

n° 4/2013

# il Notiziario

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

Anno XVI, Numero 4, Ottobre - Dicembre 2013



# il Notiziario

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

Anno XVI, Numero 4, Ottobre - Dicembre 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. Vittorio Carlini, medico odontoiatra

dott. Gian Maria Catrani, specialista dermatologo

dott. Saverio Desiderio, specialista in Pneumologia e Allergologia - perfezionato in "Diagnosi  
e terapia dei disturbi respiratori del sonno"

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

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

- Brevi riflessioni su un grande cambiamento

IL PUNTO REDAZIONALE..... pag. 6

- Gli auguri della redazione

FOCUS SULLA PROFESSIONE..... pag. 9

- La comunicazione del rischio
- Ipertensione arteriosa. Cosa fare quando "non scende..."
- Disturbi respiratori nel sonno (DRS) di interesse pneumologico

20

VITA DELL'ORDINE inserto speciale..... pag. 21-28

- 20 anni dell'Ordine, 20 secoli di sanità a Rimini - Mostra documentaria

- Dieta mediterranea: esiste?
- Pollachiuria e ipertrofia prostatica

SANITÀ LOCALE..... pag. 31

- *Requiem* per il clima opaco

CRONACA E ATTUALITÀ..... pag. 32

- Da Melevisione, il libro nero di Strega Salamandra

RUBRICA DI MEDICINA GENERALE..... pag. 34

- MMG: la generazione futura

SEMISERIA... MENTE..... pag. 35

- Area Vasta: la parola agli specialisti
- Il *rebus*
- Area Vasta, variazioni sul tema

MEDICI, MA NON SOLO..... pag. 37

- Fiori di Prato
- Beethoven VII sinfonia, Il tempo, allegretto. Felicità e splendore al tempio
- I Villanoviani

RECENSIONI..... pag. 42

- Pediatri e bambini
- Le basi della medicina cinese. Fondamenti filosofici, fisiologia, eziologia

CORSI, CONVEGNI CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI..... pag. 44

- Simposio "Il viso al centro del piano di trattamento integrato"
- "Stiamo bene... naturalmente". Giornata Internazionale della Medicina Omeopatica
- Corso di formazione di Psicologia forense minorile

SPAZIO A.M.M.I..... pag. 45

- Le funzioni della natura per il benessere umano: servizi ecosistemici e valutazione economica

VARIAZIONI AGLI ALBI..... pag. 47



Buone Feste

# Editoriale



di Maurizio Grossi

## BREVI RIFLESSIONI SU UN GRANDE CAMBIAMENTO

La AUSL della Romagna sarà una delle più grandi aziende sanitarie italiane, con circa 16.000 dipendenti, 1.100.000 cittadini residenti, 2 miliardi di euro di bilancio previsto e il coinvolgimento di 75 comuni di tre province.

Sarà il frutto della fusione di quattro Ausl, ognuna con una propria storia e specifiche caratteristiche, con le Persone che ci lavorano, le loro abitudini, le loro aspettative e, bisogna dirlo, con le loro naturali resistenze al cambiamento. Tutto questo fa capire come sia fondamentale definire rapidamente disegni organizzativi sufficientemente flessibili, capaci di valorizzare le competenze e convivere, almeno nella prima fase, con una pluralità di modelli.

È facilmente prevedibile che questa mega-Ausl avrà un'organizzazione complessa, ma dovrà essere capace di adattarsi a uno scenario ambientale inedito (la Romagna e non le Romagne) con risorse sempre più incerte a fronte di crescenti aspettative delle Persone che ci lavorano e crescenti bisogni di salute dei cittadini coinvolti.

Penso che il futuro Direttore generale (DG) avrà come primo compito quello di ricercare azioni e strumenti utili a eliminare ciò che non ha funzionato e difendere e diffondere ciò che ha funzionato nelle quattro Ausl genitrici. Sappiamo anche che il DG, nominato dalla Regione e quindi dalla Politica, ha una autonomia giuridica, patrimoniale, contabile, organizzativa, gestionale e dovrà quindi focalizzarsi sulla progettazione della struttura organizzativa e dei processi operativi per creare coerenza tra la stessa organizzazione e le aspettative del territorio di riferimento.

In questa fase di progettazione dell'assetto organizzativo penso sia essenziale la partecipazione di tutti i soggetti: personale sanitario, tecnico-amministrativo, rappresentanti delle società scientifiche, gli Ordini professionali e le Associazioni dei malati. Tutto questo perché la nascita della Ausl di Romagna deve rappresentare l'opportunità per identificare soluzioni organizzativo-gestionali condivise che consentano di attivare processi di integrazione che ricostruiscano il percorso di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione.

È sotto gli occhi di tutti che l'attuale crisi economica che ha colpito l'Italia, insieme allo sviluppo impetuoso delle tecnologie,

peraltro sempre più costose, rende ineluttabile una riorganizzazione su basi del tutto innovative dell'azienda sanitaria romagnola. Il futuro è pieno di incertezze ed è poco prevedibile, ma nonostante ciò si dovrà lavorare tutti assieme (politici, professionisti, cittadini) per fronteggiare l'incertezza.

Se l'organizzazione dell'Ausl di Romagna vuole avere successo non potrà prescindere dalle Persone coinvolte, valorizzandole nelle loro specificità e nel loro ruolo. Sarà compito del DG governare questa complessa fase iniziale, dando ad ogni Persona uno scopo e una direzione e alla struttura aziendale, una precisa forma.

Come ho già detto questa fase, cruciale per il successo dell'impresa, non sarà facile, perché ogni Ausl porterà in dote diverse tradizioni, diversi ruoli, diverse professionalità. Si dovranno ricreare relazioni tra i diversi attori, coscienti che il risultato finale non sarà riconducibile all'azione di un singolo o alla somma di azioni individuali ma alla loro interazione e cooperazione. Si dovrà creare-ricreare una rete di servizi socio-sanitari, efficace e altamente qualificata, capace di un completo soddisfacimento dei

cittadini e di piena gratificazione degli operatori coinvolti, valorizzati nella loro professionalità.

Se posso fare una previsione su quali saranno i bisogni da soddisfare per intravedere un "brillante futuro" dell'Ausl di Romagna, allora penso fondamentalmente due: dinamicità e stabilità.

Chi saprà venire incontro a questi due bisogni, essenziali per le persone coinvolte in questa novità, sarà quasi sicuramente capace di vincere la sfida della unificazione.

Il bisogno di dinamicità potrà essere soddisfatto da innovativi modelli gestionali di sviluppo, capaci di giungere ad adeguati livelli di efficienza ed efficacia.

Il bisogno di stabilità, che rappresenta una naturale esigenza umana, potrà essere soddisfatto da una corretta gestione delle resistenze al cambiamento usando il dialogo, la comunicazione e la comprensione.

Dal giusto bilanciamento della soddisfazione di questi due bisogni potrà nascere un'Azienda Sanitaria con Persone capaci di affermarsi, crescere e interpretare e anticipare il futuro.

In bocca al lupo!!

# Il punto redazionale



di Mauro Giovanardi

*"Caro amico ti scrivo così mi distraigo un po' e siccome sei molto lontano più forte ti scriverò. Da quando sei partito c'è una grossa novità, l'anno vecchio è finito ormai ma qualcosa ancora qui non va".*

Eh sì, cari amici, di cose che non vanno ce ne sarebbero tante, ma non voglio tediare nessuno facendone l'elenco.

Diciamo allora che l'anno si chiude - e il nuovo si apre - su una grande incognita: l'accorpamento in Area Vasta delle quattro Ausl della Romagna.

L'argomento è oggetto dell'*editoriale* del nostro Presidente, che lo tratta con la serietà che si conviene a una figura istituzionale che tutti ci rappresenta, auspicando che in questo passaggio i "decisori" sappiano tenere nella giusta considerazione i bisogni delle Persone (non a caso, credo, il maiuscolo).

Noi della redazione, nell'incertezza degli sviluppi futuri, abbiamo invece provato a buttarla sull'ironia e a sorriderci *Semiseria... mente* sopra, magari un po' "a denti stretti" (gli appassionati de *La Settimana Enigmistica* coglieranno bene il riferimento).

Nel redazionale del numero scorso sollecitavo il contributo della componente femminile e dei giovani colleghi: constato, con un po' di rammarico, che ancora questo contributo latita e gli articoli che compaiono qui, fatta eccezione per la recensione scritta da Antonella Chiadini, che contribuisce al *Notiziario* anche con una preziosa opera di *editor*, sono tutti scritti da maschi *over 50*. Possibile che i temi della professione interessino solo maschi anziani?

A questo proposito mi ha scritto una garbata *mail* la professoressa Alessandra Babini Corvetta, presidente della sezione AMMI di Rimini, ricordandomi che una voce femminile c'è, al fianco di molti di noi (ma, senza nulla togliere al ruolo delle nostre compagne e delle nostre mogli, io mi riferivo all'ambito professionale) e che la sua associazione - e questo mi piace farlo conoscere a tutti - contribuisce annualmente alla valorizzazione della componente femminile della nostra professione, con l'assegnazione di due borse di studio da 5mila Euro, destinate a giovani ricercatrici. Onore al merito.

Il tema della comunicazione del rischio invece è stato raccolto da Marco Grassi, senza dubbio uno dei più prolifici fra i nostri redattori, che ci ha inviato in proposito un bel contributo, che troverete nella rubrica *Focus sulla professione*. Rubrica che in questo numero è ricca di contributi, di argomento cardiologico (Andrea Santarelli), pneumologico (Saverio Desiderio), internistico (Emilio Rastelli), urologico (Girolamo Buono).

Per la *Rubrica di medicina generale*, una riflessione di Gianni Morolli, che ci invia anche una nota per la *Sanità locale*.

Poiché, fortunatamente, siamo *Medici ma non solo* e abbiamo anche altre passioni oltre il lavoro, godiamoci la poesia, la grafica e gli itinerari di Luigi Casadei, le suggestioni storiche di Gian Maria Catrani e le emozioni musicali che ci comunica Massimo Carlini, lettura quest'ultima che consiglio, come ho fatto io, con l'ascolto del brano in sottofondo.

Giovanni Cananzi, che salta con disinvoltura dalla poltrona (dove fa il dentista) al letto (di ospedale, dove fa il paziente) ci fa una gustosa (almeno per noi) cronaca del "*big one*" delle sue coliche. Antonella Chiadini ha curato la recensione di un bel libro sulle figure di dodici grandi maestri della pediatria italiana, mentre il sotto-

scritto vi parla dell'opera originale del collega Massimo Muccioli, che ci introduce a una visione "altra" della medicina, nata dalla millenaria cultura cinese.

La sintesi dell'intervento del prof. Riccardo Santolini alla Giornata Nazionale dell'AMMI, rappresenta un bello spunto di riflessione sul rapporto fra salute, utilizzo del territorio, progettazione e pianificazione urbanistica: anche in questo campo, ci dice il professore, si dovrà pensare, sempre più, in termini di "area vasta".

Ho tenuto volutamente per ultimo lo "strillo" sull'articolo di Stefano De Carolis in *Vita dell'Ordine*: è un'esauriente anteprima dei temi della *Mostra* che un comitato di "volontari", sotto la guida infaticabile e colta di Stefano, sta allestendo per celebrare i 20 anni della fondazione dell'Ordine. Non anticipo nulla, dico solo che si tratta di una lettura piacevole, che mi auguro stimoli in molti la curiosità di visitare la Mostra che verrà inaugurata il prossimo 25 gennaio presso il Museo della Città.

Chiudo augurando a tutti buona lettura e, soprattutto, buone Feste.

*"L'anno che sta arrivando tra un anno passerà io mi sto preparando è questa la novità".*

Voglio parlare al cielo!

Muta remota stella,  
tremulo astro  
perso,  
il cielo siderale  
è senza verso:

Tu ardito eterno fuoco,  
fioco bagliore  
solo  
(e senza incastro)  
sei fratello o sorella  
sei alto, basso, in cima  
oppure in fondo?

E scaldi un altro  
mondo,  
indichi qualche rotta,  
abiti una galassia,  
o una costellazione?

Adesso mi  
rispondo,  
ma considera prima  
che ti parlo così  
da una stazione,  
nel fosco d'una sera  
e una partenza  
casuale.

C'è un tale che mi fissa  
perché in questo bosco  
di persone,  
sto qui a parlare,  
un po' da solo a Sole,  
con una stella  
che nemmeno  
conosco...



Auguri di buon 2014 (con uno sguardo al cielo...)

grafica e testo di Luigi Casadei

# Focus sulla professione

## LA COMUNICAZIONE DEL RISCHIO



di Marco Grassi

La comunicazione del rischio in termini comprensibili ai pazienti ha un ruolo sempre più importante nella pratica clinica quotidiana. Questo è specialmente vero quando un paziente sceglie di essere parte attiva in difficili processi decisionali, dove rischi e benefici devono essere attentamente ponderati.

Una componente essenziale nell'aiuto alle decisioni è la presentazione ai pazienti di informazioni personalizzate sugli esiti numerici associati alle varie opzioni mediche.

Il principale obiettivo della consulenza ai pazienti sui possibili effetti collaterali di un farmaco o sulle complicanze di un intervento

chirurgico, sulla opportunità di aderire a un progetto di screening, sulla prognosi di una malattia o sulla diagnosi stessa, consiste nel presentare una stima accurata e aggiornata delle probabilità che l'evento avverso si avveri.

Obiettivo non facile da raggiungere, perché non si esaurisce nell'aggiornamento delle conoscenze da parte del professionista, ma si misura con le difficoltà insite nella comunicazione con il paziente. E tuttavia la necessità di comunicare il rischio diventa centrale, dal momento che un'esagerata percezione può comportare uno stato di ansia che sfocia nella mancata assunzione per paura di effetti collaterali o, viceversa, in caso di sottostima del rischio, nel persistere in stili di vita pericolosi, mancare di effettuare i controlli consigliati o non assumere regolarmente i farmaci prescritti. Non esistono regole semplici per garantire una buona comunicazione, ma è possibile fornire alcuni elementi sulle strategie disponibili e individuare i passaggi attraverso i quali il professionista può cercare di verificare l'efficacia della sua modalità comunicativa.

### Comunicare: numeri o parole?

Il modo più semplice e ovvio di esprimere probabilità è l'utilizzo di espressioni verbali.

Anche se la probabilità è un concetto essenzialmente numerico, una varietà di termini verbali (p.es. alta, media, bassa) è utilizzata per comunicare la possibilità che un evento si avveri. Un ovvio vantaggio dell'uso di termini verbali di probabilità, rispetto alla rappresentazione numerica, è dato dalla maggiore comprensibilità, in quanto più aderente al linguaggio comune. Vantaggio apparente, tuttavia, perché nasconde il serio inconveniente della interpretazione.

Sebbene le espressioni di probabilità e loro definizioni in termini qualitativi (alto, medio, basso) scontentino il grave inconveniente che ognuno può assegnare valori diversi alla stessa espressione, è stato dimostrato che in alcuni casi esse possono essere utilizzate più efficacemente per valutare la percezione di un rischio rispetto alla definizione quantitativa.

In un gruppo di donne è stato valutato il rischio di neoplasia mammaria confrontandolo con la

percezione che ne avevano le donne stesse. Se richiesto di valutarlo in termini quantitativi (stima di x per 1000) le donne intervistate lo hanno sistematicamente sopravvalutato, mentre quando lo hanno definito in termini qualitativi (basso, medio, alto), la loro percezione è risultata più coerente con il rischio reale precedentemente calcolato (Woloshin).

