

n° 1-2/2014



il Notiziario

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

Anno XVII, Numero 1- 2, Gennaio-Giugno 2014



il Notiziario

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

Anno XVII, Numero 1- 2, Gennaio-Giugno 2014

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:

prof.ssa Valeria Paola Babini, docente di Storia della Psicologia. Università di Bologna

dott. Fabio Bruscoli, anestesista rianimatore, Coordinamento Locale Trapianti

dott.ssa Diana Cesari, presidente Soroptimist Club Rimini

dott.ssa Maria Artes Mainardi e dott.ssa Paola Testa, Ambulatorio Cardiologia Pediatrica

dott. Carmelo Palmeri, pediatra, curatore dello Sportello del Cittadino presso l'Ordine

dr. Marco Villa, funzionario responsabile Confartigianato della provincia 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
• La formazione del medico all'inizio del nuovo millennio	
IL PUNTO REDAZIONALE.....	pag. 6
• Le ragioni di una scelta	
FOCUS SULLA PROFESSIONE.....	pag. 7
• Documento di Trento. La consulenza etica in ambito sanitario in Italia	
• Microbiota, <i>Clostridium difficile</i> e "fattore puah"	
• Obbligo del POS per gli studi professionali: confermata la proroga al 30 giugno 2014. Adempimenti	
• Irap, mai più in balia della giurisprudenza	
VITA DELL'ORDINE.....	pag. 16
• Grande successo per la mostra del ventennale	
• Sportello del cittadino: il bilancio dei primi due anni di attività	
• Avviso di convocazione assemblea ordinaria	
• V Giornata del Medico e dell'Odontoiatra	
SANITÀ LOCALE.....	pag. 21
• Il coordinamento locale dei trapianti	
• Non lasciare che il cordone ombelicale che ha nutrito tuo figlio per nove mesi sia buttato via. <i>Se lo doni puoi salvare la vita a un altro bambino</i>	
• Il cuore dei bambini. Attività della Cardiologia Pediatrica nella provincia di Rimini	
• Sei pronto, soccorso?	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE.....	pag. 30
• Il cane salva dall'infarto	
SEMISERIA... MENTE.....	pag. 31
• Dottore, scriva che mi ammalo domani	
MEDICI, MA NON SOLO.....	pag. 35
• Fassi un'armonia...	
RECENSIONI.....	pag. 36
• Contro la violenza sulle donne. Voci dall'Ateneo di Bologna	
• La violenza di genere nel territorio riminese: il "Progetto Dafne"	
CORSI, CONVEGNI CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI.....	pag. 38
SPAZIO A.M.M.I.....	pag. 40
• Comunicati AMMI	
RICORDANDO I COLLEGGI.....	pag. 41
• Dott. Gino Trebbi	
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	pag. 42

Se c'è amore per l'uomo
ci sarà anche amore per la scienza

Ippocrate

Editoriale



di Maurizio Grossi

LA FORMAZIONE DEL MEDICO ALL'INIZIO DEL NUOVO MILLENNIO

Oggi è sempre più sentita l'esigenza di ripensare la formazione medica in un momento di grandi cambiamenti sociali e antropologici.

La domanda di salute è sempre più espansiva a fronte di un'offerta sanitaria pubblica sempre più restrittiva.

La medicina è oggi condizionata da contesti organizzativi, da politiche economiche, dal rischio professionale, dai conflitti con le altre professioni sanitarie. In questo scenario diventa importante la qualità e l'attualità della formazione, che oggi manifesta un'inadeguatezza, un'incapacità a colmare il divario tra l'abilitazione alla professione e il suo esercizio pratico.

Nell'evoluzione della medicina dovrebbe esserci una costante evoluzione della formazione perché questa rappresenta un importante strumento per definire il ruolo e l'identità del medico. Piace pensare che il nuovo modello formativo sia capace di creare un medico che sappia interpretare i bisogni del paziente all'interno di contesti complessi, con una precisa conoscenza del rapporto con il paziente e un uso efficace della comunicazione, che sappia considerare l'organizzazione sanitaria parte integrante del suo operare in un giusto bilanciamento tra obiettivi da raggiungere e mezzi da impiegare, che sappia agire sempre orientato alla cultura della responsabilità.

I cambiamenti che servono ai modelli formativi non riguardano tanto le conoscenze scientifiche, oggetto di continuo aggiornamento, ma i modi di conoscere la malattia, del rapporto tra medico e malattia, del buon uso della conoscenza stessa, in altre parole si dovrebbe superare (non trascurare) l'insegnamento scientifico per toccare temi che interessano la concezione culturale di malattia e di cura.

La formazione dovrebbe così essere in grado di sviluppare la conoscenza teorica, ma anche l'abilità, la sensibilità, la capacità di pensare del medico in un contesto di sempre maggior complessità.

Nell'attuale corso universitario di medicina c'è un numero forse eccessivo di ore di didattica frontale. L'insegnamento della deontologia e dell'etica medica è marginalizzato.

Inoltre l'intera formazione dello studente è troppo ospedale-centrica con la tendenza a ignorare le problematiche della medicina del territorio (prevenzione, cronicità) con un'inevitabile visione settoriale della storia naturale della malattia stessa. Ecco perché si dovrebbe valorizzare la "pratica al letto del malato", si dovrebbero insegnare praticamente l'utilizzo delle diverse procedure tecniche, la deontologia dovrebbe essere un insegnamento fondamentale e si dovrebbe parlare di economia sanitaria e *management*.

Forse è arrivato il momento di coinvolgere i medici del servizio sanitario che, adeguatamente formati, operino in "ospedali e dipartimenti territoriali di insegnamento" dove il giovane

medico apprende la medicina e la logica delle decisioni, la conoscenza dei sistemi di cura, la gestione del rischio clinico, sviluppando competenza, abilità e valori professionali.

Solo la sinergia tra le università e gli "ospedali e dipartimenti territoriali d'insegnamento" potrà formare un medico capace di praticare la "buona medicina", mediatore competente tra il bisogno di salute della persona e l'accesso alla complessità dell'organizzazione sanitaria.

Quello di "riformare la formazione" è un impegno che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici porta avanti da anni, sempre più convinta che la formazione alla professione sia un elemento imprescindibile nel definire il ruolo del medico nella società del terzo millennio.

Il punto redazionale



di Mauro Giovanardi

LE RAGIONI DI UNA SCELTA

Cari colleghi, il numero del *Notiziario* che state sfogliando è un numero doppio che copre, diversamente dal solito, un arco di tempo semestrale da gennaio a giugno. Allo stesso modo anche il prossimo numero sarà un semestrale (luglio-dicembre).

Tutti voi avete ricevuto all'inizio dell'anno, in forma di supplemento, il catalogo della mostra celebrativa del ventennale dell'Ordine: si è trattato di una scelta, speriamo gradita, per far sì che tutti gli iscritti potessero conservare una testimonianza di questo evento.

Naturalmente l'operazione ha avuto un costo economico che in sede di Consiglio è parso logico recuperare dal *budget* del *Notiziario* riducendone a due, nell'anno, le uscite. Il successo della mostra, di cui dà conto all'interno un articolo di Stefano De Carolis, ci fa credere di aver impiegato bene le nostre risorse. Certo non è mancata qualche critica, soprattutto rispetto a presunte omissioni o mancate citazioni: ne prendiamo atto e in parte le avevamo previste. Il nostro fine non era, del resto, "enciclopedico", né avevamo la pretesa di esaurire in quel contesto ogni singolo capitolo della storia sanitaria locale: abbiamo provato a offrire, come detto nella *Presentazione* del catalogo, degli spunti "confidando che in un futuro non troppo lontano studiosi e appassionati aggiungano a questo incompleto (ma speriamo stimolante...) mosaico il maggior numero di tessere mancanti".

Venendo ai contenuti di questo numero troverete nell'*Editoriale* le riflessioni del nostro Presidente sulle problematiche della formazione; nella *Rubrica di sanità locale* ampi resoconti sull'attività del Coordinamento locale trapianti (Fabio Bruscoli) e dell'Ambulatorio di Cardiologia pediatrica (Maria Artes Mainardi e Paola Testa), un'interessante ricerca sul campo di Luigi Casadei sul rapporto fra cittadino e Pronto soccorso e la promozione del progetto *Dalla vita alla vita* sulla donazione del cordone ombelicale (Diana Cesari).

In *Focus sulla professione* un mio articolo "scientifico" su una particolare forma di trapianto e due contributi di argomento fiscale.

