufficiale Sanitario del Comune di Rimini e arrivò così nella nostra città dove rimase definitivamente.

Trovò una città in pieno sviluppo turistico-economico ed edilizio, con la popolazione in tumultuoso aumento. I problemi per chi si occupava di igiene non mancavano.

Curò gli aspetti igienistici della costruzione del primo depuratore di Rimini, della Centrale del latte, dei mercati alimentari all'ingrosso.

In quegli anni il tasso di mortalità infantile a Rimini diminuì notevolmente.

Pretendeva molto da se stesso e anche da noi e i "rimproveri" memorabili che giungevano erano sempre legati alla sua elevata aspettativa nei nostri confronti, alla qualità del nostro lavoro, al nostro modo di rapportarci tra noi e con il personale infermieristico e tecnico.

Nel 1988 venne chiamato dal Ministro della Salute a far parte del Consiglio Superiore di Sanità a Roma. Ciò rappresentò il degno riconoscimento di una carriera brillante orientata all'applicazione dei principi che reggono la sanità pubblica.

Lasciato il servizio nel 1991, diresse per alcuni anni l'Ospedale di San Marino, poi fu presidente della sezione di Rimini della "Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori" e successivamente presidente della sezione di Rimini della FEDER-SPEV. Da sempre era iscritto al *Lions*, apparte-

nenza di cui andava fiero.

C'è però un altro aspetto della figura del prof. Ponzoni che è doveroso menzionare: si tratta del "senso delle istituzioni", della concezione "etica della responsabilità" che si assume, con il ruolo, verso gli enti di appartenenza, le loro finalità, i loro apparati, i loro utenti.

Renato Ponzoni ha sempre onorato tale responsabilità con l'impegno a privilegiare sempre il bene comune rispetto ai vantaggi personali, l'interesse superiore rispetto agli interessi particolari.

E questo ha sempre insegnato a tutti noi.

Tali principi sono ancora più importanti oggi. È in questi tempi difficili di attacchi ripetuti alla sanità pubblica, quando l'opinione pubblica è indotta a credere che la sanità sia fatta da molti disonesti, che bisogna praticare una buona "etica della responsabilità".

Se in questo momento il "Professore" fosse qui, credo che esprimerebbe tutta la sua soddisfazione.

Francesco Toni



*Dott. Franco Bartolotti
1921 - 2013*

DOTT. FRANCO BARTOLOTTI (1921 - 2013)

Quando gli ricordavano la somiglianza a *Kirk Douglas senior*, sorrideva compiaciuto.

Con un tocco di civetteria faceva risalire il suo interesse per la numismatica vaticana a Clemente XVI, papa Ganganelli, entrambi figli di medici condotti di Santarcangelo. Col tempo era diventato un famoso studioso conosciuto per la sua opera *La medaglia annuale dei romani pontefici*, in occasione della cui pubblicazione, fu ricevuto anche dal pontefice Paolo VI.

Accanto allo storico, al collezionista, viveva il "futurista", l'uomo del Novecento, affascinato dalla velocità, dalle corse in automobile, dalle 1000 Miglia, dal mito di Nuvolari. Merito o colpa di uno zio di Fossombrone che lo aveva irretito mettendolo al volante, ancora ragazzetto, della sua rossa auto sportiva.

Faceva parte del gruppo di liceali andato a scuola con Fellini, compagno di scuola di Ugo Gobbi e Maria Luisa Zennari.

Era solito ricevere gli amici nello studiolo della casa di Covignano, affollato di carte e libri.

Sembrava di toccare con mano la storia tra una pergamena firmata da Sigismondo Malatesta, una lettera autografa di Murri, uno scudo d'argento fuso da Cellini durante il sacco di Roma, il biciclo francese antesignano delle biciclette. Era un grande raccoglitore di cose belle e preziose, compulsivo come tutti i collezionisti, sempre veloce nei gesti e nei pensieri, quasi a recuperare il tempo di una stagione della gioventù rubatagli dalla guerra. La stessa fretta e voglia di vivere della sua città, Rimini, indaffarata a ricostruirsi dopo il passaggio del fronte e ritratta nei bellissimi fotogrammi del documentario girato in quegli anni dal dottore e col commento dell'amico e collega Tino De Giovanni.