Questa capacità di meglio comprendere e meglio valutare le espressioni qualitative di probabilità non ha però riscontro, se non parziale, nelle preferenze dei pazienti quando viene loro chiesto come preferiscono che venga definito (se in termini qualitativi, quantitativi o entrambi) il rischio che corrono a sottoporsi a un intervento chirurgico: un terzo preferisce che venga definito in termini qualitativi, un terzo in termini quantitativi e il restante in entrambi i modi. (Mazur 1991)

Tuttavia, questa duplice modalità di esporre il rischio legato a un intervento non è neutra nel definire poi gli esiti dell'informazione ricevuta. I pazienti affetti da neoplasia prostatica asintomatica (in cui l'intervento chirurgico è ad alto rischio e di alta incertezza terapeutica) e che avevano preferito essere informati sui rischi dell'intervento in termini qualitativi, sono due volte più propensi a farsi operare subito piuttosto che aspettare, rispetto ai pazienti che avevano preferito farsi informare con percentuali di rischio. Evidentemente ricevere la definizione di rischio in termini qualitativi (per esempio basso rischio di morte o complicanze) è più rassicurante di sentirsi dire che il 2 o 3% dei pazienti ha complicanze: sono solo due o tre pazienti su cento, ma potrei essere io! (Mazur 1999)

**Probabilità, interpretazione, contesto**

Il contesto entro cui si svolge una comunicazione di probabilità (probabilità di essere affetto da una malattia, di un rischio futuro di evento, di incorrere in una complicanza da intervento

chirurgico, ecc.) espressa in forma verbale, influenza la traduzione e comprensione di questi termini e, in definitiva, influisce sulle decisioni che medici e pazienti prenderanno. L'interpretazione da parte dei pazienti di espressioni verbali di probabilità è influenzata anche da età, scolarizzazione, percezione di stato di salute ed esperienze recenti di malattia (Mazur 1994).

Il livello culturale influenza, in particolare, la traduzione e interpretazione di espressioni verbali, ma non la successiva interpretazione e contestualizzazione dei numeri: anche soggetti con alta scolarità ha difficoltà a districarsi con i numeri (Isaac).

L'aspetto contestuale che maggiormente influenza la comprensione di espressioni verbali di probabilità è rappresentato dalle esperienze di malattia dei soggetti cui è rivolta la comunicazione. Il termine "improbabile" viene tradotto in termini quantitativi significativamente diversi in relazione a precedenti esperienze di malattia. I soggetti che avevano sperimentato direttamente effetti collaterali di farmaci, quando dovevano tradurre l'espressione "improbabile" in termini numerici tendevano ad assegnare a questa espressione verbale un valore numerico significativamente più alto rispetto a soggetti che non avevano mai avuto effetti collaterali. (Woloshin).

Altro aspetto importante è rappresentato dalla percezione di gravità degli eventi oggetto della stima probabilistica. Uno studio (Mazur 1994) ha rilevato come le probabilità di una complicanza chirurgica, giudicata verbalmente come rara dal chirurgo, è stata tradotta in espressioni numeriche sostanzialmente diverse in relazione alla gravità della complicanza stessa. Nello specifico, alla possibilità di morte è stata attribuita una probabilità numerica significativamente inferiore rispetto alla possibilità di una polmonite. Altro dato interessante della ricerca sono le più alte probabilità assegnate dai soggetti anziani, i

quali mostrano comunque un'ampia variabilità con sistematica sovra o sottostima e confusione nel comprendere probabilità espresse in percentuale o frazione (es. 10% o 1su10). (Fuller)

**Probabilità o frequenza?**

È efficace quantificare il rischio in termini di probabilità - cioè dire a un paziente: «C'è una probabilità del 50% che sottoponendosi a una prostatectomia diventi impotente» - oppure è più efficace utilizzare le frequenze e spiegare: «Su dieci pazienti che si operano di prostatectomia, cinque diverranno impotenti»?

Gigerenzer ha evidenziato come la comunicazione della probabilità che un singolo evento si verifichi può comportare problemi di comprensione se non viene specificata la "classe" di eventi cui ci si riferisce. Che significato ha, per un paziente "50%", dal momento che l'intervento che eseguirà è uno solo? Per esempio, 50% potrebbe essere riferito dal paziente alla qualità dell'erezione o alla percentuale di volte che riuscirà a compiere l'atto sessuale. Il medi-

co pensa in termini di pazienti (è il 50% di essi che può diventare impotente) mentre il paziente potrebbe ragionare in termini di attività sessuale: senza definire la classe di eventi cui ci si riferisce il rischio di fraintendimento può essere elevato. È dunque preferibile comunicare il rischio in termini di frequenza piuttosto che di probabilità (Schapira), come si può vedere con alcuni esempi riportati nel box 1. Tuttavia occorre prestare molta attenzione a come presentare le espressioni di rischio in termini di frequenza: in questo caso le proporzioni e i tassi esprimono lo stesso concetto, ma la comprensibilità diminuisce di molto se si utilizzano le proporzioni (definite come 1 al numeratore con denominatore variabile) piuttosto che i tassi (definiti come caso di malattia per 100 o 1000 unità di popolazione), soprattutto quando si comparano rischi. Per esempio risulta più facile capire che un rischio dell'8,7 per mille è maggiore del 2,8 per mille rispetto alle stesse proporzioni di rischio espresse nel formato proporzionale (rispettivamente 1/112 vs 1/384).

**BOX 1**

Tipo di informazione	Esempio di espressione di probabilità	Esempio di espressione di frequenze
Probabilità singole	Assumere questo farmaco comporta una probabilità del 30% di avere diarrea come effetto collaterale La probabilità che il risultato sia positivo se il paziente è malato (sensibilità) è del 90%	Ogni 10 pazienti che assumono questo farmaco, 3 avranno diarrea come effetto collaterale Su 100 soggetti affetti da malattia, 90 risultano positivi al test.
Probabilità condizionali	La probabilità che il risultato sia negativo se il paziente è sano (specificità) è del 90% La probabilità che il paziente sia malato se il test risulta positivo (valore predittivo positivo) è del 30%	Su 100 soggetti sani, 90 risultano negativi al test. Su 100 pazienti risultati positivi al test, 30 sono realmente malati.
Rischio relativo	La mortalità per K mammario delle donne che non si sottopongono a screening mammografico è del 4% contro il 3% delle donne che vi si sottopongono. Lo screening mammografico riduce il rischio di morte per K mammario del 25%	Su 1000 donne che non si sottopongono a screening mammografico, si avranno 4 morti per K mammario contro le 3 delle donne che vi si sottopongono. Occorre sottoporre a screening 1000 donne per 10 anni per prevenire 1 morte da K mammario.

### Parlare di rischio relativo o rischio assoluto?

L'accettazione da parte dei pazienti di una terapia cronica, poggia sulla informazione dei potenziali benefici procurati dal farmaco proposto. I medici sono soliti usare diversi modi tecnici per offrire spiegazioni sul grado di efficacia di un trattamento nel ridurre un rischio per la salute (riduzione del rischio assoluto, riduzione del rischio relativo, NNT). Questi diversi modi hanno mostrato di influire in maniera significativamente diversa sulla interpretazione del rischio da parte del ricevente l'informazione.

La comunicazione del rischio relativo può generare qualche problema. Emblematiche in tal senso le conclusioni di questa ricerca (Hux):

in un ipotetico scenario di assunzione di un farmaco capace di ridurre l'insorgere di infarto, l'efficacia fu presentata ai pazienti secondo tre diverse espressioni numeriche dello stesso dato: **RA** (rischio assoluto), **RR** (rischio relativo) e **NNT** (numero necessario da trattare). Il gruppo che ricevette l'informazione sotto forma di riduzione del **RR** (il farmaco riduce del 34% il rischio di infarto) mostrò la più alta accettabilità a intraprendere la terapia (l'88%), mentre solo il 42% dei pazienti cui era stata espressa l'efficacia del farmaco in termini di riduzione del RA (il farmaco riduce il rischio di infarto dell'1,4%) si dichiarò interessato alla terapia. Fanalino di coda il NNT: l'informazione che occorreva trattare 71 persone per 5 anni per evitare un infarto, entusiasma appena il 32% dei pazienti.

La diversa influenza sulla accettazione di una terapia a seconda della "cornice" entro cui è racchiusa l'informazione, viene anche definita "effetto *framing*".

### Comunicare rischi o sicurezze?

Come scegliere se comunicare il rischio che un farmaco o un intervento chirurgico possano provocare un evento avverso (esempio: "rischio assoluto dell'1% di grave complicanza chirurgica"), piuttosto che la relativa sicurezza del trattamento ("in 99 casi su 100 l'intervento è sicuro")?

Come abbiamo visto, è dimostrato che il modo (tecniche di comunicazione e contesto di presentazione) con cui è presentato il rischio, influisce sulla percezione che dello stesso hanno le persone (Redelmeier).

La scelta della modalità di trattamento, come ad esempio un trattamento chirurgico o radioterapico in caso di tumore, può essere fortemente influenzata da come si presentano i rischi o i benefici: lo stesso rischio può essere presentato in termini di sopravvivenza (il 90% sopravvive all'intervento e il 34% sopravvive dopo 5 anni) o di mortalità (il 10% muore a causa dell'intervento e il 66% non sopravvive oltre 5 anni).

Queste diverse modalità di presentazione sono definite effetto *framing* e sono state valutate in contesti sperimentali.

In uno studio di Hitinder Singh, è stata descritta a un gruppo di pazienti in cosa consiste una angioplastica coronarica, le sue indicazioni e i rischi connessi alla procedura. Inoltre, metà dei soggetti fu informata che il 99% dei pazienti sottoposti ad angioplastica non ha complicanze dalla procedura, mentre l'altra metà ricevette l'informazione che l'1% dei pazienti sottoposti ad angioplastica ha complicanze.

Dopo aver ascoltato queste spiegazioni vennero proposti a tutti i partecipanti due ipotetici scenari per verificare se il consenso a sottoporsi all'intervento variasse quando la necessità della procedura era posta in modo elusivo - "per migliorare i sintomi anginosi ma senza effetti certi sulla durata della sopravvivenza" - (scenario A), oppure in modo chiaro - "per ridurre il rischio di un infarto" - (scenario B). I soggetti che avevano ricevuto l'informazione che "il 99% non ha complicanze" erano più propensi a dare il loro consenso all'intervento proposto nello scenario A, rispetto a quelli che avevano ricevuto l'informazione "l'1% ha complicanze". L'intervento proposto nello scenario B invece, ricevette una sostanziale parità di consensi nei due gruppi.

Questo studio, sebbene sperimentale, dimostra la capacità dei medici nell'influenzare il consenso del paziente a sottoporsi a una procedura invasiva durante il processo di informazione sui potenziali rischi del trattamento medico proposto.

È opportuno che i medici siano coscienti delle significative conseguenze dell'effetto *framing* sulle decisioni dei pazienti e siano addestrati a fornire un'informazione esauriente e veritiera, affinché le decisioni dei pazienti riflettano la loro reale preferenza e non quella del medico che fornisce le informazioni.

È soprattutto importante che i medici siano consci della loro influenza nel determinare le scelte dei pazienti e cerchino di trattenerne il più possibile da manipolazioni, conscie o inconscie, della volontà del paziente.

### Bibliografia

- Woloshin KK, Ruffin MT, Gorenflo DW. *Patients' interpretation of qualitative probability statements*. Arch Fam Med 1994 Nov;3(11):961-6
- Mazur DJ, Hickam DH. *Patients' interpretations of probability terms*. J Gen Intern Med 1991 May-Jun;6(3):237-40
- Mazur DJ, Hickam DH, Mazur MD. *How patients' preferences for risk information influence treatment choice in a case of high risk and high therapeutic uncertainty: asymptomatic localized prostate cancer*. Med Decis Making 1999 Oct-Dec;19(4):394-8
- Mazur DJ, Merz JF. *Patients' interpretations of verbal expressions of probability: implications for securing informed consent to medical interventions*. Behav Sci Law. 1994;12(4):417-26
- Isaac M. et al. *General Performance on a Numeracy Scale among Highly Educated Samples*. Med Decis Making 2001;21:37-44
- Mazur DJ, Merz JF. *How age, outcome severity, and scale influence general medicine clinic patients' interpretations of verbal probability terms*. J Gen Intern Med. 1994 May;9(5):268-71
- Fuller R, Dudley N, Blacktop J. *Risk communication and older people-understanding of probability and risk information by medical inpatients aged 75 years and older*. Age Ageing. 2001;30(6):473-6.
- Gigerenzer G, Edwards A. *Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight*. BMJ 2003;327:741-4
- Schapira MM, Nattinger AB, McHorney CA. *Frequency or probability? A qualitative study of risk communication formats used in health care*. Med Decis Making. 2001 Nov-Dec;21(6):459-67.
- Grimes DA, Snively GR. *Patients' understanding of medical risks: implications for genetic counseling*. Obstet Gynecol. 1999;93:910-4.
- Hux JE, Naylor CD. *Communicating the benefits of chronic preventive therapy: does the format of efficacy data determine patients' acceptance of treatment?* Med Decis Making. 1995 Apr-Jun;15(2):152-7.
- Misselbrook D, Armstrong D. *Patients' responses to risk information about the benefits of treating hypertension*. Br J Gen Pract 2001 Apr;51(465):276-9
- Malenka DJ, Baron JA, Johansen S, Wahrenberger JW, Ross JM. *The framing effect of relative and absolute risk*. J Gen Intern Med 1993 Oct;8(10):543-8
- Redelmeier DA, Rozin P, Kahneman D. *Understanding patients' decisions: cognitive and emotional perspectives*. JAMA 1993;270:72-76.
- Hitinder Singh Gurm., Litaker D. G. *MD Framing Procedural Risks to Patients Is 99% Safe the Same as a Risk of 1 in 100?* Academic Medicine(2000)75:840-842.



di Andrea Santarelli

## IPERTENSIONE ARTERIOSA. COSA FARE QUANDO “NON SCENDE...”

L'ipertensione arteriosa è una patologia molto diffusa nei paesi occidentali con una prevalenza del 37% e una tendenza a crescere negli anni a venire a causa dell'invecchiamento della popolazione e del maggior numero di obesi. È il più importante fattore di rischio per malattie cardiovascolari e mortalità con un 54% degli eventi ischemici cerebrali e un 47% di quelli cardiaci ad essa

attribuibili. La Società Europea di Cardiologia definisce **target terapeutico** una sistolica  $\leq 140$  mm Hg e una diastolica  $\leq 90$  mm Hg,  $\leq 85$  mm Hg nei pazienti diabetici. In Italia meno del 40% dei pazienti ipertesi raggiunge un adeguato controllo pressorio. Le cause di questo riscontro sono in buona parte correlate a una “inerzia terapeutica”: scarsa attitudine dei pazienti a sottoporsi ai controlli medici, scarsa attenzione dei medici nel raggiungimento dei target pressori intensificando appropriatamente il trattamento quando necessario.

Si definisce una **resistenza al trattamento antipertensivo** quando il target pressorio non viene raggiunto nonostante l'assunzione di almeno tre farmaci, tra cui un diuretico, in dosi adeguate. L'ipertensione arteriosa resistente ha una bassa prevalenza, circa il 10% nella popolazione globale d'ipertesi. La gran parte dei pazienti che non raggiunge il *target* pressorio nonostante una corretta terapia farmacologica ha quindi una **pseudo-resistenza**, ovvero una resistenza solo apparente alla terapia. Prima di definire un paziente iperteso “resistente al trattamento” bisogna infatti escludere molti elementi a cominciare dalla possibilità, ampiamente dimostrata, di un rilievo di valori di pressione arteriosa significativamente più elevati nelle misurazioni effettuate presso l'ambulatorio medico (effetto camice bianco). Il ruolo di una valutazione con un *Holter* pressorio è in questo caso decisivo nel dirimere la vera inefficacia di una terapia antipertensiva. Non va trascurata la possibilità di un **errore nella misurazione della pressione arteriosa**, falsata da un utilizzo scorretto di bracciali di dimensioni inadeguate (in particolar modo nei pazienti obesi) e/o dalla possibile presenza di un'arteria brachiale severamente calcifica e quindi “non comprimibile”. È importante considerare l'**aderenza alla terapia**, spesso inadeguata quando il trattamento è caratterizzato da multipli farmaci da assumere più volte al giorno. Va valutato lo stile di vita del paziente, ponendo attenzione alla **mancata correzione di abitudini scorrette** quali un eccessivo introito di sale, il consumo di alcolici, l'impiego cronico di vasopressori e di antinfiammatori non steroidei. Inoltre, per quanto possibile, va rimarcata la necessità di un **significativo calo ponderale** nei pazienti con significativo sovrappeso. Un'ipertensione arteriosa resistente può comunque avere come causa un mancato **riconoscimento di forme secondarie** quali: stenosi delle arterie renali, disfunzione renale cronica, iperaldosteronismo primario, morbo di Cushing, feocromocitoma, sindrome delle apnee notturne. Quest'ultima patologia è responsabile del 60% delle ipertensioni arteriose resistenti.