In *Vita dell'Ordine*, oltre al già citato articolo di Stefano De Carolis, Carmelo Palmeri traccia un bilancio dei primi due anni di attività dello Sportello del cittadino.

Semi... seriamente Sergio Grassia ci offre un "florilegio" su come, a volte, viene intesa la domanda di salute; l'argomento, purtroppo sempre di attualità, della *violenza sulle donne* è il contenuto del libro recensito e di una comunicazione di Antonella Chiadini sul "Progetto Dafne", mentre Marco Grassi nella *Rubrica di medicina generale* sottolinea i benefici del rapporto fra uomo e animale domestico. Vi segnalo infine i contributi grafici di Girolamo Buono e di Luigi Casadei.

Poiché ci attende un lungo periodo di tempo prima dell'uscita del prossimo numero, mi auguro che l'attesa favorisca l'arrivo di numerosi contributi che lo rendano ricco e corposo.

Buona lettura.

Focus sulla professione

DOCUMENTO DI TRENTO LA CONSULENZA ETICA IN AMBITO SANITARIO IN ITALIA

A cura del Gruppo nazionale di Etica clinica e consulenza etica in ambito sanitario

1. La questione etica nella pratica clinica

Quotidianamente i mass media riportano casi sanitari che sollevano questioni bioetiche. Questa è anche l'esperienza di tanti operatori sanitari e amministratori come pure di pazienti/famiglie, che affrontano dubbi e conflitti riguardanti la pratica clinica: dalla fecondazione assistita all'uso delle cellule staminali, dai criteri di assegnazione degli organi per trapianti al consenso alle cure, dalla richiesta di sospendere le terapie alla pretesa di trattamenti di potenziamento delle capacità psico-fisiche, dall'allocazione di risorse sempre più limitate alla necessità di assicurare le cure appropriate, senza tralasciare gli aspetti etici relativi alla valutazione di tecnologie sanitarie. In realtà le questioni bioetiche non riguardano solo casi eccezionali (e vi è da chiedersi quanto, dato il vorticoso sviluppo delle tecnologie applicate alla medicina, l'eccezione non diventi una regola) ma anche la pratica clinica ordinaria. Tutti i soggetti coinvolti nell'azione di cura avvertono la domanda etica: *Cosa è bene fare in questa situazione?* Nessuno ne è estraneo o esentato: dal paziente all'équipe curante, dalla famiglia all'istituzione sanitaria. Pertanto l'etica è parte integrante e non accessoria della pratica clinica.

2. Cos'è la consulenza etica

La consulenza etica in ambito sanitario è "un servizio svolto da un individuo o un gruppo per

rispondere alle domande poste da pazienti, familiari, tutori, operatori sanitari o altre persone coinvolte nell'assistenza, in ordine a incertezze o conflitti tra valori che emergono nella pratica clinica" (The Report of the American Society for Bioethics and Humanities, *Core competencies for Healthcare Ethics Consultation*, 2^a ed., 2011).

L'obiettivo della consulenza etica è contribuire al miglioramento della cura dei malati, sia nelle modalità sia nei risultati, attraverso l'identificazione, l'analisi e la risoluzione dei problemi etici. La consulenza etica è una consulenza specialistica analoga alle altre consulenze svolte in ambito ospedaliero, con alcune accentuazioni e peculiarità: una più attenta e mirata opera di relazione e dialogo e un pluralismo più marcato sia nel metodo sia nei contenuti.

3. Chi è il consulente di etica clinica

Per svolgere una consulenza etica occorre avere specifiche conoscenze in ambito etico, clinico e giuridico: per questo, particolarmente quando svolta da una singola persona, il consulente di etica clinica è una nuova figura professionale. Perciò in sede di qualificazione e definizione della sua professionalità valgono le conoscenze e le abilità in etica clinica.

Necessita di una specifica formazione. Pur non essendoci un *core curriculum* formativo standardizzato, esistono master e dottorati di ricer-

ca orientati alla consulenza etica. Non è sufficiente una formazione in bioetica: è necessaria un'adeguata e specifica preparazione per affrontare le questioni al "letto del malato", come anche ai tavoli decisionali/consultivi in ambito sanitario. A titolo di esempio, occorre formare professionisti in grado di rispondere alle situazioni di urgenza. Il consulente di etica clinica non è un intermediario, un avvocato difensore, un consulente spirituale o psicologico; crea le condizioni, accompagna, facilita i soggetti nel prendere una decisione eticamente giustificata e possibilmente condivisa.

L'esperienza internazionale indica che la consulenza etica può essere svolta da una singola persona, da un piccolo gruppo, dal comitato di etica per la pratica clinica. Ciascuna delle modalità presenta potenzialità e criticità.

4. Il Servizio di bioetica

Auspiciabilmente la consulenza di etica clinica dovrebbe essere inserita in un Servizio di bioetica, dotato di un singolo consulente etico o di una piccola équipe.

Questo Servizio garantirebbe continuità e sostenibilità delle attività riguardanti, oltre alla consulenza etica nei diversi ambiti, la formazione degli operatori, il supporto al lavoro dei comitati etici, la ricerca in ambito bioetico, lo sviluppo dell'etica nell'ente sanitario.

Vista la situazione italiana, segnata ancora da scarsità di esperienze di consulenza etica istituzionalizzata, si ritiene che il modello del singolo consulente sia, per ragioni di praticabilità e sostenibilità, da preferirsi. Il Comitato di etica per la pratica clinica, quando presente, svolgerebbe un ruolo di revisione delle consulenze effettuate, nell'ottica di affrontare tematiche più ge-

nerali, spesso emerse dalle consulenze stesse, e di elaborare raccomandazioni ed offrire linee guida etiche.

5. La presenza della consulenza etica nelle istituzioni sanitarie e socio-sanitarie

Vista la rilevanza delle questioni etiche nella pratica clinica, la loro importanza per pazienti, operatori sanitari, famiglie, amministratori; atteso che vi è un profilo consolidato sulle competenze e abilità del consulente di etica clinica e che sono stati istituiti percorsi formativi finalizzati a questo obiettivo; preso atto, dalle esperienze internazionali, che la consulenza etica non solo è efficace ma anche efficiente, e che la capacità delle organizzazioni sanitarie di far fronte alle problematiche morali è criterio indispensabile per ottenere l'accreditamento (si vedano ad esempio i requisiti previsti dalla *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*); si ritiene indispensabile che negli ospedali e case di cura, nelle aziende sanitarie, nelle residenze socio-assistenziali, negli hospice, si offra la possibilità di poter usufruire di una consulenza etica, conferendo un riconoscimento istituzionale laddove servizi di questo tipo siano, seppur informalmente, già operativi. Le modalità di realizzazione possono essere varie: sia nella collocazione del consulente all'interno dell'ente sia nella possibilità di offrire il servizio tramite convenzione.

Si ritiene che vadano promosse iniziative di formazione professionalizzante per consulenti di etica clinica. Si auspica, pertanto, una rapida attivazione/istituzione sul territorio nazionale di Servizi di bioetica.

Trento, 10 ottobre 2013

Il Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito sanitario

Coordinatori:

Renzo Pegoraro, Direttore Scientifico Fondazione Lanza, Padova

Mario Picozzi, Professore Associato di Medicina Legale, Università dell'Insubria, Varese

Antonio G. Spagnolo, Professore Ordinario di Medicina Legale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Membri firmatari:

Giovanni Bonadonna, Vice Presidente del Comitato Etico per la Pratica Clinica della ULSS 20 di Verona

Melania Borgo, Dottoranda di ricerca in Medicina e Scienze Umane, Università dell'Insubria, Varese

Luciana Caenazzo, Professore Aggregato di Medicina Legale, Università di Padova

Gloria De Bernardo, filosofa bioeticista, Docente di Etnoantropologia, Università di Padova

Veronica Fabiano, Responsabile Sperimentazione Clinica, Servizio di Bioetica dell'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Roma

Lucia Galvagni, Ricercatrice Fondazione Kessler, Trento

Alessandra Gasparetto, Dottoranda di ricerca in Medicina clinica e sperimentale e medical humanities, Università dell'Insubria, Varese

Maria Teresa Iannone, Coordinatore Servizio di Bioetica e Presidente del Comitato Etico dell'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli, Roma

Roberta Martino, filosofa, Master in Consulenza in Bioetica Clinica, Lecce

Dario Sacchini, Professore Aggregato di Medicina Legale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Salvatore Pisu, Docente di Bioetica Università di Cagliari, Centro di Bioetica Clinica del Mediterraneo, Cagliari

Massimiliano Zonza, Responsabile Medical Humanities ed Etica Clinica, Terapia Intensiva Neonatale Università e AOU Cagliari



di Mauro Giovanardi

MICROBIOTA, CLOSTRIDIUM DIFFICILE E “FATTORE PUAH”

Si chiama “fattore *puah*” (o anche *bleah*): è quel senso di repulsione istintiva che si prova di fronte a ciò che viene percepito, in vari contesti, come contrario all’ordine naturale.