Erano anche i primi anni della professione, dopo la laurea a Bologna e la specializzazione in odontoiatria, esercitata sempre nel suo studio di piazza Tre Martiri. Era uno degli storici dentisti della città.

È mancato dopo una lunga infermità, senza più la capacità di ricordare e lontano dalle sue collezioni. Unanime il cordoglio anche nel mondo della numismatica.

Gianni Morolli

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

Scuola di Etica Medica di Rimini

II Corso di alta specializzazione di etica medica

Programma

SEDE DEL CORSO

Sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini
Via Flaminia, 185/B - 47923 Rimini (RN)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dott. Massimo Montesi
Direttore Scuola di Etica Medica di Rimini
Dott. Melchisede Bartolomei
Segretario Scuola di Etica Medica di Rimini

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini - Via Flaminia, 185/B - 47923 Rimini (RN)
Tel. 0541.382144 e.mail: info@omceo.rn.it
Fax: 0541.382202 sito: www.omceo.rn.it

Mod.2 ETICA E DIRITTO

Venerdì 11 ottobre 2013

- 15.00 - 16.00** Il conflitto di interessi in salute (ricerca medica e letteratura scientifica) - *Giovanni Peronato/ Guido Giustetto*
- 16.00 - 17.00** Cosa ci hanno insegnato le vicende dei farmaci ritirati dal commercio
Giovanni Peronato
- 17.00 - 17.15** Pausa lavori
- 17.15 - 18.15** La promozione farmaceutica - *Guido Giustetto*
- 18.15 - 19.15** Discussione

Sabato 12 ottobre 2013

- 9.00 - 10.00** Profili di bioetica giuridica e costituzione
Andrea Morrone
- 10.00 - 11.00** Aspetti Medico legali in tema di responsabilità professionale - *Susi Pelotti*
- 11.00 - 11.15** Pausa lavori
- 11.15 - 12.15** Codice e diritto - *Filippo Andreini/ Massimo Bianchi*
- 12.15 - 13.15** Discussione ai fini ECM

Mod.4 CURARE... COME E QUANDO

Venerdì 8 novembre 2013

- 15.00 - 16.00** Medicine Convenzionali e Non Convenzionali
Paolo Roberti di Sarsina
- 16.00 - 17.00** Rischio clinico - *Nunzia Boccaforno*
- 17.00 - 17.15** Pausa lavori
- 17.15 - 18.15** Il dolore sintomo e malattia: una sfida di scienza e governo clinico
William Raffaeli
- 18.15 - 19.15** Discussione

Sabato 9 novembre 2013

- 9.00 - 10.00** Inizio e fine della vita tra etica e diritto
Michele Sesta
- 10.00 - 12.00** Paradigmi a confronto - *Chiara Mantovani/ Giovanni Fornero*
- 12.00 - 12.15** Pausa lavori
- 12.15 - 13.15** Discussione ai fini ECM

Mod.1 ETICA E PROFESSIONE

Venerdì 20 settembre 2013

- 15.00 - 15.15** Saluto del Presidente dell'Ordine
Maurizio Grossi
- 15.15 - 15.45** Introduzione e obiettivi del corso
Massimo Montesi
- 15.45 - 16.45** Aggiornamento e formazione
Roberta Chersevani
- 16.45 - 17.00** Pausa lavori
- 17.00 - 18.00** Perché l'Ordine, perché il Codice
Maurizio Benato
- 18.00 - 19.00** Discussione

Sabato 21 settembre 2013

- 9.00 - 10.00** Etica e deontologia medica - *Sara Patuzzo*
- 10.00 - 11.00** Etica ed economia sanitaria - *Roberto Lala*
- 11.00 - 11.15** Pausa lavori
- 11.15 - 12.15** Etica, sperimentazione ed evoluzione tecnologica
Mario Nereo Marzaloni
- 12.15 - 13.15** Discussione ai fini ECM