Per quanto riguarda il **trattamento farmacologico**, le Linee Guida 2013 sull'ipertensione arteriosa della Società Europea di Cardiologia, consigliano una graduale introduzione di una seconda e di una terza molecola in base al *target* terapeutico raggiunto. È consigliato associare una molecola con azione sul sistema renina-angiotensina (ACE-inibitori, inibitori dei recettori dell'angiotensina II, inibitori diretti della renina, beta-bloccanti) con una priva di questo effetto (calcio-antagonisti, diuretici tiazidici).

L'**associazione fissa** (in singola compressa) di più molecole ha dimostrato una maggiore aderenza al trattamento (+25%) e una riduzione più persistente dei valori pressori senza un significativo incremento di effetti collaterali.

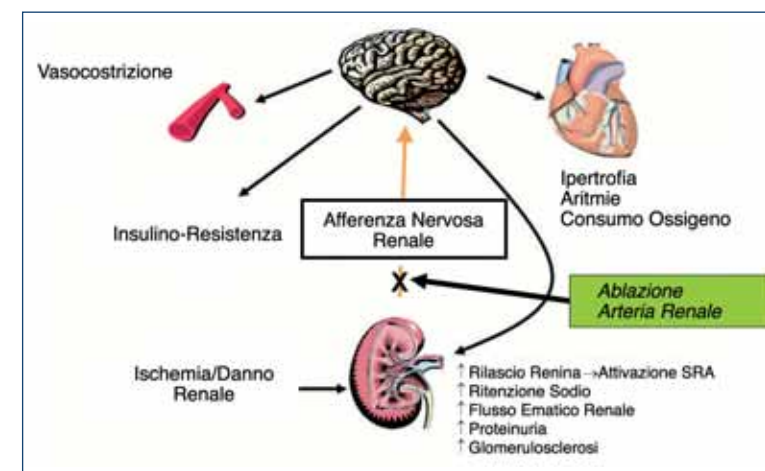
Nei pazienti **oltrero resistenti** è consigliato aggiungere un quarto farmaco, come l'alfa-bloccante, associare l'amiloride al diuretico tiazidico se la funzione renale è conservata, sostituire il tiazidico o il clortalidone con un diuretico dell'ansa se la funzione renale è compromessa.

È inoltre consigliato l'utilizzo di antialdosteronici, sia per un iperaldosteronismo primario misconosciuto che per un fenomeno di *escape* della secrezione di aldosterone rispetto alla riduzione associata al blocco del sistema renina-angiotensina. Nei pazienti con sindrome delle apnee notturne (una delle cause più comuni di ipertensione resistente) i livelli di aldosterone sono correlati alla gravità delle apnee.

Un innovativo approccio terapeutico, non farmacologico, dei pazienti con “vera resistenza”, è

la **denervazione renale transcateretere**. Questa tecnica si basa sul principio di interrompere le afferenze nervose che dal rene vanno al sistema nervoso centrale, modulanti a loro volta il flusso efferente del sistema nervoso simpatico che determina:

- aumento delle resistenze vascolari periferiche
- attivazione del sistema renina-angiotensina
- aumento della ritenzione di sodio
- insulino-resistenza
- ipertrofia ventricolare sinistra.



La denervazione renale transcateretere è una tecnica invasiva che, con un approccio arterioso percutaneo, consente di ablare i nervi simpatici che circondano l'arteria renale mediante l'erogazione di radiofrequenza all'interno dell'arteria renale stessa. I primi *trials* (Symlicity HTN-1 e 2) hanno evidenziato una significativa riduzione dei valori pressori, stabile nel tempo (fino a  $-27/17$  mm Hg), in assenza di serie complicanze, in pazienti in trattamento con una media di n. 5,2 farmaci. Le Linee Guida 2013 sull'iper-



tensione arteriosa della Società Europea di Cardiologia indicano questa possibilità di trattamento nel caso di un'inefficacia della terapia farmacologica nel ridurre i valori pressori sotto 160/110 mmHg. Per la selezione dei pazienti candidabili a questo tipo di trattamento è necessario un approccio multi-disciplinare, con una collaborazione tra medico curante, cardiologo e nefrologo.

In conclusione, non è sempre facile "far scendere" la pressione arteriosa ai valori ottimali. Per raggiungere questo risultato spesso non basta una rapida misurazione ambulatoriale e un suo grossolano giudizio. Un trattamento terapeutico inefficace va valutato tenendo in considerazione tutti gli elementi che determinano una pseudo-resistenza. L'ottimizzazione della terapia farmacologica richiede una paziente ottimizzazione dei dosaggi e delle combinazioni delle molecole che compongono il trattamento. Nei pazienti con una "vera resistenza" alla poli-farmaco-terapia, la recente tecnologia della denervazione renale trans-catetere può offrire una nuova e promettente possibilità terapeutica.



di Saverio Desiderio

## DISTURBI RESPIRATORI NEL SONNO (DRS) DI INTERESSE PNEUMOLOGICO

### Inquadramento del problema

I Disturbi Respiratori nel Sonno (DRS) rappresentano un insieme di condizioni fisiopatologiche il cui comune denominatore è rappresentato da un anomalo profilo respiratorio durante il sonno responsabile di ripetuti risvegli, più o meno consci, frequente carenza di ossigenazione ematica con conseguenti danni d'organo, sonno non

rioratore e ipersonnia diurna.

I DRS possono presentarsi come entità fisiopatologiche isolate (es. russamento), oppure coesistere con altre condizioni morbose interessanti prevalentemente l'apparato respiratorio (BPCO, asma, cefaloscoliosi, patologia del naso e della gola), il sistema nervoso (patologie neuromuscolari, ictus), l'apparato cardiocircolatorio (scompenso cardiaco, cardiomiopatie dilatative), il sistema endocrino (obesità, diabete mellito tipo 2, ipotiroidismo).

I DRS possono essere causa diretta o fattore di rischio di importanti disfunzioni neuropsichiche (depressione, ansia, turbe cognitive), cardiovascolari (IMA, ipertensione arteriosa sistemica, aritmie), respiratorie (insufficienza respiratoria) con severe ripercussioni sanitarie e sociali. Quando coesistono con altre malattie possono determinare fenomeni di aggravamento e scompenso del quadro patologico di base.

I DRS di interesse pneumologico possono essere classificati, dal punto di vista fisiopatologico e patogenetico, in due principali gruppi a seconda che risultino presenti o assenti fenomeni ostruttivi

interessanti le vie aeree superiori (VAS) :

#### 1 - DRS con ostruzione delle VAS

- Russamento semplice
- S. da aumentata resistenza delle vie aeree superiori (UARS)
- S. delle apnee ostruttive durante il sonno (OSAS)

#### 2 - DRS senza ostruzione delle VAS a loro volta suddivisi in:

##### - Sindromi con ipoventilazione nel sonno:

- malattie neuromuscolari
- malattie gabbia toracica
- BPCO
- S. Obesità-Ipoventilazione (SOH)
- Ipoventilazione Alveolare Primaria

##### - Sindromi con iperventilazione nel sonno:

- primaria
- scompenso cardiaco
- lesioni SNC

L'articolo si occupa di un particolare DRS con ostruzione delle vie aeree superiori: la **Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)**.

L'OSAS è caratterizzata da ricorrenti episodi di ostruzione completa (apnee) o incompleta (ipopnee, limitazione di flusso aereo) delle alte vie respiratorie (faringe) durante il sonno, ripetuti episodi di ipossiemia, alterazioni elettroencefalografiche con sonno lento profondo (fase 3-4 NREM) quasi del tutto abolito.

Ne deriva un sonno di qualità scadente e poco riposante, con sintomi sia notturni (russamento - sempre presente - frequenti risvegli con sensazione di soffocamento o micro risvegli di cui spesso il paziente non si rende conto, sonno agitato, nicoturia), che diurni (sonno non ristoratore, cefalea mattutina, eccessiva sonnolenza e astenia diurna).

na, irritabilità o depressione, diminuzione dell'attenzione e concentrazione, perdita di memoria, alterazione della personalità, calo della libido fino all'impotenza nel sesso maschile).

Il rilievo **strumentale poligrafico** durante un'intera notte di sonno, di un numero di apnee e/o ipopnee per ora di sonno (AHI) uguale o maggiore di 5, configura, nel soggetto adulto, una condizione di OSAS.

### Fattori di rischio e fattori favorenti

#### 1. Generici

- Sesso maschile (2-4/1)
- Menopausa
- Età adulta (max tra 50 e 70 anni)
- Obesità
- Familiarità per roncopatia, OSAS, storia di SIDS
- Diabete mellito
- Malattie neuro-muscolari

#### 2. Restringimento delle alte vie aeree da causa organica:

- Infarcimento adiposo del faringe
- Iperptofia tonsillare o adenoidea o ipertrofia/iperplasia linfatica faringea
- Macroglossia
- Iperptofia del palato molle-ugola
- Dismorfismi cranio-facciali (micro e/o retrognazia)
- Acromegalia
- Collo taurino
- Ostruzione nasale da deviazione del setto, polipi, adenoidi, rinite cronica allergica e non.

#### 3. Ipotonia dei muscoli dilatatori del faringe

- Deprivazione del sonno
- Assunzione di
  - alcool
  - ipnotici-sedativi
  - antiistaminici
- Tabagismo
- Ipotiroidismo non trattato

## Epidemiologia

Nell'ultimo decennio, in tutti i paesi industrializzati, si è assistito a un notevole aumento del numero di diagnosi di DRS.

Nei paesi occidentali il 3% della popolazione è affetto da OSAS grave sintomatica, il 3% da OSAS grave asintomatica, il 15-23% da OSAS lieve e moderata.

Nel 6% delle forme gravi, il 4% riguardano il sesso maschile, il 2% quello femminile.

In Italia si calcola siano affetti da OSAS grave circa 3.500.000 persone, di cui 250.000 nella nostra regione e circa 15.000 nella provincia di Rimini.

La OSAS costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in quanto provoca:

- aumentata prevalenza di incidenti automobilistici e sul lavoro (per eccessiva sonnolenza diurna)
- incrementato rischio di cardiopatia ischemica, aritmica e ipertensiva
- incrementato rischio di *stroke*
- aumentato rischio di mortalità

Questa associazione tra elevata prevalenza e conseguenze ad ampio spettro ha generato la convinzione che i DRS possano rappresentare un rischio sanitario pubblico di entità confrontabile con il fumo.

Risulta anche ben documentato l'impatto sociale del trattamento in termini di riduzione del numero di ricoveri, di incidenti stradali, di assenteismo dal lavoro.

Il mancato trattamento dei DRS comporta costi per la collettività superiori a quelli necessari a una corretta impostazione diagnostica e terapeutica.

Basti pensare al consumo di risorse per affrontare le complicanze dei DRS (impiego di farmaci antiipertensivi, antiaritmici, ipnoinducanti, antidepressivi), al ricorso ad accertamenti sanitari per l'interpretazione dei più svariati sintomi non inquadrati nel contesto dei DRS (sintomi cardiaci, urologici, neurologici, pneumologici, psichiatrici), alle conseguenze onerose dei DRS non trattati (esiti di *stroke*, postumi invalidanti di incidenti

stradali o sul lavoro).

L'incremento del consumo di risorse sanitarie derivante dall'OSAS e il risparmio derivante dalla sua diagnosi e trattamento appaiono ben codificati: nel 2000 è stato pubblicato un *position statement* dell'*American Academy of Sleep Medicine* che definisce giustificabili e remunerativi i costi sostenuti per detta diagnosi e trattamento ribadendo che *"la massima efficienza viene raggiunta quando alla valutazione clinica si accompagna l'esame strumentale poligrafico"*.

**La diagnosi di OSAS** è il risultato dell'integrazione di dati clinici e strumentali e non può prescindere da una corretta valutazione poligrafica per l'intera durata della notte.

Prima di avviare un paziente con sospetto di OSAS al percorso diagnostico strumentale, debbono essere ricercati i seguenti sintomi e segni (Evidenza A; Consenso A):

### Sintomi

- 1 - Russamento abituale (tutte le notti) e persistente (da almeno 6 mesi)
- 2 - Pause respiratorie nel sonno riferite dal *partner*
- 3 - Risvegli con sensazione di soffocamento in soggetto russatore (non necessariamente abituale)
- 4 - Sonnolenza diurna

### Segni

- A - BMI >29
- B - Circonferenza collo >43 cm (M) o 41 cm (F)
- C - Dismorfismi cranio-facciali e anomalie oro-faringee (tutte quelle situazioni anatomiche che determinano una riduzione del calibro delle prime vie aeree)

**Il percorso diagnostico strumentale è indicato** per i pazienti che presentano (Evidenza B, Consenso A):

- Russamento abituale e persistente da solo o con altri sintomi o segni
- Almeno due degli altri sintomi, diversi dal russamento abituale e persistente (pause respiratorie

+ risvegli con soffocamento o pause respiratorie  
+ sonnolenza diurna o risvegli con soffocamento  
+ sonnolenza diurna)

- La presenza di un sintomo diverso dal russamento abituale e persistente + almeno due segni
- La presenza di un sintomo diverso dal russamento abituale e persistente + almeno un segno in soggetti in cui il russamento non è accertabile (il paziente dorme solo).

Le metodiche raccomandate sono (Evidenza B, Consenso A):

**A - Monitoraggio notturno cardio-respiratorio completo (polisinnografia parziale)** con registrazione dei seguenti parametri: rumore respiratorio, flusso aereo oro-nasale, movimenti toraco-addominali, frequenza cardiaca, ossimetria, posizione corporea. Questa metodica permette l'identificazione diretta degli eventi respiratori ma non permette l'identificazione dei periodi di sonno né la distinzione fra sonno NREM/REM.

**B - Polisinnografia notturna completa** che aggiunge ai precedenti, la registrazione di EEG (almeno due derivazioni unipolari); EOG; EMG sottomentoniero e consente la stadiazione del sonno, il riconoscimento degli elementi microstrutturali e la identificazione diretta degli eventi respiratori.

Il monitoraggio notturno cardio-respiratorio completo è sufficiente per porre diagnosi corretta di OSAS in oltre il 95% dei casi.

La gravità della patologia è definita dal numero di episodi apnoici per ogni ora di sonno (*Apnea-Hipopnea Index* o AHI):

OSAS lieve: AHI 5-15

OSAS moderato: AHI 16-30

OSAS severo: AHI >30

Misure ulteriori di gravità includono il livello di desaturazione dell'emoglobina, la presenza di apnee centrali (es. respiro periodico tipo Cheyne Stokes) e il livello di sonnolenza diurna.

La polisinnografia notturna completa è obbligatoria solo nei casi risultati dubbi dopo monitoraggio cardiorespiratorio e nei casi molto complessi.

È nelle competenze dello pneumologo esperto in DRS valutare, in relazione al quadro clinico, l'opportunità di eseguire **accertamenti complementari** come Emogasanalisi arteriosa (EGA) e prove di funzionalità respiratoria e/o avvalersi della consulenza di altri specialisti (neurologo, ORL con endoscopia delle prime vie aeree, cardiologo con relative prove strumentali, odontostomatologo, endocrinologo, chirurgo bariatrico, telecefalometria).