E cosa c’è di più innaturale e, diciamo pure, di più disgustoso dell’assumere, per os o per clistere, le feci di un “donatore”?

Se la sola idea vi fa rimescolare le budella, ispirate profondamente (anzi no, forse è meglio che vi turiate il naso), sgombrate la mente dal pregiudizio e recuperate la vostra razionalità di scienziati, perché è proprio questo che autorevoli studi, pubblicati su riviste scientifiche - del calibro del *NEJ*, *Nature*, *Gastroenterology*, *American Journal of Gastroenterology*, solo per citarne alcune - ci suggeriscono di fare per il trattamento delle infezioni refrattarie da *Clostridium difficile* (CDI).

Del resto non si tratta di una novità: la somministrazione di “zuppa gialla” è descritta nei testi di medicina cinese fin dal IV secolo d.C. e Lewin, in un articolo dal titolo fortemente evocativo - *More on Merde* - pubblicato nel 2001, ci ricorda che “...il consumo di feci fresche di cammello viene raccomandato dai beduini come rimedio per la dissenteria batterica...; questa procedura è stata usata anche da soldati tedeschi in Africa (la materia prima, evidentemente, non mancava, n.d.r.) durante la Seconda Guerra mondiale”.

Le infezioni da *Clostridium difficile* sono la più comune causa batterica di diarrea nosocomiale, in costante aumento negli ultimi anni, correlata all’impiego di antibiotici, ma anche di altri farmaci come gli inibitori della pompa protonica e a condizioni di immunodepressione. Nei casi più severi, si manifestano con il quadro clinico della colite pseudomembranosa e, in virtù della selezione di ceppi ipervirulenti, possono essere gravate da elevata mortalità, tendere a recidivare o risultare resistenti al trattamento tradizionale con metronidazolo e vancomicina, in una percentuale dal 15 al 26%.

La causa va ricercata nella rottura dell’equilibrio fra i componenti del **microbiota**, un’entità composta da oltre 4000 specie diverse, in gran parte anaerobi, per un totale di 10^{14} batteri (un numero pari a 10 volte il totale delle cellule del nostro corpo), che vive



Clostridium difficile

in simbiosi con l’organismo ospite e costituisce una vera e propria entità biologica a sé stante. In questi pazienti si sono ottenuti risultati incoraggianti con la metodica del trapianto fecale (**Fecal Microbiota Transplantation – FMT**) o, per dirla in maniera più elegante, infusione di probiotici umani o anche trapianto di microbiota fecale.

La pratica fu recuperata da B. Eiseman, che descriveva in un articolo pubblicato su *Surgery* nel 1958, una serie di quattro casi di colite pseudomembranosa, trattati con successo mediante somministrazione per clistere di una soluzione di feci.

Il rationale di questa che, è bene sottolinearlo, viene ancora considerata una terapia sperimentale, è ristabilire una flora intestinale ricca e bilanciata in cui la competizione fra una molteplicità di “batteri benefici” impedisca a una specie di prendere il sopravvento.

In pratica si ricorre alla introduzione di feci ottenute da un donatore sano (spesso, ma non necessariamente, un parente) opportunamente studiato per escludere patologie batteriche, vi-

rali o parassitarie trasmissibili e recente uso di antibiotici, che possa aver influito sul microbiota del donatore. Le feci vengono raccolte dal donatore il giorno stesso dell’infusione (ma sono in corso studi che utilizzano feci conservate, donate in precedenza dallo stesso paziente), diluite, generalmente in soluzione salina, centrifugate e filtrate: come si vede qualcosa di molto simile alla zuppa gialla di antica memoria. Le feci, così trattate, vengono “trapiantate” per sondino naso-enterale o per via colonscopica nel colon destro: quest’ultima è la via più impiegata negli studi apparsi finora.

I vantaggi del metodo risiedono nella sua economicità, nella riduzione del consumo di antibiotici e del conseguente rischio di resistenze e, al di là di facili ironie, nella agevole reperibilità della “materia prima”.

Gli studi inoltre dimostrano che, superata la resistenza iniziale (il “fattore *puah*”), spesso un problema più per i medici che per i pazienti, il trattamento risulta ben accetto, con una elevata percentuale di pazienti disposti a ripeterlo in caso di necessità.

I risultati sono incoraggianti: dopo le prime segnalazioni sono stati avviati *trial* randomizzati controllati. Nell'aprile 2013 è stata pubblicata una metanalisi condotta su 11 RCT in cui si dimostra che, su un totale di 273 pazienti con colite pseudomembranosa trattati con FMT, 245 hanno ottenuto la guarigione clinica senza eventi avversi significativi.

Il trattamento mediante FMT ha dato risultati anche in altre patologie del tratto gastrointestinale come colite ulcerosa, malattia di Crohn, sindrome dell'intestino irritabile, stipsi grave. Vi sono inoltre studi sul microbiota e su un possibile impiego del FMT anche in patologie non gastroenterologiche come sindrome metabolica, M. di Parkinson, S. della fatica cronica, sclerosi multipla e persino autismo.

In Italia il primo trapianto di microbiota fecale è avvenuto nel maggio 2013 presso l'Ospedale Luigi Sacco di Milano, dove è stata trapiantata con successo, per via colonscopica, una paziente fortemente debilitata da un'infezione da *Clostridium difficile* resistente a sei mesi di trattamento con vancomicina.

Bibliografia

- 1) E. van Nood et al.
Duodenal Infusion of Donor Feces for recurrent Clostridium difficile. N. England J Med 2013;368:407-15
- 2) Lawrence J. Brandt.
American Journal of Gastroenterology lecture: intestinal microbiota and the role of fecal microbiota transplant (FMT) in treatment of C. difficile Infection. Am J Gastroenterol Vol. 108 feb. 2013
- 3) Lawrence J. Brandt, Olga C. Aroniadis
An overview of fecal microbiota transplantation: techniques, indications, and outcomes. Volume 78, N°. 2:2013 Gastrointestinal Endoscopy
- 4) Thomas J. Borody, Sudarshan Paramsothy, Gaurav Agrawal
Fecal Microbiota Transplantation: Indications, Methods, Evidence, and Future Directions. Curr Gastroenterol Rep (2013) 15:337
- 5) Eiseman B, Silen W, Bascom GS et al.
Fecal enema as an adjunct in the treatment of pseudomembranous enterocolitis, Surgery 1958 ; 44 : 854
- 6) Kassam, Z. *Fecal microbiota transplantation for Clostridium difficile infection: systematic review and meta-analysis*. Am J. Gastroenterol 108 (4): 500-8



di Marco Villa

OBBLIGO DEL POS PER GLI STUDI PROFESSIONALI: CONFERMATA LA PROROGA AL 30 GIUGNO 2014. ADEMPIMENTI

Nell'ambito del DL n. 179/2012, c.d. "Decreto Crescita 2.0", è contenuta una specifica disposizione finalizzata alla diffusione dell'utilizzo degli strumenti elettronici di pagamento.

In particolare, l'art. 15, comma 4 del citato Decreto dispone l'obbligo, a decorrere dall'1.1.2014, per i soggetti che "effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali", di accettare pagamenti effettuati anche attraverso carte di debito (cd. Bancomat).

Con il Decreto 24.1.2014 il MISE (Ministero dello Sviluppo Economico), di concerto con il MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze), ha emanato le disposizioni attuative dell'obbligo in esame.

Soggetti obbligati

Sono interessati dall'obbligo in esame tutti i soggetti che "effettuano l'attività di vendita di prodotti e di prestazione di servizi, anche professionali", ovvero commercianti, prestatori di servizi (pubblici esercizi, carrozzieri, barbieri, saloni di bellezza, società di servizi, ecc.) e studi professionali (geometri, ingegneri, avvocati, consulenti del lavoro, dottori commercialisti, medici ecc.).