Mod.3 ETICA E COMUNICAZIONE

Venerdì 18 ottobre 2013

- 15.00 - 16.00** Comunicazione in sanità - *Giovanni Bonadonna*
- 16.00 - 17.00** Rapporto medico paziente minore - *Elena Nave*
- 17.00 - 17.15** Pausa lavori
- 17.15 - 18.15** Il consenso informato: un aspetto paradigmatico della professione - *Pierantonio Muzzetto*
- 18.15 - 19.15** Discussione

Sabato 19 ottobre 2013

- 9.00 - 10.00** Modelli clinici e profani di una relazione terapeutica
Aldo Pagni
- 10.00 - 11.00** Rapporto medico/paziente - *Claudio Borghi*
- 11.00 - 11.15** Pausa lavori
- 11.15 - 12.15** Tavola rotonda - *Stefano Falcinelli, Maria Gabriella Pesaresi, Giancarlo Pizza, Sergio Stefoni, Melchisede Bartolomei*
- 12.15 - 13.15** Discussione ai fini ECM

Mod.5 L'EVOLUZIONE DEL CODICE DEONTOLOGICO

Venerdì 22 novembre 2013

- 15.00 - 16.30** Storia dei codici - *Sara Patuzzo*
- 16.30 - 16.45** Pausa lavori
- 16.45 - 18.15** Presente: il nuovo codice deontologico
Amedeo Bianco
- 18.15 - 19.15** Discussione

Sabato 23 novembre 2013

- 9.00 - 10.30** I comitati etici - *Mario Picozzi/ Don Renzo Pegoraro*
- 10.30 - 10.45** Pausa lavori
- 10.45 - 12.15** Il Comitato Etico Area Vasta e IRST
Stefano Cascinu
- 12.15 - 13.15** Discussione generale e chiusura del corso
Massimo Montesi

TUMORE AL SENO: NOVITÀ SCIENTIFICHE E IMPEGNO SOCIALE: L'ESPERIENZA DI SANTARCANGELO DI ROMAGNA

19 ottobre 2013 - Sala del Lavatoio di Santarcangelo di Romagna

Segr. Scientifica: dott. Tommaso Fogacci e-mail: tfogacci@auslrn.net

.....

IV CORSO TEORICO DI AGGIORNAMENTO PER ASSISTENTI DI STUDIO ODONTOIATRICO

25 Gennaio 2014 – Hotel Sporting di Rimini

Segr. Scientifica: dott. Marco Magi tel. 0541.644512

e-mail: marco.magi@sioh.org

Segr Organizzativa: DEAdent – tel 0543.31370

e-mail :info@deadent.it

Presso la Segreteria dell'Ordine sono disponibili i programmi degli eventi

Spazio Ammi

CONFERENZA

Lunedì 20 Maggio alle ore 16 presso la sala conferenze dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della provincia di Rimini, l'AMMI ha invitato il dott. Girolamo Buono, valente urologo della nostra città, a parlare di "Cistite: un problema al femminile".

Il dott. Buono, ha parlato di fronte a un folto uditorio, chiarendo il significato della cistite come

AMMI A CAMALDOLI

Mio marito (ancora affezionato a quei luoghi dove effettuò i campi scout nei lontani anni Sessanta) ha avuto l'idea: «Perché non andare lassù per una gita cultural-naturalistico-religiosa?». L'idea è piaciuta: chi non saliva a Camaldoli da 20 e chi da 40 anni, chi ci va almeno una volta all'anno (come noi) e chi non c'era mai stato... tutti avevano un motivo per partecipare alla gita.

Così sabato 22 giugno un autobus pieno di "amine", coniugi, famigliari e qualche amico, alle 8 e 30 è partito lasciando una Rimini infuocata dalla prima ondata di caldo dell'estate 2013.

Avevamo a bordo i relatori: il dott. Andrea Santangelo, storico e scrittore, ci ha raccontato durante il viaggio della nascita e dello sviluppo dei vari ordini monastici, dalle origini della cristianità fino al Medioevo e oltre, soffermandosi sulla fondazione e valorizzazione da parte di san Romualdo e dei frati francescani di quella magnifica parte di Casentino ora chiamata Foresta di Camaldoli e che fu interamente piantata dai frati.