**La terapia** si avvale di diverse opzioni:

- terapia comportamentale/posizionale
- terapia protesico-ortodontica
- terapia protesico-ventilatoria (con CPAP o, in casi selezionati, con Bi-Level, PSV, APCV)
- terapia chirurgica (ORL, Maxillo-facciale, bariatrica).

C'è unanime consenso in letteratura sul fatto che la **terapia di elezione** delle OSAS moderate e gravi è quella **protesica ventilatoria con CPAP**, in quanto i trattamenti chirurgici sono da considerarsi solo in casi selezionati o nei casi di mancata *compliance* alla terapia medica ventilatoria.

La ventilazione con apparecchiature Bi-Level è raccomandata nei casi in cui la pressione CPAP utile si posizioni su valori elevati e mal tollerati dal paziente, oppure in caso di *Overlap Syndrome* (pz con obesità, BPCO, cardiopatici, patologie della gabbia toracica o neuromuscolari) con fallimento alla CPAP.

La ventilazione servoassistita è indicata nei casi di apnee centrali nell'ambito di un respiro periodico tipo Cheyne-Stokes.

**La terapia protesico-ortodontica** utilizza dispositivi intraorali (*Mandibular Advancement Device* - MAD) efficaci in casi selezionati, soprattutto per la risoluzione del russamento e delle OSAS lievi e moderate. Tuttavia esistono effetti collaterali e controindicazioni che ne possono ridurre l'applicabilità e inficiare la *compliance* del paziente.

**La terapia chirurgia multisede o multilivello** è indirizzata al trattamento delle sottoaree anatomiche

che delle VAS coinvolte nei processi di vibrazione, ma soprattutto di collasso responsabili di *snoring*, ipoapnee e apnee.

Dopo adeguato *counseling* che ne definisce il ruolo di alternativa alla terapia medica, il paziente può accettare il trattamento chirurgico come primo approccio o, in un secondo momento, in caso di fallimento o di insufficiente *compliance* al trattamento ventilatorio.

Gli interventi possono essere eseguiti con tecnica chirurgica convenzionale, in anestesia generale, o in anestesia locale con radiofrequenza.

Nel primo caso il combinato di **FASE I** (intervento su palato, naso ed ipofaringe) appare indicato nei vari gradi di severità dell'OSAS. L'efficacia complessiva, in una casistica selezionata, risulta di poco superiore al 50% e varia in funzione inversa dei valori di AHI e di BMI preoperatori (più severa è l'OSAS e più obeso è il soggetto, minore è la probabilità di successo). Il combinato di **FASE II** (avanzamento bimascellare) è indicato nei casi di OSAS severa con AHI >30 e BMI >30, o nei casi di

insuccesso di FASE I.

Il trattamento multilivello con radiofrequenza è indicato per il semplice russamento, per l'OSAS lieve-moderato (AHI <30) e per soggetti con fattori di rischio che controindichino interventi in narcosi. L'indicazione può estendersi a casi di maggiore di gravità (AHI >30) e a livelli di obesità patologica (BMI >30) su richiesta esplicita di pazienti desiderosi comunque di una possibilità chirurgica, previo accurato e onesto *counseling*, con particolare enfasi sulla limitata attesa di successo dell'opzione.

**La terapia chirurgica bariatrica**, infine, viene attualmente proposta in caso di fallimento o rifiuto della CPAP e nei soggetti che la richiedono espressamente se obesi con BMI >40 o anche con BMI >35 se in presenza di comorbilità rilevante associata (diabete mellito tipo 2, anamnesi familiare di infarto miocardico giovanile, cardiopatia ischemica, ipertensione instabile nonostante il trattamento, grave impoverimento della qualità della vita legato all'obesità).

### Bibliografia

- 1) *Laboratori per lo studio dei disturbi respiratori sonno-correlati nell'adulto: tipologie e standard operativi*. Gruppo di Studio AIPO Disturbi Respiratori nel Sonno. Rassegna Pat. App. Respir. 2003;18:391-396.
- 2) *Linee guida di procedura diagnostica nella sindrome delle apnee ostruttive nel sonno dell'adulto*. Commissione paritetica AIPO- AIMS. Rassegna Pat. App. Respir. 2001;16:261-272.
- 3) *Indications for positive airway pressure treatment of adult obstructive sleep apnea adult patients. A consensus statement*. Chest 1999; 115:863-86.
- 4) *International classification of sleep disorders, second edition*. American academy of sleep medicine 2005.
- 5) Collop NA et al. *Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients. Portable monitoring task force of the American Academy of Sleep Medicine Task Force Members*. Journal of Clinical Sleep Medicine 2008; 3: 737-747
- 6) *The AASM manual for the scoring of sleep and associated events. Rules, terminology and technical specifications*. American Academy of Sleep Medicine, Westchester, IL, 2007.



Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di Rimini



## 20 ANNI DELL'ORDINE

## 20 SECOLI DI SANITÀ A RIMINI

dal 25 GENNAIO  
al 23 FEBBRAIO 2014

MUSEO DELLA CITTÀ  
Via Luigi Tonini, 1 - Rimini

Inaugurazione  
sabato 25 gennaio ore 16.00

Orari:  
dal martedì al sabato 8:30-13:00 e 16-19  
domenica e festivi 10:00-12:30 e 15-19  
Ingresso Gratuito alle sale delle mostre

Mostra documentaria  
per i vent'anni  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di Rimini

Per informazioni e prenotazioni di visite guidate:  
tel. 0541.382144 (lunedì e mercoledì 10-17  
martedì, giovedì e venerdì 10-13)  
[www.omceo.rn.it](http://www.omceo.rn.it)

Con il Patrocinio di



## 20 anni dell'Ordine 20 secoli di sanità a Rimini

Mostra documentaria per i vent'anni dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

### Presentazione

L'8 ottobre 1993, con decreto ministeriale pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 256 del 30 ottobre 1993, veniva costituito l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della neonata provincia di Rimini (istituita con decreto legislativo il 6 marzo dell'anno precedente). Nello stesso decreto veniva nominata una commissione straordinaria (formata da Silvano Fattori, Massimo Montesi e Alessandro Piscaglia) incaricata di convocare l'assemblea per l'elezione del consiglio direttivo del nuovo Ordine, assemblea che si tenne nel novembre successivo e che portò alla nomina del primo presidente Celso Trombetta (1923-2012), il 9 dicembre 1993. Oggi l'Ordine conta 1797 iscritti all'Albo Medici Chirurghi e 359 iscritti all'Albo Odontoiatri.

Sono passati vent'anni da quella data "storica". Per ricordarla, l'Ordine riminese organizza una serie di iniziative celebrative e culturali rivolte all'intera provincia, di cui la più importante è, senza dubbio, la mostra intitolata *20 anni dell'Ordine / 20 secoli di sanità a Rimini. Mostra documentaria per i vent'anni dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini*. Allestita nella sala delle teche del Museo della Città di Rimini (25 gennaio-23 febbraio 2014), la mostra contiene anche quadri, sculture e oggetti storici legati alla sanità locale degli ultimi duemila anni, di cui la costituzione dell'Ordine riminese rappresenta l'ultimo ma non meno importante capitolo.

### Sotto il segno di Planco

Il percorso inizia con la dedica a colui che è considerato un po' il "patrono" dell'Ordine riminese: Giovanni Bianchi *alias* Iano Planco (1693-1775), sicuramente il più famoso medico riminese del passato, la cui effigie compare nel logo ordinistico fin dall'origine.

Laureatosi a Bologna nel 1719, compì numerosi viaggi in Italia, anche allo scopo d'intessere relazioni con gli scienziati e gli eruditi più famosi dell'epoca. Nel 1741 accettò la cattedra di anatomia umana all'università di Siena, abbandonando tuttavia l'insegnamento tre anni più tardi per manifesta avversione nei confronti dell'ambiente accademico senese. Al suo ritorno a Rimini - dove rimase fino alla morte - fu nominato medico primario e ascritto alla nobiltà cittadina. Sagace medico e anatomico, si interessò anche - pubblicando numerose ed eterogenee opere - di zoologia, geografia fisica, epigrafia e antiquaria. Alla sua scuola (che teneva privatamente nella propria abitazione) si formarono diverse personalità del tempo come Giovanni Antonio Battarra, Giuseppe Garampi, Michele



Ligorio Donati (1725-post 1774)  
Ritratto di Iano Planco  
Olio su tela, 95 x 73 cm.  
Rimini, Museo della Città

Rosa, Giovanni Cristofano Amaduzzi e lo stesso Giovan Vincenzo Antonio Ganganelli, diventato papa col nome di Clemente XIV nel 1769. Morì nel 1775, sei anni dopo essere stato nominato dallo stesso Ganganelli «archiatro pontificio onorario».

### La medicina nell'antica Roma

In assenza di testimonianze dirette di una più antica medicina teurgica e religiosa (come i materiali provenienti dal santuario rupestre della "Tanaccia" a San Marino e dal *lucus Pisauensis*, localizzato nei pressi del vicino capoluogo marchigiano), le origini della medicina riminese vanno identificate nell'ormai celeberrima *domus* "del Chirurgo". Scoperta per caso nella primavera del 1989, durante i lavori di riqualificazione dei giardini di piazza Ferrari, la

*domus* ha restituito - al termine di lunghe e travagliate campagne di scavo - un'enorme quantità di materiali che comprendono gli arredi e gli strumenti di lavoro di un ambulatorio medico (*medicina* o *taberna medici*) distrutto da un incendio attorno al 260 d.C., durante il regno dell'imperatore Gallieno. Oltre al numero e alla

qualità dei materiali rinvenuti, l'eccezionalità di questo sito archeologico deriva dall'aver restituito la più completa e «fedele visione di un ambiente abitativo e professionale della metà del III secolo d.C. fissato in quella che ne era la realtà oggettiva, offrendoci la rara opportunità di comprendere nelle sue varie sfaccettature il profilo e le attività del medico che vi risiedeva».

### Gli ospedali

Dal basso Medioevo all'età contemporanea la storia della sanità riminese si identifica soprattutto con quella dei suoi ospedali. Ciò che restava dei quasi cinquanta ospedali documentati a Rimini dal 1131 sino alla fine del Quattrocento venne accorpato all'ospedale trecentesco di Santa Maria della Misericordia il 26 giugno 1486, per volere degli ultimi Malatesta, formando così un unico grande nosocomio cittadino. Considerato già «angusto» e scomodo agli inizi del Seicento, l'ospedale continuò a servire la città - come struttura non solo sanitaria, ma anche caritativa e assistenziale - fino al settembre 1800, allorché fu trasferito nell'ex Collegio dei Gesuiti e assunse il nome di **“Ospedale degli Infermi”**. Subito dopo la seconda guerra mondiale - durante la quale l'ospedale fu gravemente danneggiato dai bombardamenti anglo-americani - si iniziò a pensare a un suo trasferimento in altra zona della città. Nel 1961 fu scelta una vasta area agricola di proprietà in località Colonnella e il progetto affidato all'architetto Mario Ravagnani Morosini; iniziati nel 1964, i lavori del primo e secondo stralcio si conclusero dieci anni più tardi con l'inaugurazione dell'attuale edificio



*Il porticato ottocentesco dell'antico ospedale di Santa Maria della Misericordia, ora sede della Provincia di Rimini, prima dei restauri degli anni 1999-2000.*

(15 giugno 1974). Negli anni successivi l'ospedale ha continuato a espandersi, proiettandosi verso il terzo millennio con la costruzione (2006-2011) del nuovo Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA). Una menzione a parte merita il cosiddetto **“Ospedalino dei bambini”** (1910-1985). Il 9 settembre 1910 per iniziativa della nobildonna

Isabella Soleri delle Figlie della Carità di san Vincenzo de' Paoli, con il supporto del professor Antonio Del Piano, illuminato pediatra riminese, nelle stanze di palazzo Soleri (in corso d'Augusto, angolo via Ducale), nasceva l'Opera Pia San Giuseppe per l'Aiuto Materno e Infantile «per l'assistenza delle madri povere e la protezione della primissima infanzia». Eretto in ente morale nel 1915, l'Aiuto Materno riunì nel 1920 il Brefotrofo, il servizio Esposti e l'assistenza alle ragazze madri. Nel 1925 sorse l'Ospedalino Regina Elena «per l'assistenza alle gestanti per il parto e per la cura dei fanciulli infermi poveri» e nel 1930 venne istituita la Sala Maternità (operativa fino al 1970). Negli anni Sessanta, grazie alla donazione delle sorelle Bronzetti in memoria del fratello Guglielmo, nacque il nuovo Ospedale dei bambini che, inaugurato nel 1966, sotto la guida del professor Ugo Gobbi divenne un polo di cure all'avanguardia, anche per la neonatologia e la neuropsichiatria infantile. Fra progetti di ampliamento (la costruzione di una Chirurgia pediatrica) e istanze di ridimensionamento, nel 1970 l'Ospedalino, come tutti gli altri ospedali, fu inglobato nella sanità pubblica e rientrò nella programmazione regionale che prevedeva, per Rimini, un'unica pediatria all'ospedale Infermi. Iniziò così il suo lento e inesorabile tramonto che si concluse con il definitivo trasferimento dei reparti tra il 1985 (la Pediatria) e il 1988 (la Neuropsichiatria infantile).

*M. Mancini, Veduta dell'ospedale Giovanni Ceccarini di Riccione. Disegno acquerellato su cartoncino, 41,5 x 62 cm. Azienda U.S.L. di Rimini (Riccione, Ospedale Ceccarini)*



Anche a **Santarcangelo** la storia ospitaliera inizia nel Medioevo con alcuni ospedali dei quali quello denominato (anche qui) di Santa Maria della Misericordia - probabilmente ricostruito nel 1536 - fu attivo fino al 1871, allorché venne trasferito nel nuovo ospedale cittadino edificato negli anni 1863-1864 su progetto del santarcangelo Benedetto Sancisi con la collaborazione dell'ingegnere comunale Nazareno Zavagli. Nel secolo appena trascorso meritano di essere ricordati almeno tre avvenimenti: l'inaugurazione del nuovo padiglione di chirurgia dedicato alla benefattrice Rosa Lazzarini (1936), l'intitolazione dell'ospedale al celebre chirurgo Achille Franchini (1870-1966) e il disastroso incendio che devastò l'edificio ottocentesco determinandone la chiusura definitiva (1998). L'ospedale di **Riccione** fu invece costruito negli anni 1892-1893 da Maria Boorman Ceccarini (su progetto dell'ingegner Giulio Podesti di Roma) «in memoria del consorte Dottore Giovanni Ceccarini»; era prioritariamente destinato ad accogliere gratuitamente gli ammalati poveri delle parrocchie di Riccione, San Lorenzo in Strada, Casalecchio, Misano, Scacciano e Sant'Andrea in Besanigo. La direzione sanitaria

ria venne affidata a Felice Pullè, nella sua veste di medico condotto a Riccione. Nonostante il successivo sviluppo demografico e turistico del bacino d'utenza dell'ospedale, solo nel 1949 - a oltre cinquant'anni dalla fondazione - ne fu deciso l'ampliamento (su progetto dell'architetto genovese Angelo Crippa) con la costruzione di tre corpi e due padiglioni. Ampliamento che si è ulteriormente accresciuto nel 2007 con l'inaugurazione del nuovo blocco ospitante il Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA).

Storia più recente (anni '60 del Novecento) è quella dell'ospedale di **Cattolica** - dedicato a Domenico Cervesi (1814-1878), medico condotto di quella città (in cui era nato) dal 1853 - mentre l'ospedale "Sacra Famiglia" di **Novafeltria** è entrato nella sanità provinciale solo nel 2009, a seguito dell'annessione dei comuni dell'Alta Valmarecchia nella provincia di Rimini. Tra gli altri nosocomi del circondario attivi per lunghi anni si ricordano l'ospedale di **Verucchio** (sorto nel 1493 per unificazione di quattro più antichi ospedali con il Monte di Pietà) e quello di **Montescudo** (costruito nei primi anni '30 del Novecento per lascito testamentario di monsignor Costantino Fantini e a lui intitolato); tutti e due sono stati riconvertiti negli ultimi decenni in Residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani.