Limitazione all'utilizzo del POS

Va evidenziato che, secondo quanto disposto dal citato Decreto attuativo, l'obbligo riguarda solo i pagamenti superiori a € 30, effettuati nei confronti dei soggetti di cui sopra, per l'acquisto di prodotti e prestazioni di servizi e professionali.

Entrata in vigore delle nuove disposizioni

Come espressamente disposto dal citato DM 24.1.2014, "in sede di prima applicazione, e fino al 30 giugno 2014", l'obbligo interessa soltanto i soggetti con un fatturato 2013 superiore a € 200.000.

Considerato che detto Decreto è stato pubblicato sulla G.U. 27.1.2014, n. 21 le relative disposizioni entrano in vigore il 28.3.2014 (60 giorni dalla pubblicazione sulla G.U.).

Lo stesso Decreto prevede altresì che, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della disciplina in commento (entro il 26.6.2014) con uno specifico Decreto:

- possono essere fissate nuove soglie e nuovi limiti minimi di fatturato;
- l'obbligo in esame può essere esteso a ulteriori strumenti di pagamento elettronici, anche con "tecnologie mobili".

Differimento dell'obbligo al 30 giugno 2014

La disciplina in esame, prima ancora della sua entrata in vigore, è già oggetto di un rinvio.

Infatti, in sede di conversione del DL n. 150/2013, decreto c.d. "Milleproroghe", il Legislatore ha inserito una specifica disposizione di rinvio dell'obbligo in esame.

L'art. 9, comma 15-bis, DL n. 150/2013, convertito dalla Legge n. 15/2014, modificando il comma 4 del citato art. 15, prevede la decorrenza dell'obbligo di attivazione del POS al 30.6.2014.

Il differimento è motivato con l'intento "di consentire alla platea degli interessati di adeguarsi all'obbligo di dotarsi di strumenti per i pagamenti mediante carta di debito (POS)".

Da quanto sopra si può desumere che la disposizione (transitoria) fissata dal DM attuativo è, di fatto, non operativa. Di conseguenza dal 30.6.2014 l'obbligo di attivazione del POS interessa i soggetti sopra accennati a prescindere dal fatturato realizzato (salvo l'adozione di nuove "regole" entro la suddetta data del 26.6.2014).



IRAP, MAI PIÙ IN BALIA DELLA GIURISPRUDENZA

Riusciranno finalmente i soggetti privi di autonomia organizzazione a non pagare serenamente l'Irap?

Arriverà mai una disciplina uniforme e dettagliata che sia in grado di disciplinare le diverse fattispecie o dovremo continuare per molto a cercare sentenze da cucirci addosso?

Dopo anni di tira e molla finalmente qualcosa pare risvegliarsi e nella delega fiscale si fissa un punto estremamente rilevante: il Governo dovrà dare una definizione di autonoma organizzazione ai fini Irap.

La nuova definizione dovrà essere adeguata ai più consolidati principi desumibili dalla fonte giurisprudenziale. Orientamento questo estremamente coerente, ma che non ha il pregio di aver fornito al Governo una facile soluzione.

Come sappiamo bene la mole di sentenze emesse negli ultimi anni è di tutto rispetto e non è semplice districarsi tra le diverse soluzioni proposte. Già con la legge di stabilità 2013 si era cercato di dare una soluzione al problema, introducendo una specifica forma di esclusione Irap per le persone fisiche che esercitano arti e professioni. Il nobile intento veniva perseguito attraverso l'istituzione di un apposito fondo, volto a consentire l'esenzione da Irap, a decorrere dal 2014, per le persone fisiche esercenti attività commerciali, arti e professioni, che non si avvalgono di lavoratori dipendenti o assimilati e che impiegano, anche in locazione, beni strumentali il cui ammontare massimo deve essere determinato con decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze.

Tuttavia tale decreto non è mai stato emanato e, nel frattempo, il famoso fondo è finito per essere assorbito da altre misure.

Gli orientamenti della giurisprudenza

L'Irap è stata al centro di un ampio dibattito, giurisprudenziale e dottrinale, che non si è concentrato soltanto sul concetto di autonoma organizzazione, ma si è esteso anche alla compatibilità costituzionale e comunitaria del tributo.

Questi ultimi dubbi sono stati sciolti dalla sentenza n. 156 del 2001 della Corte Costituzionale, con la quale si è stabilito che non vi era alcun contrasto tra la disciplina Irap e le disposizioni degli art. 3 e 53 della Costituzione, in quanto rientra tra le facoltà del Legislatore la possibilità di desumere i fatti espressivi di capacità contributiva da qualsiasi indice che sia rivelatore di ricchezza, quindi non solo dal reddito individuale.

Anche dal punto di vista della compatibilità comunitaria, la Corte di giustizia UE ha escluso la contrarietà delle norme in materia di Irap con la disciplina europea in materia di Iva in quanto l'Irap non costituisce una forma di ulteriore prelievo sulla cifra d'affari avente le caratteristiche essenziali dell'Iva.

Ma è nell'ambito del concetto di autonoma organizzazione che possiamo rinvenire un elevatissimo numero di sentenze, le quali hanno cercato di porre rimedio ai contrasti che negli anni si sono generati. Possiamo ricordare, a solo titolo esemplificativo, le sentenze della Cassa-

zione n. 22020 e n. 22022 del 25 settembre 2013 con le quali è stato chiarito che la disponibilità di un dipendente (magari *part time* o con funzioni meramente esecutive) non accresce la capacità produttiva del professionista, in quanto non costituisce un fattore "impersonale ed aggiuntivo" alla produttività del contribuente, ma costituisce semplicemente una comodità per lui (e per i suoi clienti). Non può pertanto essere sancito alcun automatismo dipendente-soggezione a Irap.

Allo stesso modo, la giurisprudenza ha chiarito come non possa essere fissato alcun limite specifico oltre il quale la dotazione di beni strumentali possa configurare un'autonoma organizzazione.

L'Ordinanza della Corte di Cassazione n. 18108 del 25 luglio 2013 ha infatti chiarito che non si ha autonoma organizzazione semplicemente superando il limite di 15.000 euro di valore dei beni strumentali. Ciò in quanto non è corretto soffermarsi solo sul dato quantitativo, poiché è necessario analizzare le spese affrontate dal contribuente anche dal punto di vista qualitativo, in considerazione dell'attività esercitata (si pensi ai costosi e complessi strumenti di diagnosi di cui potrebbe aver bisogno un medico nell'espletamento della sua attività).

A conferma di tale chiarimento è possibile richiamare altresì l'Ordinanza n. 13048 del 2012 e la Sentenza n. 11197 del 2013, sempre della Corte di Cassazione.

Articolo tratto da *Fiscal Focus*

Vita dell'Ordine



di Stefano De Carolis

GRANDE SUCCESSO PER LA MOSTRA DEL VENTENNALE



Francesco Brici (1870-1950), *I sette medici riminesi* (1901). Pastello su cartone, 48 x 200 cm. Rimini, Museo della Città. Foto di Gilberto Urbinati.



Recipiente in ceramica di uso incerto (orinale maschile?). Coriano, Antiquarium Malatestiano. Foto di Gilberto Urbinati.



Uno scorcio della sezione della mostra dedicata all'odontoiatria con il riunito Ritter completo di poltrona RB e lampada Rhein (1934). Foto di Giorgio Salvatori.

Il 23 febbraio 2014 si è conclusa la mostra *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*, che l'Ordine ha offerto alla città e all'intera provincia per celebrare il suo ventennale di fondazione.

La mostra è stata allestita nel prestigioso spazio espositivo denominato "Sala delle teche" situato al piano terra del Museo della Città di Rimini; alle pareti e nelle 25 vetrine sono stati esposti oltre 150 tra quadri, sculture, oggetti e documenti, provenienti da enti e da prestatori privati, attraverso i quali si è cercato di ricostruire la storia della sanità riminese negli ultimi duemila anni, della quale la costituzione dell'Ordine rappresenta l'ultimo e non meno importante capitolo.

Il pezzo forte della mostra è stato sicuramente il manufatto in ceramica del XVI secolo rinvenuto nel Castello di Coriano e conservato nel locale Antiquarium Malatestiano, d'uso incerto ma interpretato come un presumibile orinale maschile (attualmente e più comunemente denominato "pappagallo"). L'oggetto - fabbricato adattando una tipologia più comune, tipica del vasellame da cucina, a un utilizzo del tutto inconsueto - attesta come anche in passato si sia posta attenzione alle pratiche assistenziali più semplici e umane.