Grande sorpresa, durante la visita all'Eremo, così semplice ed essenziale, è stata per noi entrare in una chiesa barocca splendente di stucchi dorati di ricchissima fattura e con un magnifico altare dei fratelli Della Robbia.

Abbiamo poi pranzato nel refettorio della fore-

sintomo e non come malattia e sottolineando l'importanza della ricerca delle cause e dell'attenzione all'igiene per prevenirla.

Animatissima la parte conclusiva di dibattito, arricchita da osservazioni dei medici presenti intervenuti al fianco delle mogli o iscritti alla FEDERSPEV, invitata a partecipare all'iniziativa.

steria con "quel che passa il convento", cibo sano ed essenziale, per recarci subito dopo nella biblioteca, dove la dott.ssa Laura Dolce, esperta in erboristeria, ci ha informati sulla farmacopea medioevale, sulle pratiche antiche e la riscoperta moderna delle cure a base di erbe. Dopo i ringraziamenti ai nostri eccellenti relatori ci siamo spostati a piedi per visitare la Antica Farmacia dei monaci camaldolesi. Ricostruita assieme all'ospedale (che funzionò fino ai primi anni del 1800) dopo un incendio del 1276 e ultimata con i magnifici armadi intagliati in legno nel 1540, la struttura mostra tutta la sua bellezza e grandiosità e ci conferma quanto detto dal dott. Santangelo sull'importanza, in età passate, di quei luoghi che ora ci sembrano così isolati e fuori dal mondo.

Il pomeriggio è proseguito con una passeggiata in libertà: chi si è avventurato fra i castagni alla ricerca di antichi bivacchi, chi si è fermato all'ombra nei caffè all'aperto e qualche sportivo si è concesso anche una corsetta... con calzoncini e maglietta.

Bella giornata per tutti, rientro a casa senza troppi intoppi... anche se, in un'altra occasione, non parcheggiovamo le auto vicino allo stadio, da cui era partita una manifestazione poco prima!

Alessandra Babini Corvetta

Variazione agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 01 LUGLIO 2013

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa GHATTAS Lara	trasferimento da Ancona
dott. ITALIANO Francesco	trasferimento da Palermo
dott.ssa LO PRESTI COSTANTINO Loredana	trasferimento da Messina
dott.ssa REGGIANI Celeste	di Rimini
dott. RINALDI Antonio	trasferimento da Pesaro Urbino

Nulla Osta al trasferimento:

dott. CALISESI Enrico Maria	a Teramo
dott. SEMERARO Lino	a Bologna

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BIZZARRI Jacopo Vittoriano	trasferimento a Bolzano
dott. BONVICINI Daniele	trasferimento a Padova
dott.ssa BUONFRATE Dora	trasferimento a Verona
dott. CALISESI ENRICO Maria	trasferimento a Teramo
dott.ssa MORETTI Alessandra	decesso 03.06.2013
dott. SEMERARO Lino	trasferimento a Bologna

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 31 LUGLIO 2013

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. DALL'ARA Lorenzo	di Santarcangelo di Romagna
dott.ssa DE STEFANI Sara	di Riccione
dott.ssa FABBRI Margherita	di Rimini
dott. FAINI Andrea	di Rimini
dott.ssa ZANOTTI Laura	di San Marino

Nulla Osta al trasferimento:

dott. GIAMPAOLO Luca	a Bologna
----------------------	-----------

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

prof. PONZONI Renato	decesso 07.07.2013
----------------------	--------------------

Cancellazione ALBO MEDICI ODONTOIATRI:

dott. D'ARGENIO Dante	cessata attività
-----------------------	------------------

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 9 SETTEMBRE 2013

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CANZI Pietro	trasferimento da Aosta
dott.ssa GUARINO Stefani	trasferimento da Ferrara

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. GIORGI Giorgio	decesso 10.08.2013
dott. GOZI Guidobaldo	decesso 04.08.2013

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 1797 - Albo Odontoiatri nr. 355