Il panorama attuale della sanità riminese annovera inoltre cinque strutture private accreditate ("Villa Maria" a Rimini, "Sol et Salus" a Torre Pedrera, la Casa di cura "Prof. E. Montanari" a Morciano, i centri di riabilitazione accreditati "Luce sul Mare" e "Villa Salus") nonché diversi poli plurispecialistici o a indirizzo monospecialistico come la Clinica Merli a Rimini.

Tra le strutture private non più operative a Rimini meritano di essere ricordate la casa di cura "Villa Assunta" del dottor Contarini - sorta nel

primo dopoguerra e attiva per lunghi anni in pieno centro (rilevata dall'AUSL nel 1998 e disattivata nel 2000) - e la clinica "Paltrinieri", specializzata in campo ostetrico-ginecologico.

### Le condotte mediche

Parallelamente alla medicina ospedaliera, nel Medioevo si sviluppò un'altra modalità assistenziale, quella delle condotte mediche, che si affermò definitivamente come modello organizzativo nel Regno Lombardo-Veneto dopo la Restaurazione e che con l'Unità d'Italia fu assunta come base degli ordinamenti sanitari del nuovo stato. Il medico condotto, assunto e stipendiato direttamente dalle amministrazioni comunali, era a disposizione di tutti i cittadini dei quali doveva assistere e curare gratuitamente quelli poveri; ugualmente esperto di medicina, di chirurgia, di pediatria e d'ostetricia, collaborava con le levatrici e i farmacisti. Al di là di semplicistiche mitizzazioni, la sua figura fu sicuramente innovativa ed eroica: spesso isolato geograficamente e scientificamente, totalmente dedito a un lavoro intenso e faticoso, egli divenne il cardine - assieme al parroco e al maestro di scuola - di un'opera capillare tesa a migliorare le condizioni di vita delle classi più disagiate.

Dagli anni '60 del Novecento la figura del medico condotto è stata sostituita dapprima dal "medico della mutua" e quindi dal medico di medicina generale, che rappresenta attualmente il primo riferimento per la salute di ogni cittadino.

### La medicina popolare romagnola

Nelle campagne era assai diffusa la figura del guaritore, che era anche raccogliitore d'erbe medicinali e manipolatore in proprio di estratti, infusi, decotti e unguenti contro le più disparate patologie, al quale si affidava una cliente-



Nicola Gambetti (1832-1921),  
guaritore e "stregone" di Monterotondo.

la molto spesso alternativa a quella del medico condotto. Una figura emblematica resta quella di Nicola Gambetti di Monterotondo (1832-1921), appartenente a una ricca famiglia del Montefeltro, che curava persone e animali con erbe da lui stesso coltivate e con "signature" accompagnate da formule magiche o religiose; divenne famoso per avere felicemente risolto con il proprio intervento la quinta gravidanza della Regina Elena, moglie di Vittorio Emanuele III (1914), che da otto giorni attendeva inutilmente di partorire.

### Le cure marine

L'abitudine di recarsi a Rimini «per giovare o a diporto o a salute de' Bagni di mare», iniziata negli anni attorno al 1830, ebbe il battesimo dell'ufficialità il 30 luglio 1843 con l'inaugura-

zione dello "Stabilimento Privilegiato di Bagni Marittimi", costruito per iniziativa del medico Claudio Tintori e dei conti Alessandro e Ruggero Baldini. Dopo un periodo di stasi, lo stabilimento balneare fu ampliato dal Comune (che ne era diventato proprietario nel 1868) e nuovamente inaugurato il 1° luglio 1873; ai nuovi edifici che lo componevano (le palazzine gemelle, il Kursaal, la Capanna svizzera) si aggiunse nel 1876 lo Stabilimento Idroterapico che - sotto la guida di illustri medici quali Paolo Mantegazza e Augusto Murri - divenne un centro d'importanza nazionale per la talassoterapia. Nei decenni successivi la costruzione degli ospizi marini e delle colonie climatiche scolastiche estese anche alle classi popolari e all'infanzia i benefici profilattici e terapeutici delle cure marine.

### La storia dell'odontoiatria

Le sette pinze odontoiatriche ritrovate nella *domus* "del Chirurgo" (e facenti parte di un intero kit riservato alle cure dentali) fanno pensare che il *medicus* in essa operante fosse assai esperto di questa disciplina, soprattutto se si pensa alla rarità di questi strumenti nei corredi chirurgici dell'antichità. Nei secoli successivi le nuove conoscenze legate all'odontoiatria - praticata soprattutto da mestieranti - resteranno legate alla chirurgia generale, nonostante lo sviluppo di nuovi strumenti (il pellicano nel XVI secolo e la chiave di Garengot nel XVIII secolo). Solo a partire dall'Ottocento - grazie alle scoperte dell'asepsi, dell'anestesia e dei raggi X - la disciplina diventerà una specialità autonoma, suddivisa in varie branche e sempre più orientata alla prevenzione. Negli «annunzi» delle *Guide* riminesi dei Tonini pubblicate fra fine Ottocento e inizio Novecento compaiono alcune pubblicità di dentisti, fra cui spicca quella del «Premiato Gabinetto del Chirurgo-

Dentista U.G. Rosetti-Morandi» (1893) in cui - per esaltare tutta una serie di interventi conservativi e forse anche per allontanare il retaggio d'un passato non troppo lontano - si precisa che «estrarre non vuol dir guarire, ma distruggere».

### Tra passato e futuro: vent'anni di vita dell'Ordine

Completano il percorso espositivo altre due sezioni che vogliono lanciare un messaggio alle giovani generazioni perché sappiano guardare avanti senza mai dimenticare quel patrimonio di storia, di cultura e di valori che da sempre ha permeato le scienze mediche.

Stefano De Carolis



La mostra è a cura del gruppo di lavoro composto da *Stefano De Carolis* (coordinatore), *Leonardo Cagnoli*, *Giovanni Cananzi*, *Antonella Chiadini*, *Maurizio Della Marchina*, *Mauro Giovanardi*, *Maurizio Grossi*, *Franco Mandolesi*, *Mario Nereo Marzaloni*, *Massimo Montesi*, *Giovanni Morolli* - Segreteria organizzativa: *Elisa Ghirardini*

#### Museo della Città

Via L. Tonini, 1 - Rimini

25 gennaio-23 febbraio 2014

Orari: da martedì a sabato 8.30-13 e 16-19

domenica e festivi 10-12.30 e 15-19 / chiuso lunedì non festivi

Ingresso gratuito alle sale della mostra

**Inaugurazione:** 25 gennaio ore 16

Per informazioni e prenotazioni di visite guidate: tel. 0541.382144

(lunedì e mercoledì 10-17 / martedì, giovedì e venerdì 10-13)

www.omceo.rn.it



di Emilio Rastelli

## DIETA MEDITERRANEA: ESISTE?

La convinzione che le popolazioni dei paesi che si affacciano sul Mediterraneo abbiano una dieta più sana e quindi un minor rischio di sviluppare le malattie metaboliche e cardiovascolari è molto diffusa, così come si ritiene che le popolazioni Nordamericane e Nordeuropee siano maggiormente colpite dalle malattie cardiovascolari rispetto alle popolazioni del Sud Europa.

La dieta mediterranea non è più presente sulle nostre tavole, sostituita da cibi raffinati, alimenti ricchi di grassi insaturi, pasti

abbondanti e diffusa sedentarietà, tanto che un terzo degli adolescenti è sovrappeso o obeso (dati ISTAT 2010, probabilmente in difetto). Le regioni più colpite sono quelle dell'Italia Meridionale con alta percentuale di soggetti dai 6 ai 17 anni obesi: spicca la Campania con il 36.6%, mentre Sicilia, Molise, Puglia, Calabria hanno una presenza di ragazzi obesi intorno al 30-31%. Migliore è la situazione nel Nord Italia, dove l'obesità nei ragazzi di pari età è minore in Liguria (16.5%), si attesta intorno al 20% nel Nord Est, Lombardia, Toscana, mentre in Emilia-Romagna è del 23%.

Un ragazzo obeso è parte integrante di una famiglia dove almeno un genitore è obeso, spesso entrambi. L'anamnesi alimentare svela che in famiglia è ritenuta normale una porzione che per molti di noi è esagerata, sono sempre ritenuti alimenti "non ingrassanti" la frutta e i formaggi, specie il parmigiano e la mozzarella, il vino, la birra, le bevande gassate e zuccherate, i succhi di frutta.

Risultato finale è che assistiamo negli anni, all'incremento dell'obesità e della sedentarietà, che portano a un più precoce esordio dell'iperglicemia prima e del diabete dopo e, da ultimo, all'enorme incremento delle complicanze cardiovascolari.

Sporadicamente compaiono articoli su quotidiani e settimanali che stigmatizzano il problema, in assenza di sforzi coordinati da parte delle istituzioni scolastiche e sanitarie.

Il compito di noi medici è informare, convincere i nostri pazienti a seguire un'alimentazione "meno moderna", escludere i cibi pronti o pre-preparati di facile confezionamento, i panini, le merendine, i formaggi come alimenti aggiuntivi di un fine pasto, le porzioni troppo abbondanti, il servirsi due volte dal piatto di portata, evitare le calorie nascoste nelle bevande gassate, alcoliche, edulcorate. Nel mio referto aggiungo una frase di grande effetto che spesso porta il paziente a pensare e metabolizzare le prescrizioni dietetiche e dell'attività fisica, un concetto scaturito oltre 2500 anni or sono, ma estremamente valido ancora oggi:

*"Gli uomini implorano dagli Dei la salute e non pensano d'averla in mano, essi stessi, gli strumenti per conservarla".* (Democrito, V sec. a.C.)



di Girolamo Buono

## POLLACHIURIA E IPERTROFIA PROSTATICA

Il disturbo della minzione più frequente è la pollachiuria associata o meno ad aumento volumetrico della ghiandola prostatica e della diuresi complessiva, poliuria.

In passato - e mi riferisco ai primi anni della mia professione di urologo - questo sintomo, nel maschio in età matura, veniva attribuito quasi esclusivamente all'ipertrofia prostatica che, negli stadi iniziali, dava sintomi irritativi vescicali prima di quelli, più tardivi, di tipo ostruttivo vero e proprio.

Ma oggi, grazie a interventi diagnostici sempre più tempestivi e capillari e con il conforto della sempre più diffusa diagnostica ecografica, che completa quella obiettiva dell'esplorazione rettale, il sintomo pollachiuria si riscontra in molteplici condizioni non necessariamente associate ad aumento di volume e a patologie prostatiche.

La pollachiuria, inoltre, colpisce anche in giovane età, sia uomini che donne e la causa sembra non sia più soltanto l'ipertrofia prostatica, ma la vescica stessa. All'orizzonte è comparsa una nuova entità nosologica: la "vescica iperattiva". I sinonimi usati - di volta in volta vescica iperriflessica, instabile, sindrome frequenza-urgenza, incontinenza da minzione imperiosa, ecc. - dimostrano come ancora questa condizione morbosa non riconosca una sicura e definita etiopatogenesi.

I pazienti affetti sono tra i più eterogenei: recenti operati di chirurgia pelvica, diabetici, cardiopatici, ma anche soggetti ansiosi o in terapia con bronco dilatatori o antipsicotici, ipertesi che assumono diuretici, pazienti affetti da disturbo del sonno o con cerebropatie vascolari croniche, per citare le più comuni.

Infine, anche soggetti senza nessuna delle patologie menzionate e apparentemente sani ne sono affetti e afferiscono all'ambulatorio specialistico.

Il primo passo per discriminare questi pazienti è quello di far compilare loro la carta delle minzioni per almeno tre giorni consecutivi di normale stile di vita, registrando il numero delle minzioni delle 24 ore e la quantità delle urine corrispondenti. È un esame semplice, molto indicativo per definire la tipologia minzionale del paziente ed è parte fondamentale nella decisione di sottoporre il paziente a ulteriori accertamenti clinici più approfonditi o all'eventuale intervento chirurgico.

Da ultimo - e di questi tempi non guasta - non grava sulle casse del Servizio Sanitario Nazionale.

# Sanità locale



di Gianni Moralli

## REQUIEM PER IL CLISMA OPACO

È del 1920 il primo studio fluoroscopico con il clisma di bismuto. Nel 1923 i sali di bismuto sono sostituiti dal solfato di bario e negli anni 20-30, in Germania e Stati Uniti, si perfeziona la tecnica del clisma opaco a doppio contrasto. Negli anni 60-70 si migliora la preparazione del paziente, la forma e funzionalità della sonda e si sviluppa il bario ad alta densità.

Quest'anno, ai primi di novembre una mail, inviata dalla direzione della radiologia, ha comunicato la cancellazione di questa prestazione dalle indagini diagnostiche radiologiche nella nostra Ausl.

Dopo quasi un secolo di onorata carriera, il clisma opaco sentiva il peso degli anni, sopravanzato da indagini più sofisticate - colon-TC, rnm, endoscopia - né, la tecnica, apparteneva più al bagaglio formativo dei giovani radiologi.

Come ovvio, il primo amore non si scorda mai, e rimane un po' di romantica nostalgia per questa indagine che ci ricordava la nostra adolescenza medica e, purtroppo, anche l'incertezza di un tempo sulla diagnostica delle lesioni a carico del cieco e del colon destro.

In tempi di razionalizzazione della spesa sanitaria, di medicina basata sull'evidenza, di evoluzione tecnologica, ci sta l'abbandono del clisma opaco, con un'ultima considerazione in "zona Cesarini": è una delle poche volte che, con un taglio alla sanità, non lo mettono in quel posto... anzi lo tolgono!!!



# Cronaca e attualità



di Giovanni Cananzi

## DA MELEVISIONE, IL LIBRO NERO DI STREGA SALAMANDRA

### Filastrocca per far passare il mal di pancia

*Luna di mela, Sole d'arancia,  
fate scappare questo mal di pancia,  
come un uccello che scappa dall'uovo.  
Così sto bene di nuovo.*

Carissimi amici,  
fra le caratteristiche individuali che fanno di me un prototipo, fortunatamente unico, c'è quella di frequentare spesso l'altra parte dell'ufficio del medico: quella del paziente. Inutile dire che ne avrei fatto volentieri a meno, ma cercherò di condividere con voi alcuni inconsueti punti di vista.

Innanzitutto ieri notte ho avuto la colica renale più potente dell'ultimo periodo che, ovviamente, è diventata "the big one" verso le dieci di sera quando l'amicizia impone di non disturbare i colleghi, che hanno l'unico torto di conoscerti, per chiedere un consiglio.