Anche il grande quadro utilizzato come logo della mostra - abitualmente ospitato nella sala dedicata all'Ottocento riminese dello stesso Museo - è stato piacevolmente riscoperto in questa occasione: dipinto da Francesco Brici (1870-1950) nel 1901, è la vivace versione "pittorica" dei tanti ritratti collettivi di laureandi che - allora più che adesso - cementavano la solidarietà pro-



fessionale ancora prima dell'esame di laurea. Grande successo ha riscosso pure la sezione dedicata alla storia dell'odontoiatria, curata con competenza e passione da Giovanni Cananzi, che può essere senza alcun dubbio considerata la vera "sorpresa" della mostra: non solo per la ricchezza e la rarità dei materiali, ma anche per l'assoluta novità di un argomento storico-medico raramente trattato (e soprattutto divulgato) a questi livelli. Su tutti spiccava il formidabile riunito - completo di poltrona e lampada Rhein - prodotto in Germania dalla mitica ditta fondata da Frank Ritter a New York nel 1887. Il riunito, acquistato nel 1934 da un dentista italiano (e utilizzato con aggiunte e modifiche fino agli anni '60 del secolo scorso), era per l'epoca quanto di più tecnologicamente avanzato si potesse desiderare.

L'allestimento della mostra - curato dall'Agenzia NFC di Rimini - era completato da 15 pannelli esplicativi e da numerosissime didascalie, che contribuivano a inquadrare ogni singolo oggetto nel contesto storico e ambientale di provenienza. Tutti i testi dei pannelli e delle didascalie sono stati pubblicati in un piacevole catalogo, edito in 3140 copie dalla stessa Agenzia NFC

come supplemento a «Il Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini» e come tale inviato a tutti i 1971 medici e odontoiatri iscritti all'Ordine, agli Ordini d'Italia e alle autorità locali (per un totale di 2134 cataloghi spediti). Oltre alla realizzazione di manifesti (affissi nell'intero territorio provinciale), locandine e inviti a stampa, la mostra è stata pubblicizzata tramite Internet (attraverso il sito dell'Ordine e altri siti collega-

ti), Facebook (con creazione di un'apposita pagina) e i canali radiofonici e televisivi (attraverso il partenariato di Icaro TV, che ha realizzato diversi servizi e un DVD conclusivo). Anche la sede regionale RAI ha dedicato alla mostra un servizio che è andato in onda nel TG3 regionale del 12 febbraio 2014.

Nonostante il breve periodo espositivo (solo 29 giorni) assai folta è stata la partecipazione di pubblico: oltre alle circa 250 presenze della cerimonia inaugurale (che si è tenuta nella Sala del Giudizio dello stesso Museo della Città il 25 gennaio 2014) sono stati conteggiati all'incirca altri 1200 visitatori, molti dei quali hanno partecipato alle 19 visite guidate gratuite organizzate dall'Ordine e condotte dai componenti del gruppo di lavoro che ha realizzato la mostra.

Constatando con soddisfazione - anche a nome di tutto il gruppo di lavoro - che la fatica per la realizzazione di un evento così importante ha portato i suoi frutti, non resta che ribadire l'augurio già anticipato nella presentazione del catalogo: che la mostra sia il punto di partenza per uno studio più ampio e capillare della bimillenaria sanità riminese.



di Carmelo Palmeri

SPORTELLO DEL CITTADINO: IL BILANCIO DEI PRIMI DUE ANNI DI ATTIVITÀ

Lo sportello del cittadino compie due anni: è giunto il momento di fare un primo bilancio.

Obiettivo del servizio era mettersi all'ascolto dei pazienti e fornire informazioni qualificate in campo sanitario.

Abbiamo avuto circa una cinquantina di contatti, fra telefonate, e-mail o accessi diretti durante gli orari di apertura dello sportello. La maggior parte delle richieste riguardavano situazioni di

conflittualità con il medico di base o lo specialista, originate spesso da incomprensioni o da scarsa conoscenza delle norme che regolano la medicina convenzionata (es: visite domiciliari negate, rilascio di certificati gratuiti o a pagamento); altre volte sono stati forniti semplici consigli su come districarsi nel sempre più burocratizzato e complesso mondo della sanità.

Non sono mancati casi in cui, nostro malgrado, siamo stati coinvolti in situazioni di conflittualità familiari che esulavano dai nostri specifici compiti.

Penso che gli utenti abbiano compreso che ci animava il desiderio di mettere il rapporto medico-paziente al centro della nostra professione.

Con orgoglio e soddisfazione possiamo dire che in Italia siamo stati fra i primi ad offrire questo servizio, suscitando curiosità e interesse da parte di altri Ordini.

Ringrazio il nostro presidente Maurizio Grossi che, oltre ad averlo ideato, ha condiviso con me questa avventura, e Pier Paolo Barchiesi che si è occupato della parte odontoiatrica.

L'idea del quadro *The Doctor*, dipinto dall'inglese Fildes nel 1877, prende spunto da un dramma personale dell'autore. Fildes aveva subito la morte di un figlio ed era rimasto particolarmente colpito dall'umanità dimostrata dal dr. Murray. Nel quadro, il medico, ormai impotente di fronte alla gravità della malattia della bimba, non arretra e accompagna con la sua presenza i genitori (in secondo piano illuminati dalla luce dell'alba imminente). In un articolo apparso sul *Lancet* lo stesso anno l'editorialista, commentando il quadro e l'abitudine già allora diffusa da parte dei medici di fare diagnosi e dare terapie per telefono, scriveva: "È evidente che il dottore non può fare più nulla per salvare la bambina. Perché allora è ancora lì? Ora immaginate un quadro con quella sedia vuota e i due genitori distrutti con in mano la cornetta del telefono".



Sir Luke Fildes. The doctor 1891

AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA

Caro Collega,
con la presente ti comunico che mercoledì 16 aprile 2014 alle ore 7.00 in prima convocazione, e

GIOVEDÌ 17 APRILE 2014

alle ore 20.30 in seconda convocazione

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

L'ASSEMBLEA ORDINARIA DELL'ORDINE

con il seguente ordine del giorno

- Relazione del Presidente
- Relazione del Tesoriere
- Bilancio Consuntivo 2013
- Varie ed eventuali

In apertura dell'assemblea sarà offerto un buffet ai partecipanti e al termine della relazione di bilancio seguirà conferenza del dott. Stefano De Carolis su "Non solo malati. L'assistenza ospedaliera a Rimini nel Medioevo."

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

Il Presidente
dott. Maurizio Grossi

Il sottoscritto dott.

nato a il

DELEGA

Il dott.

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

Data Firma

Quinta giornata

del Medico e dell'Odontoiatra

Sabato 12 aprile 2014

Palacongressi di Rimini - Sala dell'Arengo
Via della Fiera, 23 - RIMINI

Programma

Ore 9.30 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini
dott. Maurizio Grossi

Intervento del Vescovo della Diocesi di Rimini
mons. Francesco Lambiasi

Intervento del Prefetto di Rimini
dott. Claudio Palomba

ore 10.30 Lettura Magistrale della *prof.ssa Elena Cattaneo*
Dipartimento di Bioscienze, Università degli Studi di Milano su:
"Responsabilità etica e ricerca scientifica"

ore 11.15 Cerimonia del Giuramento Professionale neo-iscritti
Consegna medaglie 50°, 60° e 65° di Laurea

Al termine della mattinata sarà offerto un cocktail a tutti i partecipanti.

Sanità locale

IL COORDINAMENTO LOCALE TRAPIANTI



di Fabio Bruscoli

Dal gennaio del 2000, in applicazione della Legge 91 del 1999, anche nella nostra Azienda è stata istituita la figura del "Coordinatore Locale alla Donazione, Prelievo e Trapianto di Organi, Tessuti e Cellule" (ma lo chiameremo CLT): si tratta di una nuova figura professionale, individuata sulla base di uno *skill* ben pre-definito entro la professionalità della Anestesia e Rianimazione, cui viene assegnata

la funzione di facilitare il *procurement* di organi e tessuti a partire dalle realtà periferiche, con l'obiettivo di aumentare il numero di trapianti.

Prosegue quindi l'opera, che iniziata negli anni precedenti, porta la rete trapianti su un livello organizzativo più evoluto, costruito sulla falsariga del modello trapianti spagnolo, capofila e *benchmarking* nel mondo intero: la "rivoluzione copernicana" che ne è alla base sta proprio nello spostare il punto di vista dall'attività di trapianto alla attività di *procurement*, focalizzando quindi l'attenzione su quelle realtà (i Reparti Rianimazione) dove si generano i potenziali donatori di organi e tessuti.

In altri termini: la morte avvenuta con il meccanismo della cosiddetta "morte encefalica" esiste, e nella società è quantitativamente stabile e prevedibile (nel corso degli anni è cambiata soltanto la tipologia dei pazienti, virata da una prevalenza post-traumatica a una post-ictale). Se il reparto di ricovero è in grado di individuare-trattare-gestire tali situazioni, allora è ipotizzabile trasformare la realtà della morte in opportunità di sopravvivenza, per soggetti che in assenza del trattamento risolutivo specifico (un trapianto, che altro?) andrebbero a morte.

La parola "*procurement*" è specifica delle Reti Trapianto, e non è direttamente traducibile in italiano: non è un mero "approvvigionamento" di organi/tessuti a fini di trapianto/innesto, ma consiste di diversi elementi, che si intrecciano e compenetrano fra loro.

È prendersi cura di un paziente e della sua famiglia anche dopo la diagnosi di morte; è fornire una relazione di aiuto a una famiglia devastata (la massima zen "*muore il padre, poi muore il figlio, poi muore il nipote*" è nell'ordine delle cose: ma non sempre l'ordine delle cose corrisponde alla realtà delle cose) a cui viene prospettata la partecipazione a un progetto terapeutico di valore sociale e civile che ha comunque una valenza positiva anche per i familiari del donatore; è offrire opportunità di sopravvivenza a persone che hanno nel trapianto l'unico trattamento risolutivo (più brutalmente: che morirebbero in assenza di trapianto). In sintesi, il CLT ha un ruolo di garanzia per i pazienti deceduti, per i loro familiari, per gli operatori, per la Rete Trapianti, per la comunità dei riceventi: al di là degli aspetti più propriamente tecnici, che ovviamente hanno il loro peso, lo specifico di questa attività sta essenzialmente nella sua filosofia di fondo, che permea la Rete Trapianti nel suo complesso, ma in particolare a livello dei nodi periferici (i Reparti Rianimazione) dove ci si confronta più direttamente sulla linea di confine vita-morte. L'attività di *procurement*-trapianto è obiettivo strategico dell'intero SSN e, con particolare attenzione, nella Regione Emilia-Romagna. Ma non riguarda solo alcuni gruppi professionali specifici. Per la sua complessità, per il numero e la tipologia degli operatori e delle strutture coinvolte (le interfacce, in tutta

Italia), per il peso specifico che avrebbe un *misunderstanding* operativo (organi non trapiantabili) o formale (la norma è un testo di legge), per il *timing* che deve necessariamente consentire *range* molto stretti, per la necessaria e fondamentale attività in *équipe* medico-infermieristica, ha una ricaduta organizzativa di enorme impatto su ogni struttura, per cui rappresenta un volano di valore positivo nel modellamento delle organizzazioni e delle professionalità che le compongono.

E questo è uno dei motivi per cui anche i servizi sanitari (ovviamente pubblici) di Paesi in fase di sviluppo investono comunque risorse e attività anche nel settore trapianti.

La morte con il meccanismo della “morte encefalica”

La morte encefalica (ME) è la condizione di morte del soggetto, avvenuta con il meccanismo della primitiva distruzione completa e irreversibile dell'encefalo nella sua totalità (*whole brain death*).

La morte è determinata dalla distruzione degli emisferi (per cui la corteccia non è in grado di produrre attività elettrica) contestuale alla distruzione del tronco dell'encefalo (per cui non si evidenziano riflessi dai nervi cranici né attività respiratoria ancorché minimale).

Se noi riusciamo a definire la distruzione della corteccia e la distruzione del tronco, sulla base di un testo di legge che rappresenta una sorta di “manuale di istruzioni”, possiamo porre diagnosi di morte. Ne deriva che soggetti deceduti in morte encefalica possono essere individuati solo in un reparto dove siano sottoposti a ventilazione meccanica (Reparti Rianimazione): il percorso di un paziente di questo tipo passa dal ricovero per lesione cerebrale acuta, all'eventuale evoluzione in stato di coma, all'eventuale morte encefalica, all'eventuale prelievo multiorgano.

I pazienti vengono ricoverati con la prospettiva di stabilizzazione/guarigione (con *restitutio ad integrum* o con *deficit*, sulla base delle possibilità); in

un sottogruppo si prende eventualmente atto della sfavorevole evoluzione in condizione di morte nonostante il trattamento e ci si propone, tra l'altro, di trasformare una condizione di morte - che deve obbligatoriamente essere accertata - nella sopravvivenza di altri soggetti.

In definitiva, quindi, un Reparto Rianimazione che ricovera pazienti gravi e che è attento alla loro evoluzione, è alla base dell'individuazione del potenziale donatore. È evidente come l'evento donativo non rappresenti la finalità, ma un'opportunità da offrire e da cogliere, i cui obiettivi sono necessariamente aggiornati sulla base dell'evoluzione clinica.

Il collegio medico costituito *ad hoc* da Rianimatore, Neurologo, Medico legale (nella nostra realtà Medico di Direzione) accerta la morte del soggetto avvenuta con il meccanismo della ME.

L'accertamento della diagnosi di ME, come detto, è obbligatorio e ovviamente non è programmabile. La comunicazione con i familiari si pone l'obiettivo di instaurare una relazione di aiuto, e nel contempo di verificare una loro disponibilità a partecipare a un progetto di salute di interesse generale, non certo soggettivo, sulla base comunque della eventuale autodichiarazione in vita del soggetto.

Organi procurati dal CLT di Rimini

Nel periodo che va dal 2000 al 2013, sono stati eseguiti presso il Reparto Rianimazione di Rimini 168 accertamenti della “morte encefalica” e individuati 98 donatori di organi, che hanno fornito alla comunità 283 organi per trapianto.

Certamente la rete trapianti non si governa per punteggi, e i numeri in sé non sono interessanti; diventano importanti soltanto se li riferiamo a persone reali, che da soggetti in attesa di trapianto (di cui una quota destinati a morte in attesa di trapianto) si trasformano in soggetti trapiantati, quindi vivi e, in altissima quota, guariti.

Possiamo quindi, con assoluta serenità, sottolineare che il lavoro fatto in Rianimazione e che

ha coinvolto medici, infermieri, tecnici di diverse articolazioni organizzative (costantemente Neurologia, Direzione Medica, Sala operatoria, Laboratori, Radiologia, Cardiologia, Romagna-Soccorso, Servizio dei Trasporti Secondari, Trasporti interni, Centralino, ma occasionalmente altre ancora) svolto peraltro in maniera non programmabile (nel 2013 per 19 volte), ha consentito la sopravvivenza di almeno 122 persone (i trapiantati di organi salvavita - vedi tab. 1).

Il panorama regionale

Il Reparto Rianimazione di Rimini, pur nell'ambito di un'organizzazione *hub&spoke*, ricovera e gestisce direttamente pazienti gravi (è alto il rapporto fra pazienti deceduti con/senza lesioni cerebrali); è in grado di riconoscere i potenziali donatori (è alto il rapporto fra accertamenti effettuati/pazienti deceduti con lesioni cerebrali); è in grado di gestire il trattamento (100% di completamento di accertamenti) e la comunicazione con i familiari (è basso il numero di opposizioni familiari).

Questo lo pone, da diversi anni, ai livelli alti nel panorama regionale, superando ampiamente gli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia-Romagna. “*Donor action*” è il modello internazionale di raccolta dati che permette di valutare i livelli di efficacia-efficienza di un Centro di *procurement*, e da molti anni è utilizzato nell'area AIRT (tab. 2).

Procurement di tessuti

Il *procurement di cornea* - nonostante la semplicità della gestione del processo (o paradossalmente proprio per questo?) - è invece insoddisfacente: è chiaro che la maggior parte dei potenziali donatori di cornea si genera nei reparti di degenza medica, in cui si realizza la più alta mortalità intraospedaliera.

Poiché le controindicazioni al prelievo di cornea sono estremamente limitate (essenzialmente: neoplasie della linea ematologica), è evidente che il potenziale di donazione di cornea - al netto delle

controindicazioni, delle opposizioni familiari, dei *drop-out* - è molto alto, decisamente lontano dal risultato ottenuto.