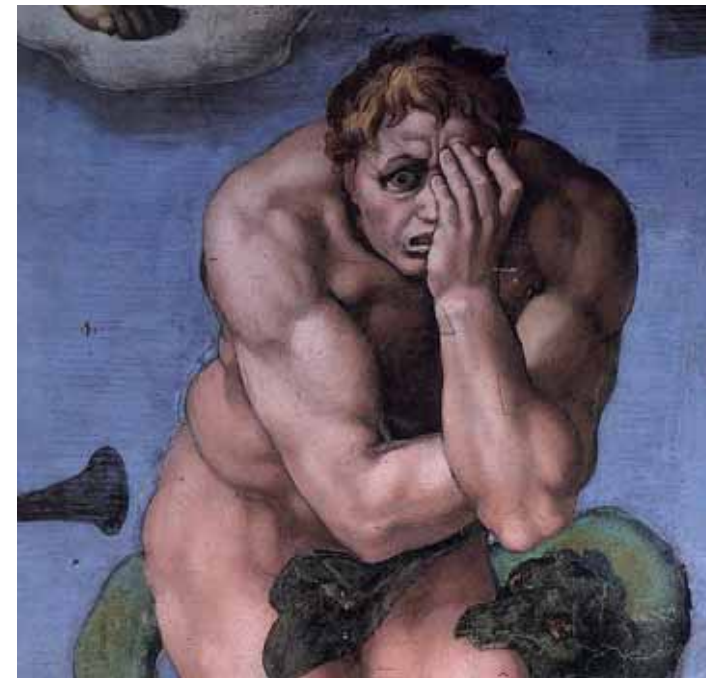
E così, con la parte colta diventata un lumicino incapace di rischiare le tenebre della notte, mi arrabatto fino alle 7,30 orario in cui, tu pensi, recherai il minor fastidio all'amico... Intanto prendi quello che trovi in casa per la gestione del dolore, ripensando al paziente che con quel farmaco, dopo un'estrazione di un ottavo incluso epico, ti ha spiegato che di alcuni antiinfiammatori si sovrastima l'efficacia e che la confezione dovrebbe essere ogivale per proporla al medico per un uso improprio ma più efficace. Durante una colica è impossibile stare a letto e mi attrezzo per passare un bel po' di tempo sul divano con il FANS che ha deliziato il mio paziente: bene il picco è a venti minuti... e ne dura altri venti, poi siete liberi di godervi le sensazioni di dolore, crampo, bruciore, contrazione e cattivi pensieri...

L'addome è trattabile? La diagnosi differenziale appendicite e calcolosi ureterale destra te la ricordi? E avanti così per le re-

stanti ore, con il cervello in pappa e i telegiornali della notte a tenerti compagnia alternati da televendite, film in bianco e nero e documentari che probabilmente di giorno non vedresti mai, e neanche di notte, se potessi, in un tentativo di anestesia catodica come quando la Tv aveva il cinescopio; volevo chiamarla anestesia al plasma, ma sembrava troppo vera e questa non funziona per niente...

Dopo l'alba è arrivato un bel mattino di pioggia e sono andato in ospedale al Pronto soccorso... per fugare dubbi di patologie potenzialmente letali e ricevere un qualche sollievo. Cosa che è puntualmente avvenuta e, dopo una parca cena, mi ha consentito alle 2,30 di notte di tornare in possesso di una bellissima insonnia senza origine algica e di una quantità preoccupante di progetti creativi, da questi pensiero ai disegni per alcune t-shirt, ad alcune modifiche per una ipotetica moto da comprare. La medicina ha fatto passi avanti notevolissimi nella gestione del dolore acuto, fortunatamente, perché la realtà distorta e umiliata dal dolore blocca irrimediabilmente la capacità ideativa e creativa del paziente. Mi sembrava di trovarmi all'interno di una campana che avrebbe fatto un suono bellissimo se io non avessi impedito al batacchio di arrivare alla parete, mentre qualcuno, beninteso, tirava con forza la corda.

Ricordo una mattina al pronto soccorso del lunedì, quindi in una situazione di stress, quando la bravissima ecografista, collegata al database della mia storia clinica, guardando la mia idro-nefrosi di secondo grado, mi dice: «Vedo che ci



Michelangelo Buonarroti: Il Giudizio universale (particolare)

siamo incontrati altre volte per cose simili, chissà che male (sì, ndr), scusami tanto se incontrandoti in giro non ti saluto, sono distratta ma mi dispiace! Salutami tu oppure appuntati una eco sul maglione così ti riconosco»... altro che anestesia catodica, stavo male ma sorridevo.

E potrei andare avanti per ore se non fossi certo che voi di notte avete di meglio da fare che chiacchierare con me.

Comunque, il prossimo paziente che sentite raccontare, con immagini potenti il suo dolore, guardatelo con simpatia e, mentre lo aiutate, ricordatevi del dipinto di Michelangelo (affetto da nefrolitiasi come sapete o mal della pietra) Anima dannata e potrete immaginare quanto è stato atteso il vostro incontro e quanto sarebbe bello per lui, ma anche per voi, al di là della competenza di cui siete depositari, dire "deve essere stata dura, eh!".

# Rubrica di medicina generale



di Gianni Morolli

## MMG: la generazione futura

Secondo un pregiudizio abbastanza comune, il medico di medicina generale (MMG) è considerato un medico di serie B, che distribuisce pazienti a specialisti come una segretaria che fissa degli appuntamenti. Una certa responsabilità spetta allo sfortunato conio di "Medico di Base" e al suo effetto terra-terra e di inferiorità. Così tutti vogliono l'esperto, quello dei piani alti. Non c'è gran apprezzamento per i 30-40-50 contatti giornalieri rispetto ai pochi pazienti indirizzati allo specialista.

Il MMG vede ogni condizione, di ogni specialità, spesso all'esordio con sintomi atipici. Sa che il proprio *training* ospedaliero ha scarso valore perché nel mondo reale si deve abituare a vivere nell'incertezza. Non c'è posto, tra i MMG, per gli ossessivi o i paurosi perché si bruciano il cervello. Il MMG ascolta, non tratta, capisce che i sintomi raramente riflettono una malattia e che gli accertamenti sono spesso responsabili di reperti incidentali spuri. È testimone in prima battuta della moderna erosione della sensazione di benessere, della calamità iatrogena della medicalizzazione e dell'eccesso diagnostico e di trattamento.

La medicina generale è una specialità difficile, fatta di arte e mestiere, dove fiducia, rassicurazione e indirizzo sono i nostri grandi interventi terapeutici. Richiede sensibilità culturale, grande pazienza e capacità di recupero emotivo. Ogni MMG ha fatto il *Master* nell'approccio olistico al paziente, condividendone ogni giorno le esperienze e discutendo il razionale e l'irrazionale dei suoi problemi. Detto così sembra un lavoro impossibile, ma è invece una sfida gratificante, sempre diversa e persino divertente, valutata ogni giorno dai pazienti e dalle loro famiglie. I generalisti rappresentano il gruppo professionale più importante nel mondo dei sistemi di cura dal punto di vista economico, medico e sociale e hanno un peso fondamentale nel ridurre i costi della salute. Certo, oggi, ci confrontiamo con linee guida a volte stupide, che inducono richieste non necessarie e con la burocrazia, cui medici e pazienti devono pagare tributo per potersi muovere nei sistemi di cura. Ma la comorbidità e l'invecchiamento generale della popolazione richiederanno ugualmente, anche per il futuro, MMG rodati in grado di convivere con uno spettro biopsicosociale di diverse presentazioni e, possibilmente, selezionati non solo per la loro abilità, ma anche per il tipo di personalità, secondo un modello che già si sta sperimentando in alcune università estere.

# Semiseria... mente



di Marco Grassi

## AREA VASTA: la parola agli specialisti

L'istituzione dell'Area Vasta ha avuto vita tormentata. Non tutti sanno che, in gran segreto, sono stati raccolti i pareri dei medici prima di passare all'attuazione. Ecco cosa hanno risposto alcuni specialisti.

Per gli ostetrici è stato un parto distocico, ma per i pediatri la nuova creatura è destinata a crescere. Gli oculisti la considerano un'operazione miope mentre per gli ortopedici è una frattura rispetto al passato. Incertezze in ambiente chirurgico: alcuni chirurghi se ne lavano le mani, ma per altri chirurghi si è tagliato poco, mentre i cardiocirurghi, con il cuore in mano, hanno elegantemente by-passato la richiesta e i chirurghi vascolari temono il pericolo di un'emorragia (economica).

Mentre i radiologi stanno ancora radiografando la situazione, e comunque la vedono in bianco e nero, gli psichiatri ammoniscono: «Siete tutti matti!».

Incertezza fra gli odontoiatri che lo giudicano un provvedimento-ponte in attesa di uno definitivo e gli internisti che pensano che sarà una pillola difficile da inghiottire.

Gli urologi temono che l'intervento faccia acqua, anche se gli anestesisti assicurano che sarà indolore.

I cardiologi non hanno avuto il cuore di dire di no, ma con alcuni distinguo: per gli emodinamisti sarà un avvio stent-ato, in fibrillazione invece gli aritmologi.

Per i reumatologi l'articolazione del provvedimento è limitata, i dermatologi vi scorgono parecchi nei, per i pneumologi è una manovra di corto respiro e per i logopedisti è una risposta flebile. I laboratoristi, dal canto loro, sono certi che si tratti solo di una misura tampone.

I dietologi lo ritengono un magro risultato, anche se i diabetologi ritengono necessario inghiottire l'amaro boccone.

Gli infettivologi sono immuni dai facili entusiasmi e non temono di essere contagiati dall'ottimismo dei chirurghi plastici che affermano entusiasti: «Finalmente facce nuove!». Anche per i podiatri, tradizionalmente con i piedi per terra, è stato fatto un passo notevole così come per i medici sportivi, che giudicano l'iniziativa un rilevante salto in avanti.

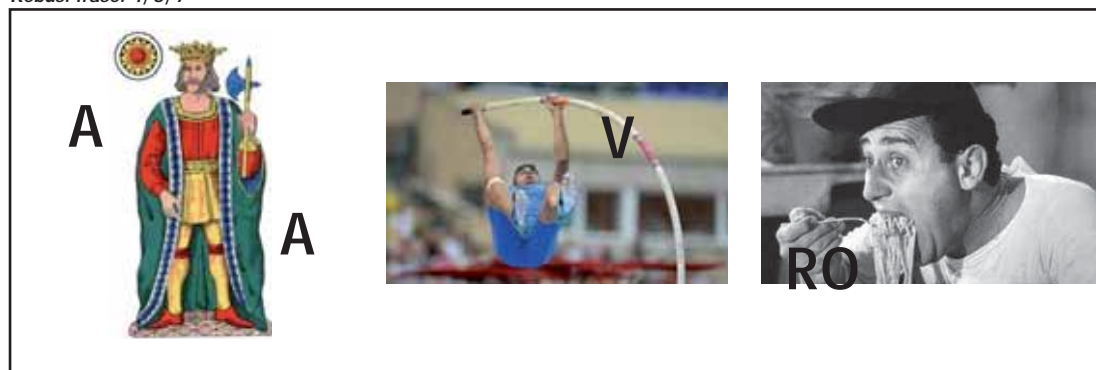
Per i gastroenterologi l'accorpamento sarà certamente catartico e i neurologi assicurano che avrà riflessi positivi.

Infine, gli anatomo-patologi devono ancora sezionare il provvedimento, nulla filtra dai nefrologi, e gli otorini sono sordi all'idea.

## IL REBUS

Nonostante tutto, l'Ausl di Area Vasta rimane per molti un *rebus* da risolvere, su cui anche raffinati enigmisti si sono cimentati.

Rebus: frase: 4, 5, 7



### AREA VASTA, variazioni sul tema - 1

- A**vanti a tutti i costi!
- R**iposino in pace (... le vecchie Ausl)
- E** poi...?
- A**nche no!
- V**eni, vidi... e cosa vici?
- A**nche sì!
- S**iamo proprio sicuri?
- T**e la do io l'Auslona!
- A**ccidenti che farò, quattro Ausl accorperò...

### AREA VASTA, variazioni sul tema - 2

(discendiamo dagli antichi romani: nihil sub sole novi)

- A**lea iacta est! (Svetonio - De vita Caesarum)
- R**ebus sic stantibus
- E**rrare humanum est
- A**d maiora rerum initia (Verso più fulgidi destini)  
(Livio - Ab Urbe Condita)
- V**ade retro!
- A**rbore deiecta, quivis ligna colligit (proverbio:  
caduto l'albero ognuno corre a far legna)
- S**olamen miseris socios habuisse malorum (è  
consolazione per i disgraziati aver avuto com-  
pagni di sventura. Anonimo)
- T**abula rasa
- A**udaces fortuna iuvat

Mauro Giovanardi

# Medici ma non solo

## FIORI DI PRATO



di Luigi Casadei

Pensando all'immenso patrimonio artistico della Toscana, ci vengono subito in mente Firenze, Siena, Pisa, Lucca, Arezzo, San Gimignano... (e già con queste si vince ogni confronto con qualsiasi altra nazione al mondo!). Ma poi vogliamo scordare Pienza, Volterra, Monteriggioni, Montepulciano...? Ormai le ho dette quasi tutte, perciò sono curioso di sapere: e Prato, dove la mettiamo? Allora vi lanciai una sfida: se riuscite a superare indenni i lavori che a Bologna-tangenziale e da Rovieggio a Roncobilaccio affliggono i viandanti, uscite a Prato Est e raggiungete il centro cittadino, dove vi aspettano sorprendenti, piacevolissime soste. Gli è che, dopo sedici anni di restauro, ha riaperto al pubblico il Palazzo Pretorio (Sec. XIII-XIV). E, per l'occasione, solo fino

al 13 gennaio 2014, l'antico edificio ospiterà l'esposizione: "Da Donatello a Filippo Lippi, officina pratese". Per chi s'è preso a cuore il Rinascimento, dirò che questo è uno dei migliori allestimenti che ho potuto visitare negli ultimi anni: una folla di pregevolissimi dipinti si è data appuntamento in queste avite sale, sbocciando in una densità d'opere belle come non s'era quasi mai visto. L'officina pratese, cui rimanda il titolo della mostra, è quella della Pieve di santo Stefano, l'attuale Duomo. Lippi, ormai al culmine della sua notorietà, fu incaricato d'affrescare l'abside nel 1452 e vi portò a termine il proprio capolavoro (*Evangelisti, Storie del Battista e di S. Stefano*). Di straordinaria fattura appare tutto il ciclo pittorico, che cinge una vetrata disegnata anch'essa dal Lippi. Una figura appena a sinistra della vetrata stessa è l'autoritratto del pittore, mentre per potenza evocativa, la Salomè che danza per compiacere chi le deve donare la testa del Battista, è un fremente richiamo all'arte di Botticelli, che di fra Filippo Lippi fu allievo illustrissimo.

Agli affreschi del Duomo si accede pagando un contributo ben speso di tre euro, dalle 13 alle 17, la domenica, dalle 10 in poi gli altri giorni (con orari flessibili, ovviamente, in rapporto alle sacre funzioni). L'interno del duomo contiene inoltre affreschi di Paolo Uccello, di Andrea di Giusto, di Agnolo Gaddi, e altre opere di pittura e scultura che scoprirete da voi in ogni spicchio di questo piccolo, inestimabile forziere. Mentre l'esterno a bande bianche e verdi offre sul portale una lunetta di Andrea della Robbia e, soprattutto, all'angolo destro è caratterizzato dal *pergamone del Sacro Cingolo*, opera di Michelozzo, con formelle del parapetto realizzate da Donatello (attualmente quelle visibili sono copie, essendo gli originali ben custoditi in altro luogo).

Tornando alla mostra, l'ingresso costa dieci euro (c'è un piccolo sconto per chi soggiorna in hotel) e offre un percorso completo alla scoperta dell'opera di fra Filippo e dei suoi allievi. I quali molto contribuirono al suo successo e gli furono amici in vita e oltre, come fra Diamante che, dopo la morte di Filippo, accudì e avviò a un'ottima carriera il figlio di lui: Filippino. Costui era nato da una relazione del maestro con una monaca o comunque una fanciulla destinata in ogni caso al monastero: di lei abbiamo probabilmente un ritratto nell'opera catalogata 6.2: *Madonna della cintola e santi*, mentre la situazione di Filippino, figlio illegittimo, era stata denunciata alle autorità del tempo, come d'uso, con lettera anonima (anch'essa esposta tra i reperti di questa preziosa collezione). Insomma si tratta di una ricostruzione storico-artistica di grandissimo impatto: un'occasione per ammirare una raccolta unica e forse irripetibile. Invito tuttavia chi non riuscisse a visitarla a non disperare: molte delle preziose opere resteranno comunque a Palazzo Pretorio, sede appunto del rinato Museo civico di Prato.