Il risultato può migliorare solo se l'ambiente dei reparti di degenza si orienta a vedere il significato reale di un prelievo di cornea, che consiste non solo nella possibilità di trapianto, ma anche - e soprattutto, e anche in questo ambito - nella comunicazione del decesso, nella relazione di aiuto ai familiari, nel rapporto interpersonale che si instaura fra *équipe* curante e gruppo paziente/familiari. In altri termini, solo se ci si rende conto che il nostro ruolo non è banalmente curare malattie, ma assistere malati (e i loro familiari anche *post mortem*) ci si può porre l'obiettivo di chiedere un'eventuale donazione di cornee.

A ciò si aggiunge che l'evento donativo, pressoché costantemente, è ben apprezzato dai familiari per la sua valenza positiva, che contribuisce a elaborare e meglio superare il lutto, cui viene parzialmente sovrapposta un'azione di stampo etico.

La **donazione di sangue del cordone ombelicale** (SCO) consiste nella raccolta di sangue cordonale in seguito al parto: l'invio, la raccolta, la validazione e la re-immissione in un circuito mondiale delle cellule staminali ematopoietiche, da parte della specifica Banca Regionale, consente di effettuare il trapianto in alcune neoplasie ematologiche pediatriche. Altri utilizzi non rispondono a logica clinica/formale.

Il primo fattore limitante il trapianto consiste nella difficile individuazione di compatibilità: ciò rende necessario costruire il più ampio deposito possibile di SCO, organizzato addirittura su rete mondiale. Il secondo fattore limitante sta nell'alto tasso di smaltimento post-prelievo, quando la quantità del SCO raccolto risulta scarsa: ciò rende necessario ampliare enormemente la platea di donatrici di SCO. Tale attività è entrata da alcuni anni - per legge nazionale - nelle competenze del CLT, e soggiace quindi a tutte le caratteristiche organizzati-

vo-gestionali del prelievo-donazione di organi e tessuti, compreso il Sistema Qualità.

È chiaro che in queste situazioni il ragionamento con le potenziali donatrici è molto più semplice: si tratta di chiedere la possibilità di raccogliere del materiale che andrebbe altrimenti obbligatoriamente smaltito, per fini di trapianto, senza (ovviamente) alcun impatto sull'andamento del travaglio-parto.

Nelle attività delle Rete Trapianti - come in tutte le azioni sanitarie, e ancor più in questo caso - non

può accadere che una realtà potenziale impatti su una realtà attuale, modificandone la fisiologica strutturazione.

La **donazione di epifisi femorale** da parte di un paziente sottoposto a impianto di protesi d'anca, in analogia col caso precedente, consente di produrre materiale osseo utilizzabile dalla specifica Banca Regionale per la immissione nei circuiti chirurgici di prodotti finiti (segmenti ossei, *chips...*) da innestare.

TAB. 1
Procurement di organi poi trapiantati - AUSL Rimini - periodo 2000-2013

Cuore 24	Polmone 7	Fegato 91	Pancreas 6	Rene 155
--------------------	---------------------	---------------------	----------------------	--------------------

TAB. 2
DONOR ACTION - 1/1 - (Attività Rianimazioni - Emilia Romagna) del 10-01-2014 (12:11)

Donor Action - Report attività Rianimazioni in Regione nel periodo dal 01-01-2013 al 31-12-2013

Osp. con Neurochirurgia	Posti letto	Dec. totali	Dec. con PC	% decessi (1)	Pz. GCS=3 (2)	% GCS=3 ICU>6 (3)	Pz. GCS<8 (4)	% GCS<8 ICU>6 (5)	Accert. (6)	Segnalaz. (7)	Rich. donaz. (8)	OppProc (9)	Opposiz. (10)	% Opposiz. (11)	Donatori Effet./Util. (12)	PROC 1 (13)	PROC 2 (14)					
Baggiolara	12	100	74	74.0	71	71.0	70	70.0	74	74.0	73	73.0	36	51.4	36	34	0	11	32.4	19 / 18	25.68	48.65
Bologna Bellaria	12	32	23	71.9	20	62.5	20	62.5	21	65.6	21	65.6	15	75.0	15	11	0	3	27.3	8 / 8	34.78	65.22
Bologna Maggiore	10	74	27	36.5	13	17.6	12	16.2	25	33.8	23	31.1	12	100.0	12	12	0	3	25.0	9 / 9	33.33	44.44
Cesena	11	29	27	93.1	27	93.1	25	86.2	27	93.1	25	86.2	18	72.0	18	17	0	5	29.4	11 / 10	40.74	66.67
Ferrara	10	46	16	34.8	16	34.8	14	30.4	16	34.8	14	30.4	13	92.9	13	13	0	1	7.7	11 / 10	68.75	81.25
Parma	14	116	47	40.5	45	38.8	40	34.5	46	39.7	41	35.3	25	62.5	25	23	0	6	26.1	17 / 16	36.17	53.19
Reggio Emilia	12	134	31	23.1	29	21.6	29	21.6	31	23.1	31	23.1	16	55.2	16	15	0	0	0.0	14 / 14	45.16	51.61
Totale CPR con Neurochirurgia	81	531	245	46.14	221	41.62	210	39.55	240	45.20	228	42.94	135	64.29	135	125	0	29	23.20	89 / 85	36.33	55.10

Osp. senza Neurochirurgia	Posti letto	Dec. totali	Dec. con PC	% decessi (1)	Pz. GCS=3 (2)	% GCS=3 ICU>6 (3)	Pz. GCS<8 (4)	% GCS<8 ICU>6 (5)	Accert. (6)	Segnalaz. (7)	Rich. donaz. (8)	OppProc (9)	Opposiz. (10)	% Opposiz. (11)	Donatori Effet./Util. (12)	PROC 1 (13)	PROC 2 (14)					
Argentina	4	1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0	0					
Bologna S. Orsola CEC	17	38	4	10.5	4	10.5	4	10.5	4	10.5	4	10.5	4	100.0	4	0	0					
Bologna S. Orsola Di Nino	17	151	13	8.6	12	7.9	12	7.9	13	8.6	13	8.6	9	75.0	9	9	0					
Bologna S. Orsola Faenza	8	16	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0					
Bologna S. Orsola MUG	8	51	1	2.0	1	2.0	1	2.0	1	2.0	1	2.0	0	0.0	0	0	0					
Bologna S. Orsola Ped.	6	14	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0					
Carpi	8	53	5	9.4	5	9.4	5	9.4	5	9.4	5	9.4	0	0.0	0	0	0					
Castel San Giovanni	4	37	1	2.7	0	0.0	0	0.0	1	2.7	1	2.7	0	0.0	0	0	0					
Cento	4	26	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0					
Cesena TIPO	5	55	10	18.2	7	12.7	7	12.7	10	18.2	10	18.2	0	0.0	0	0	0					
Faenza	8	41	9	22.0	9	22.0	9	22.0	9	22.0	4	44.4	4	44.4	4	3	0					
Fidenza	5	72	4	5.6	4	5.6	4	5.6	4	5.6	4	5.6	0	0.0	0	0	0					
Forlì	8	31	7	22.6	7	22.6	7	22.6	7	22.6	6	85.7	6	66.7	1	0	0					
Guastalla	4	27	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0					
Imola	8	59	10	16.9	9	15.3	9	15.3	10	16.9	10	16.9	1	11.1	1	1	0					
Lagosanto	4	17	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0					
Lugo	6	48	4	8.3	4	8.3	4	8.3	4	8.3	4	8.3	0	0.0	0	0	0					
Modena	9	108	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0					
Piacenza	8	94	7	7.4	7	7.4	7	7.4	7	7.4	7	7.4	5	71.4	5	4	0					
Ravenna	8	77	18	23.4	17	22.1	14	18.2	18	23.4	15	19.5	5	35.7	5	5	0					
Rimini	10	91	25	27.5	25	27.5	23	25.3	25	27.5	23	25.3	19	82.6	19	15	0					
Totale CPR senza Neurochirurgia	159	1107	118	10.66	111	10.03	106	9.58	118	10.66	113	10.21	53	50.00	53	43	0	14	32.56	22 / 21	18.64	44.92