Per quanto concerne la città, all'interno delle mura sorgono ancora la *chiesa di San Domenico* e quella di *San Francesco* coi loro bei chiostrini. In quello di San Francesco, s'apre la Sala Capitolare con begli affreschi

(Sec. XIV) di Niccolò di Pietro Gerini. Non ci sono orari per la visita ed è fondamentale essere simpatici al sagrestano, che spesso tenta di sviarvi: siate fermi nel vostro proponimento - se volete ammirarli - e insistete cordialmente. Tutte queste emergenze monumentali sorgono a poche decine di metri l'una dall'altra: dal fianco di San Francesco si guardano la rinascimentale *chiesa di Santa Maria delle Carceri* e il *Castello dell'Imperatore*, imponente costruzione voluta in queste forme da Federico II. Resta da menzionare almeno palazzo Datini, dimora rinascimentale del mercante pratese che costruì un impero finanziario nel 1300, fondando a Prato la *compagnia dell'arte della lana* e la *compagnia dell'arte della tinta*. Alla sua morte, nel 1410, lasciò in dono una somma enorme per il sostentamento e la cura dei poveri. Ancor oggi il suo immenso archivio costituisce poi un'opportunità singolare e preziosissima, per chi compia studi storico-economici, sul mondo medioevale. Lasciando Prato,



Prato: lunetta robbiana sul portale del duomo

possiamo raggiungere dopo soli otto chilometri la *Villa Medicea di Poggio a Caiano*. Si può visitare (ingresso gratuito ogni mezzora) considerando che questa dimora commissionata da Lorenzo il Magnifico a Giuliano da Sangallo, fu abitata da principi e principesse d'ogni epoca fino a Vittorio Emanuele II, nel periodo di Firenze capitale d'Italia. Oltre agli arredi originali sono qui conservate opere del Vasari e del Veronese, mentre il salone al primo piano rifugge d'affreschi del Pontormo, del Franciabigio, di Andrea del Sarto e dell'Allori... Su cui, per ora, ci fermiamo un momento a riposare...

## BEETHOVEN VII SINFONIA, SECONDO TEMPO, ALLEGRETTO. FELICITÀ E SPLENDORE AL TEMPIO

Pausa silenzio suono... Note ritmate e gravi evocano un profondo mistero, una elegiaca malinconia, alimentano suggestioni, ma suonano con la loro indicibilità come semplice pretesto per un sublime volo della fantasia e mi proiettano in un mondo interiore fatto di sensazioni - battiti - fremiti...

Ora la lanterna magica mi proietta l'uomo impegnato con tutte le forze a superare ardue difficoltà colto nell'atto del migliorarsi, consapevole della vacua indifferenza del mondo circostante (vedasi film *Il discorso del re*).

Ma ecco emergere un bassorilievo con immagini che si stagliano su uno sfondo avvolto da nebbia, mi trovo immerso in uno spazio prospetticamente infinito...

Il vero protagonista è il colore che, con i suoi toni più chiari e scuri, costruisce un'immagine ricca di

densità pindarica, una festa per gli occhi: *Il martirio di san Lorenzo* di Tiziano... insolito per lui, inquietante, scuro ma disseminato di punti luce dove il vero protagonista è il fuoco, che è terreno e divino al tempo stesso, ora divampa ma poi si smorza... odo ardere le fiamme, odo urla e il brusio degli uomini che organizzano il lavoro... Tiziano, un grande accademico? No, un precursore che fiutava il volgere della storia...

Ma continua il lento incedere ritmato delle note, il loro crescere di intensità...

Ludovico mi stai delicatamente traslando, mi prendi per mano e mi conduci all'interno di un bosco, là dove io possa percepire i profumi della natura... udire il fremito del fogliame... toccare i fiori vellutati... mi sovviene "Il canto d'amore di Apollinaire: " *Les vagues de la mer où naît la vie et la beauté*"...



Claude Monet: Palazzo Ducale Venezia

percepisco luci bagliori e riflessi da radure lontane che mi esprimono la natura misteriosa del pensiero, la complessità della percezione visiva... Ora il caleidoscopio mi propone una tavolozza densa di colori... un acquerello di Kandinsky all'apparenza privo di significato, ricco di geroglifici del colore la cui scelta corrisponde alla declinazione pittorica delle emozioni, dove realtà e poesia si fondono come avviene nell'occhio e nell'anima dell'uomo... In un turbinio di pensieri-immagini, ritmati da una agogica coinvolgente, mi giunge la luce radiante e il luminoso silenzio di un tramonto di fine estate a Venezia... con l'acqua verde della laguna che manda bagliori di luce verso l'azzurro del cielo ora fattosi più tenue e metafisico per la tranquillità stessa e la bellezza priva di senso della materia... con il ronzio lontano dei primi astri comparsi, anch'essi spettatori di un teatro il cui sipario è dato dal biancore spettrale della facciata palladiana della chiesa di San Giorgio Maggiore... con il palazzo Ducale che capta avido gli ultimi raggi di luce a fare da grande lampadario centrale e la presenza di figure signorili, decadenti interpreti creati dalla penna di Mann o Proust o James..., ma Venezia dipinta da Monet è sempre Venezia? Ma ecco una nuova pausa silenzio suono mi allontana da questo ipnotico fantasticare per consegnarmi estasiato alla realtà: inizia il leggiadro "presto" del terzo movimento.

Vittorio Carlini



di Gian Maria Catrani

## I VILLANOVIANI

La denominazione deriva dalla scoperta casuale, avvenuta nel 1853 a Villanova di Castenaso (8 km da Bologna), a opera di Giovanni Gozzadini, di una serie di tombe caratterizzate dal rito della cremazione; dalla deposizione dei resti ossei e delle ceneri in vasi di impasto (cioè di argilla non depurata lavorata a mano e cotta a temperatura non troppo elevata) definiti biconici a causa della loro forma (quasi due tronchi di cono sovrapposti), coperti per lo più da ciotole anch'esse d'impasto nero o dalla presenza più o meno

rilevante di oggetti di ornamento o comunque legati al defunto (rasoi di forma lunata, collane, armi, utensili, ecc...) e di varie ceramiche di impasto (brocche, ciotole, scodelle, per lo più legate al banchetto, ecc). Il termine villanoviano fu poi esteso a esemplificare analoghe manifestazioni funerarie in altre regioni italiane. La cultura villanoviana infatti, costituisce il fenomeno culturale più vistoso della prima Età del ferro nella penisola italiana (IX-VIII sec. a.C.), ed è diffusa in Toscana (Etruria), nell'alto Lazio, nella regione a sud della pianura Padana facente capo a Bologna, nella Romagna orientale (Verucchio e bacino del Marecchia), a Fermo nelle Marche, in Campania in provincia di Salerno (Pontecagnano, Sala Consilina) e a Capua. La cultura villanoviana è documentata attraverso due categorie di materiali: scarsi quelli provenienti dagli abitati (fondi di capanne), imponenti quelli provenienti dalle necropoli. I Villanoviani della prima età del ferro vivevano in capanne rotondeggianti monofamiliari, dal tetto a dop-

prio spiovente, con struttura lignea ricoperta da frasche coibentate da argilla seccata al sole. La loro forma ci è documentata dalle urne a forma di capanna (usate come cinerari in area toscolaziale). Tali strutture abitative erano raggruppate in piccoli nuclei sparsi, probabilmente legati da vincoli di parentela, situati solitamente su sicure alture poste in vicinanza di sorgenti o in zone costiere, in prossimità di porti naturali, con i sepolcreti localizzati vicino al contesto abitativo. All'inizio dell'Età del ferro (IX-VIII sec. a.C.) si assiste al progressivo abbandono di questi villaggi sparsi, con il convergere di popolazione nei siti destinati a diventare cardini dell'assetto abitativo etrusco fino all'età romana. L'indagine archeologica del sottosuolo delle maggiori città etrusche ha mostrato, infatti, che il momento più antico dell'insediamento risale alla cosiddetta civiltà villanoviana (Volterra, Chiusi, Vetulonia, Orvieto, Vulci, Tarquinia, Cerveteri, Veio). Il processo di concentrazione (sinecismo) non è stato ovunque di pari intensità, ma ha dato vita a situazioni differenziate. Nell'Etruria settentrionale, per esempio, lo sviluppo urbano avviene precocemente a Vetulonia e Populonia, in ragione dello sfruttamento delle vicine aree metallifere; nell'Etruria meridionale gli insediamenti con sviluppo urbano si sono realizzati in prossimità di porti, come a Cerveteri e Tarquinia, dato che l'economia del comprensorio privilegiava i traffici marittimi commerciali. Per quanto riguarda il mondo della produzione, si possono fare alcune considerazioni di carattere generale. L'agricoltura era l'attività economica primaria che garantiva alla comunità la sussistenza; cereali e legumi (grano, farro, miglio, orzo, piselli fave e olive) erano i prodotti più comuni che costituivano la base dell'alimentazione. Attività integrative erano l'allevamento, la caccia, la pesca, la raccolta. Di prestigio doveva essere l'allevamento del cavallo (prerogativa del guerriero).



Collegate a queste attività erano le attività artigianali, quali la lavorazione dei metalli, del legno, la concia delle pelli, la lavorazione dell'osso, la filatura, la tessitura e la raffinata lavorazione dell'ambra di importazione baltica. Le aspre polemiche sorte fra gli studiosi, fin dalla scoperta, sull'identificazione del popolo a cui questa cultura poteva attribuirsi, sono state superate dalla orga-

nica formulazione dell'etruscologo Pallottino, che ha considerato la cultura villanoviana la fase più arcaica della cultura etrusca. È nota l'antica teoria che vuole gli Etruschi di provenienza orientale (dalla Lidia secondo Erodoto, pelasgica secondo Ellanico), come pure l'altra elaborata da Dionisio di Alicarnasso, che li considera un popolo autoctono dal nome indigeno di Rasenna. Gli studiosi moderni ne hanno proposta una terza, quella della provenienza dall'Europa centrale. L'etruscologo Pallottino ha considerato criticamente le diverse teorie correnti sulle origini degli etruschi, individuandone l'inadeguatezza nell'erronea premessa per cui si è posto un problema di provenienza geografica e non di formazione etnica e culturale. Il processo formativo del popolo etrusco non può aver avuto luogo se non nel territorio dell'Etruria storica e coincide con l'apparizione della civiltà villanoviana, in cui è dunque da individuare la fase più antica della storia di questo popolo. La scoperta a Bologna di una lunga iscrizione etrusca su un'anforetta villanoviana di impasto, proveniente dal sepolcreto Melenzani, ne costituisce un'importantissima conferma sul piano archeologico, perché dimostra che i portatori della cultura villanoviana bolognese scrivevano in etrusco ed erano quindi Etruschi. Datata dal IX al VIII secolo a.C., la civiltà villanoviana affonda le sue origini nell'Età del bronzo e si caratterizza proprio per il sorgere, nei comprensori delle future grandi città etrusche, di rilevanti aggregati urbani, aspetto primario della comparsa storica degli Etruschi (Peroni 1996, pp. 409-585).

Nell'evoluzione della civiltà villanoviana-etrusca, determinante è l'apporto dell'influenza greca e fenicia, attraverso i traffici marittimi commerciali e l'immigrazione di gruppi attratti dalle risorse e dalle ricchezze minerarie del paese. Si tratta in sostanza dell'adattamento di una cultura indigena nei confronti di una esterna, cioè di un problema di formazione più che di origine, in cui la componente orientale appare dominante. La cultura villanoviana, fenomeno esclusivamente indigeno, lascia il posto all'orientalizzante, cultura dalla matrice greca, scaturita dall'assiduo contatto con il mondo orientale che caratterizza tutto il bacino mediterraneo a partire dall'ultimo quarto del VIII secolo (725 a.C.). La più concreta testimonianza dell'influenza orientale fenicia e greca è costituita dall'adozione dell'alfabeto di tipo greco-euboico, originato dalla elaborazione di quello fenicio, probabilmente attraverso i contatti commerciali con i coloni greco-euboici dello stanziamento di Pithecusa (Ischia) e della colonia di Cuma. È opinione comune che si debba ai Greci l'introduzione della viticoltura intensiva della *vitis vinifera* (coltura originaria di popolazioni ariane caucasiche) e la cultura del banchetto-simposio (prerogativa delle classi aristocratiche greche). Il banchetto-simposio perde l'aspetto filosofico-politico della società greca per assumere caratteristiche più ludiche e spettacolari, spesso con la partecipazione della donna, esclusa dal banchetto nella Grecia classica. La viticoltura ha incrementato naturalmente l'abitudine a un ampio consumo di vino sia nella vita quotidiana che nei rituali funerari. Nuova tecnologia anche nel campo della ceramica: i vari contenitori ceramici erano ottenuti modellando a mano l'argilla grezza di impasto, con cottura non sempre controllata. L'introduzione della tecnologia greca del tornio veloce, della depurazione dell'argilla e del controllo della tempe-



ratura del forno - dovuta al contatto con le colonie greche e alla frequentazione dei greci immigrati dalle colonie greche dell'Anatolia in rivolta contro l'impero persiano - ha trasformato il modellamento e l'estetica dei vasi. Questi vasi, prodotti con la nuova tecnologia, erano in grado di competere con quelli fabbricati ad Atene e a Corinto nel periodo arcaico della produzione e importati in grande quantità attraverso le rotte commerciali che facevano capo ai vari porti tirrenici e adriatici (Spina). La lavorazione ma-

nuale, casalinga, senza l'ausilio del tornio, era riservata solo ai contenitori da cucina. Tale acquisita tecnologia ceramica, ereditata successivamente dagli etruschi, ha creato le basi per un fiorente artigianato etrusco del settore. È convinzione comune degli specialisti archeologi che le sofisticate tecniche di lavorazione di molti generi di artigianato presuppongano quindi un apprendistato ricevuto da artigiani greci e orientali, detentori di un sapere più avanzato, stanziati o itineranti nelle varie località del mondo villanoviano-etrusco. L'incremento della produzione di oggetti di ferro e bronzo (armi, utensili, ornamenti, oggetti artistici), della sofisticata lavorazione dell'oro e dei metalli nobili (filigrana, granulazione, ageminitura), dell'avorio e dell'ambra, presuppongono la trasmissione di nuove tecnologie. Lo sviluppo delle tecniche ceramiche e metallurgiche portò alla creazione di botteghe di artigiani specializzati a tempo pieno, ricavandone i mezzi atti a migliorare il loro livello economico e sociale. È verosimile che il modello villanoviano, formatosi nell'Etruria propria, si sia diffuso molto precocemente per motivi e modi che ci sfuggono: per via terrestre attraverso i valichi dell'Appennino toscano-emiliano nell'area bolognese, romagnola (Verucchio) e nelle Marche (Fermo); per via marittima al litorale salernitano e attraverso l'Etruria interna (Veio, Chiusi) al comprensorio di Capua.

# Recensioni



## LE BASI DELLA MEDICINA CINESE

*Fondamenti filosofici, fisiologia, eziologia.*  
di Massimo Muccioli  
Edizioni Pendragon 2013

Il collega Massimo Muccioli, studioso e cultore della medicina cinese, definisce la sua opera "...una porta d'ingresso per inoltrarsi in questa disciplina diversa, complessa e affascinante... dove la relazione tra filosofia e medicina è strettissima, stimolante quanto inevitabile..."

È un viaggio in un mondo di conoscenza dalle radici millenarie, capace fra l'altro di anticipare largamente scoperte e invenzioni - come la bussola, la carta, la stampa - e intuizioni in campo matematico, che noi occidentali, invece, riteniamo da sempre un nostro patrimonio.

L'autore

**Massimo Muccioli**, medico, agopuntore ed esperto di farmacologia tradizionale cinese, è nato e lavora a San Marino. È fondatore e direttore della Scuola Tao con centri di insegnamento a Bologna, Milano, Canton Ticino.

Non sfugge all'autore la complessità di proporre al mondo occidentale l'antica medicina cinese, perché la struttura di pensiero sulla quale essa si fonda è radicalmente diversa. A differenza del pensiero occidentale, basato sull'analisi, sulla scomposizione dei problemi, sull'inconciliabilità degli opposti che porta, secondo l'autore, a una visione ristretta, incapace di cogliere il reale nella sua complessità, "la cultura cinese non divide né oppone, ma raccoglie in una visione globale e organica... evidenzia le corrispondenze fra le cose inserendole in un quadro complessivo."

È in virtù di questo "pensiero circolare", più adatto a cogliere la molteplicità e la variabilità di relazioni fra le cose e capace a collocarle in un quadro complessivo che supera la "tirannia" del calcolo e della logica analitica, che si è sviluppata una medicina "...quanto mai evoluta, ma del tutto diversa rispetto a quella che si è andata affermando nei secoli in Occidente..." basata sullo studio dell'equilibrio fra *yin* e *yang* - i due aspetti indissociabili e opposti di cui ogni cosa e ogni fenomeno si compone - e sulla regolarizzazione dei flussi del *qi* (energia).

Come si vede, e come sottolinea lo stesso autore, si tratta di concetti "alieni" alla nostra tradizione e ai nostri insegnamenti universitari, che non possono tradursi in un'applicazione puramente tecnica di principi terapeutici, senza aver studiato e compreso a fondo il contesto culturale che li ha generati.

L'opera introduce il lettore in questo complesso e - forse proprio perché così radicalmente diverso - affascinante universo di pensiero e di conoscenze.

Mauro Giovanardi



## PEDIATRI E BAMBINI

*I maestri della pediatria italiana raccontano*  
di Giancarlo Cerasoli e Francesco Ciotti  
Maggioli Editore 2013

È fresco di stampa per la collana Sociale & Sanità di Maggioli Editore. Maggioni, Burgio, Nordio, Panizon, Vullo, Cavazzuti, Biasini, Mastella, Alcaro, Auricchio, Orzalesi, dodici grandi maestri (nati fra il 1918 e il 1936) si raccontano e tracciano il cammino della pediatria degli ultimi sessant'anni. Ideato in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri (ACP), il libro raccoglie storie di vita che affascinano e consegnano ai giovani pediatri un bagaglio umano e professionale frutto di radicali cambiamenti di tecniche e di mentalità. Parlano i padri di specialità infantili come genetica, nutrizione, neonatologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, malattie croniche. Messaggi semplici e appassionati, permeati di quello spirito di servizio e teso al lavoro di squadra che ha fatto compiere il salto di qualità alla pediatria a partire dalla generazione di pediatri del dopoguerra. E qui non posso non ricordare il nostro prof. Ugo Gobbi - fondatore dell'Ospedalino dei Bambini di Rimini, recentemente scomparso - che, pur non essendo tra gli intervistati, ha dato un importante contributo alla medicina infantile.

In tutti i racconti c'è la passione, l'amore per la ricerca, la capacità di mettersi in gioco e accettare nuove sfide. E così Fabio Sereni parla della nascita di prestigiose riviste come *Prospettive in Pediatria* (1969), Marcello Orzalesi racconta di come si è arrivati al prelievo dalla radiale, Burgio ricorda come a soli 5 anni, sul cavallo a dondolo, decise che avrebbe fatto il pediatra o Biasini che descrive l'incontro casuale da cui è nato il progetto "Nati per leggere". Emerge in tutti il ruolo avuto dai loro Maestri anche sulle future scelte specialistiche; unanime il richiamo alle conquiste gigantesche in campo scientifico, diagnostico e terapeutico.

Consigli ai giovani pediatri di oggi? Mettere sempre il bambino e la sua famiglia al centro di ogni attenzione fornendo ai genitori gli strumenti per acquisire autonomia (Orzalesi), non smettere mai di studiare ("studiare con la mente ma anche studiare con il cuore" sostiene Roberto Burgio), confrontarsi, usare spirito critico per "interpretare lo sviluppo del bambino nel mondo degli adulti" e accompagnarlo "alla conquista della realtà del mondo" (Sergio Nordio).

Perché ogni storia è unica e irripetibile e... i maestri della pediatria ce lo fanno ben capire in questo volume!

Antonella Chiadini

# Corsi, convegni, congressi, attività culturali

## SIMPOSIO "IL VISO AL CENTRO DEL PIANO DI TRATTAMENTO INTEGRATO"

**Palacongressi di Rimini 13 e 14 dicembre 2013**

*Segr Organizzativa Mj Eventi sas, tel. 055 576856, eventi@mjeventi.eu*

## "STIAMO BENE... NATURALMENTE!"

**10 aprile 2014**

Giornata Internazionale della Medicina Omeopatica

A.I.O.T. Associazione Medica Italiana di Omotossicologia

*www.giornataomeopatia.it*

## CORSO DI FORMAZIONE DI PSICOLOGIA FORENSE MINORILE

**Gennaio - Aprile 2014**

Associazione Itaca Rimini

*Per info ass.itaca@gmail.com - tel. 0541.1573736*

# Spazio Ammi

*Venerdì 28 ottobre, in occasione della Giornata Nazionale dell'AMMI, presso la Sala del Buonarrivo del palazzo della Provincia, il prof. Riccardo Santolini - docente di ecologia all'Università di Urbino, uno dei massimi esperti sul tema "Servizi ecosistemici", già assessore all'Ambiente del Comune di Rimini e membro, in qualità di esperto, del Laboratorio Valmarecchia del Piano Strategico - ha tenuto una conferenza sul tema:*

**Le funzioni della natura per il benessere umano: servizi ecosistemici e valutazione economica.**

*Ne riportiamo la sintesi che ci ha inviato la presidente della sezione AMMI di Rimini, prof.ssa Alessandra Babini Corvetta.*

Negli ultimi 30 anni, i costi per la sanità, in particolare modo quelli per la cura delle cosiddette patologie ambientali, sono aumentati esponenzialmente in tutti i paesi cosiddetti "sviluppati". Contemporaneamente sono aumentate, negli stessi paesi, le patologie in qualche modo legate all'ambiente. Sembra (o è) un paradosso: da una parte si spende per curare, dall'altra parte si spende per trasformare l'ambiente, in nome del miglioramento delle condizioni di vita, verso assetti ostili o, per lo meno non adatti alla salute e al benessere dell'uomo, producendo nuove patologie fisiche e psicologiche (*Italian MISA group 2001*). Probabilmente vale la pena soffermarsi a riflettere sull'uomo e sulle reali esigenze della persona, intesa come essere unico in cui fisico, psiche e movimento costituiscono un insieme inscindibile, per cui se si agisce, per esempio, sul sistema motorio, ciò dà ripercussioni sugli altri sistemi, per esempio respiratorio, del ricambio, psichico, ecc. Il risultato potrebbe essere un ripensamento totale sulla pianificazione e progettazione degli ambienti e sulle abitudini di vita che in questi ambienti si consolidano, a partire dall'osservazione delle patologie ambientali e dalle cause che le producono. Infatti l'uomo è immerso nella matrice aria, è costituito da acqua e dipende fortemente anche dal suolo: è inevitabile quindi che la qualità di questi elementi e dei loro prodotti determinino la qualità e la salubrità del sistema in tutte le sue componenti (Gibelli et al. 2007).

Nei paesi industrializzati, la crescita demografica non è più proporzionale alla crescita delle unità abitative, conseguenza della scelta di dare all'edilizia una funzione trainante per l'economia indipendentemente dal consumo delle risorse del Capitale Naturale e dalle reali necessità di abitazioni. Nei vari paesi, infatti, sebbene siano diversi e complessi i fenomeni di urbanizzazione, con aspetti di periferizzazione degenerativa (*degenerated peripheralization*) umana e territoriale, le dinamiche risultanti si riflettono sull'ecologia degli ecosistemi (naturali e non), sia da un punto di vista spaziale, sia funzionale. Un'area urbana, indipendente dalla luce solare, è fortemente energivora (*energy-consuming*) rispetto a una serie di risorse che provengono dall'ambiente naturale (prodotti agricoli, acqua, ecc.).

Questo sottolinea come tutti gli ecosistemi siano sistemi aperti, nel cui "motore" entrano, restituite sotto forme diverse, energia e informazione per produrre lavoro. Questo flusso di energia che li attraversa, caratterizza il lavoro degli ecosistemi, cioè la loro capacità di fornire beni e servizi (qualità dell'acqua, qualità dell'aria, assorbimento di CO<sub>2</sub>, protezione del suolo, materie prime, servizi ricreativi e culturali, ecc.) che soddisfino direttamente o indirettamente i bisogni umani (MEA, 2005), detti servizi ecosistemici (SE).

Gli ecosistemi sono quindi sistemi in continua dipendenza gli uni dagli altri in cui le aree urbane assumono un ruolo energivoro, di forte dipendenza dalle funzioni del capitale naturale. L'obiettivo di portare la città a condizioni sempre meno squilibrate e parassitarie, può costituire un'utile molla per interventi interessanti e l'adozione di buone pratiche.

Attualmente, la novità sta nella necessità di avere una visione sempre più ampia, sistemica, sia del paesaggio da cui provengono i flussi di materiali ed energia (il paesaggio che fornisce cibo, acqua, energia) che nutrono l'ecosistema urbano, sia di quello che riceve i residui in uscita (i luoghi in cui si scaricano i rifiuti solidi, liquidi e gassosi).

Il tentativo di riequilibrare la situazione almeno attenuando il parassitismo, in relazione alle diverse scale di riferimento, può avere successo se si rie-



sce a dimostrare se e come la città possa ridurre la domanda di materia ed energia, non solo intervenendo sui consumi, abbattendo gli sprechi e ottimizzando il rendimento delle macchine, ma anche diventando “produttrice” di materia ed energia, ottimizzando le opportunità presenti al suo interno. Uno dei fattori chiave è il recupero dei sistemi ad energia solare (aree verdi) presenti al suo interno e nelle aree in connessione con lo spazio rurale. Tali sistemi devono essere elemento strutturale e funzionalmente sussidiario al sistema urbano, soggetto a pianificazione e progettazione specifica, tenuto conto che è parte del capitale naturale, non scambiabile con altri capitali e non monetizzabile. Infatti, gli ecosistemi naturali urbani, producendo una serie di SE, contribuiscono alla salute pubblica e aumentano la qualità di vita dei cittadini, migliorando le loro condizioni di sopravvivenza e la qualità economica dell'area urbana (Santolini 2013). Il valore espresso dalle loro funzioni è notevole: il professor Thomas Elmqvist, dello *Stockholm Resilience Centre* (2011), in una sintesi (10 studi, 9 città cinesi e 1 USA) descrive il valore monetario di sette servizi ecosistemici relativi agli spazi verdi urbani. Mediamente il servizio ricreativo (*Recreation and Amenity*) e gli effetti sulla salute (*Health effects*) contribuiscono rispettivamente a un valore di US\$ 5,882 e US\$ 17,548 ha/year, con una media totale di US\$ 29,475 ha/year.

Le amministrazioni delle città, a causa del fenomeno sempre più diffuso del decentramento, stanno diventando sempre più responsabili della gestione locale e della fornitura di servizi per i propri cittadini. Essi sono i migliori fautori del cambiamento poiché possono operare dai livelli sociali più bassi (*grassroots*). Lo sviluppo della consapevolezza legata alla forte dipendenza da un ambiente naturale sano - che fornisce continuamente SE (acqua e aria pulita, cibo sano etc.) e opportunità (lavoro per il loro mantenimento) - sono il fondamento per percorrere la strada della sostenibilità vera, in modo da influenzare il benessere umano e le attività economiche da cui esso dipende. Di conseguenza, rispetto a una decisione di trasformazione territoriale, discutere di capitale naturale e dei servizi

ecosistemici conseguenti permetterebbe una comunicazione più efficace circa il valore identitario dei luoghi e quello pubblico delle risorse, nonché dell'impatto ambientale e delle conseguenze ecologiche, economiche e sociali. In questo modo i benefici che derivano da un ecosistema che funziona diventano subito visibili e subentra la consapevolezza dell'utilità dei servizi sia per i cittadini che per i decisori locali: ogni qualsiasi minaccia all'ecosistema dovrà essere considerata in termini di bilancio economico ambientale considerando i benefici che verrebbero persi e il danno economico socio-ambientale (Santolini 2013). Pianificare e progettare le aree urbane come sistema ecologico d'area vasta, non ha il velleitario obiettivo di riportare o mantenere la città in condizioni di equilibrio con l'ambiente esterno, ma progettare gli edifici, la topografia urbana, gli ecosistemi naturali urbani ecc. all'interno di una pianificazione che consideri le funzioni del Capitale Naturale e dei suoi cicli (delle acque, dei rifiuti, dell'energia ecc.), assume un'importanza strategica come supporto ecosistemico dello sviluppo durevole della città e del benessere dei suoi cittadini.

#### Bibliografia

- Elmqvist T, Setälä H, Handel S, van der Ploeg S and de Groot R (2011) *Benefits of ecosystem services in cities. Article to be submitted formally. In: TEEB, The Economics of Ecosystems and Biodiversity (2011). TEEB Manual for Cities: Ecosystem Services in Urban Management.* www.teebweb.org
- Gibelli G., Fontana Sartorio M., Gibelli G., Lodi M, Santolini R., 2007. *Landscapes' functions and human health: incidence of environmental changes.* Journal of Mediterranean Ecology, vol. 8: 27-42
- Italian MISA group: Biggeri, A., Bellini, P, Terracini, B. 2001. *Epidemiol Prev.*, Mar.25(2) Suppl:1-72
- Millennium Ecosystem Assessment (MEA), 2005. Ecosystem and Human Well-being: A Framework for Assessment.* Island Press.
- Santolini R. 2013. *Ecosystem Services and Urban Areas.* In: (M. Sargolini ed.) *Urban Landscape.* Springer-Verlag Italia. pp 113-115

# Variazione agli albi

## DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 21 OTTOBRE 2013

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CAPACCIOLI Giuseppe Marco  
dott.ssa LIGUORI Antonella  
dott. NGATEU KAMELA Thierry Fleury

trasferimento da Firenze  
trasferimento da Crotone  
trasferimento da Firenze

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. GIAMPAOLO Luca  
dott. MANGIULLO Giovanni  
dott. TREBBI Gino

trasferimento a Bologna  
cessata attività  
decesso 15/10/2013

### Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa LAZZANZI Camilla  
dott.ssa LATTANZI Giulia  
dott. CAPACCIOLI Giuseppe Marco

di Novafeltria  
di Novafeltria  
trasferimento da Firenze

### Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. CANZI Paolo

cessata attività

### Variazione DATI ANAGRAFICI:

dott. AL KURUI Shihab  
dott.ssa STUKALINA Svetlana

di Bolzano  
di Cattolica

## DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 25 NOVEMBRE 2013

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ssa BONICELLI CATERINA  
dott. GRILLO ANTONINO

trasferimento da Reggio Emilia  
trasferimento da Roma

### Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ANTONELLI MONICA  
dott.ssa GERACI CECILIA  
dott. LEONARDI LEONARDO  
dott. LUISO FILIPPO

Ancona  
Bologna  
Forlì - Cesena  
Verona

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa GERACI CECILIA  
dott. MOTOLESE PASQUALE  
dott. SCARPELLINI MARIO

trasferimento a Bologna  
decesso 20/10/2013  
cessata attività

### Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. DEL BIANCO FEDERICO  
dott.ssa FLORENZANO FEDERICA  
dott. ssa MERLI ILARIA  
dott. PASQUINELLI MATTEO  
dott. ssa ANGELONI STEFANIA

di Riccione  
di Ospedaletto di Coriano  
di Rimini  
di Rimini  
trasferimento da L'Aquila

### Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. RACO GIUSEPPE

per cessata attività

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 1796 - Albo Odontoiatri nr. 361