(1) decessi con patologia cerebrale / decessi totali

(2) GCS=3 / decessi totali

(3) GCS=3 ICU>6 / decessi totali

(4) GCS<8 / decessi totali

(5) GCS<8 ICU>6 / decessi totali

(6) accertamenti / GCS=3 ICU>6

(7) opposizioni / richieste di donazione

(8) donatori effettivi / decessi con patologia cerebrale

(9) accertamenti / decessi con patologia cerebrale



di Diana Cesari

NON LASCIARE CHE IL CORDONE OMBELICALE CHE HA NUTRITO TUO FIGLIO PER NOVE MESI SIA BUTTATO VIA

Se lo doni puoi salvare la vita a un altro bambino

Il Soroptimist club* di Rimini che ho l'onore di presiedere, è impegnato a promuovere la donazione solidaristica (eterologa) del cordone ombelicale con un video-spot che verrà proiettato nelle sale d'aspetto di consultori e ospedali del territorio provinciale. Il sangue cordonale, donato volontariamente da donne sane, rappresenta una preziosa e importante fonte per consentire il trapianto di cellule staminali a bambini e adulti. Al contrario, la donazione autologa (destinata al neonato stesso) non offre benefici in termini di salute come evidenziato scientificamente: se un bambino si ammala, questo bambino avrà bisogno di cellule staminali da un altro bambino, ma sano; e l'unica possibilità di trovarle sta per il 97-98% dei casi nelle banche pubbliche. Pertanto la cosiddetta "Assicurazione biologica" per il neonato, non solo non risponde ai principi di efficacia e appropriatezza, ma apre importanti problemi etici, di equità e di solidarietà. La promozione della raccolta autologa, promossa da banche estere, fa leva sulla spinta emotiva di voler garantire ai propri figli un'ipotetica possi-



bilità terapeutica, senza però fornire le prove su cui si fonda l'EBM (Medicina Basata sull'Evidenza). Infatti ogni nuova soluzione deve basarsi su evidenze scientifiche e non su chimere emozionali e deve essere rigorosamente indipendente da interessi economici di parte.

Per i colleghi interessati, questo è il link dove poter visionare e scaricare gratuitamente una copia del video: <http://www.studiofabbrica.it/videocordone/>

* Soroptimist è un'associazione senza fini di lucro, presente in 125 paesi con 3000 Club che opera attraverso progetti diretti all'avanzamento della condizione femminile, la promozione dei diritti umani, l'accettazione delle diversità, lo sviluppo e la pace



di Maria Artes Mainardi e Paola Testa

IL CUORE DEI BAMBINI Attività della Cardiologia pediatrica nella provincia di Rimini

Le cardiopatie congenite sono anomalie anatomiche del cuore e/o dei grossi vasi presenti fin dalla nascita. Si stima che su mille nuovi nati circa otto abbiano un'anomalia cardiaca congenita. Di questi, circa la metà avrà bisogno di cure mediche e/o chirurgiche. Le anomalie più semplici non determinano alterazioni importanti del sistema cardiocircolatorio e non hanno, generalmente, conseguenze gravi. Le anomalie più complesse, invece, possono essere in gran parte corrette chirurgicamente, spesso con interventi chirurgici relativamente semplici e poco rischiosi. Alcune gravi anomalie, incompatibili con la vita o comunque con una normale esistenza, devono essere corrette chirurgicamente alla nascita, spesso con interventi complessi.

Sono queste le cardiopatie congenite che, anche se operate (generalmente in età infantile), richiedono una sorveglianza attenta e continua da parte di specialisti esperti che si protrae per tutta la vita dell'individuo che ne è portatore. Esse, generalmente, richiedono altri interventi: vuoi perché la cardiopatia evolve, vuoi perché le protesi utilizzate nel primo intervento si usurano o diventano inadeguate alla taglia fisica del paziente a seguito della crescita o, spesso, perché l'intervento iniziale ha corretto solo parzialmente il difetto che deve essere "ritoccato".

Si è pertanto creato un nuovo gruppo di pazienti, generalmente affetti da malformazioni cardiache congenite molto complesse, più spesso operati in età infantile o neonatale e giunti all'adolescenza o all'età adulta. Vengono definiti **GUCH (Grown Up Congenital Heart patients)** perché, pur essendo stati operati non possono considerarsi guariti della cardiopatia congenita e hanno quindi necessità di controlli e cure specialistiche per tutta la vita. Il nostro centro a Rimini segue circa 600 pazienti/anno, per un totale di quasi 1000 prestazioni (ecocardiografia, visita + ECG, ECG *Holter*, test da sforzo) fornendo un servizio di consulenza sia per i pazienti interni del Polo Pediatrico (Terapia Intensiva Neonatale, Pediatria, Chirurgia Pediatrica) quanto per i pazienti esterni, affetti da cardiopatia fino all'età adulta o di *second opinion* in supporto ai cardiologi del territorio.

Nell'anno 2012, su 597 bambini esaminati, 461 presentavano cardiopatie "semplici" (difetto interatriale, difetto interventricolare, patologie dell'aorta, aorta bicuspidale, dotto di Botallo pervio, stenosi polmonare), la maggior di queste a risoluzione spontanea nel *follow-up*. I bambini operati per cardiopatia complessa (canale atrio-ventricolare, tetralogia di Fallot, ritorno venoso anomalo, trasposizione delle grandi arterie), e numerosi sindromici, tra cui pazienti affetti da trisomia 21 (sindrome di Down), sono comunque a carico del nostro ambulatorio fino all'età adulta (GUCH).

È stato creato un percorso condiviso fra l'ambulatorio di Cardiologia Pediatrica della nostra U.O. di Cardiologia, e l'U.O. di Pediatria all'interno dell'ospedale e la Medicina del Territorio che consenta ai medici di medicina generale e pediatri di accedere agevolmente qualora vi possa essere il dubbio clinico di cardiopatia fra i propri assistiti.

Quando viene apprezzato dai colleghi del Territorio un segno clinico o riferito ai curanti dai familiari, o dal bambino stesso, un episodio che possa generare il dubbio di cardiopatia sottostante (soffio, turba del ritmo, palpitazioni, sincopi/lipotimie, toracalgia) il bambino con età inferiore ai 3 anni viene riferito direttamente al nostro ambulatorio (in considerazione del maggior rischio di cardiopatia sottostante) con un percorso preferenziale e più breve per i neonati. In caso invece di alterazioni cliniche del compenso o sospetto di acuzie, i piccoli pazienti sono inviati direttamente al Pronto soccorso

pediatrico che valuterà la necessità e la priorità della prestazione cardiologica.

Generalmente le cardiopatie di più frequente riscontro nei bambini di età superiore ai 3 mesi inviati al nostro ambulatorio, sono cardiopatie congenite semplici quali il difetto interventricolare (8%), interatriale (5%), aorta bicuspidale (2%), Dotto di Botallo pervio (5%).

In caso sia necessario richiedere una consulenza di 3° livello o programmare procedure interventistiche, se non chirurgiche, l'invio presso il centro di riferimento viene organizzato direttamente dal nostro ambulatorio, secondo criteri di priorità (emergenza, urgenza, prioritario o elettivo).

Il centro *hub* di riferimento è presso il Policlinico S. Orsola di Bologna con cui vi è piena collaborazione nella gestione anche di pazienti in attesa di intervento o nel post-operatorio.

Il nostro centro fa parte della Rete Regionale per la diagnosi delle malattie rare quali Sindrome di Marfan e fibrillinopatie *Marfan Like Syndrome*, per cui vengono selezionati i casi sospetti che saranno poi sottoposti a molteplici accertamenti e visite specialistiche multidisciplinari in virtù di una rete intraospedaliera creata *ad hoc*, fino a inviare i pazienti al centro *hub* di Bologna per l'analisi genetica e la conferma diagnostica della patologia.

Lo *staff* del nostro Ambulatorio si compone di due medici (Maria Artes Mainardi e Paola Testa) e tre infermiere addestrate appositamente al contatto con il paziente pediatrico (Paola Gavian, Angela Alessi, Roberta Gasperoni).



di Luigi Casadei

SEI PRONTO, SOCCORSO?

Premessa: Pronto Soccorso e Medicina Generale

Quando, per taluni fatti di cronaca, il Pronto soccorso si trova al centro di un evento negativo (che i media qualificano come “malasanità”), quasi automatica, si alza la voce di chi conosce già colpevoli e mandanti.

Secondo costoro i Pronto Soccorso sono afflitti da una quantità esagerata di accessi impropri, le cui maggiori responsabilità ricadono sui Medici di Medicina Generale, rei di non fare da filtro (o magari da tappo...!). Perciò l'apertura per 24 ore degli ambulatori di Medicina Generale, libererà finalmente i Pronto Soccorso d'Italia da orde di assediati.

Tesi avventurosa, teorema non dimostrato. Se davvero si ritiene che troppi accessi non sono motivati da reali urgenze, come siamo arrivati a questo punto? Si tratta dunque di una follia collettiva? O, invece, ci sono motivi precisi e identificabili? E, nel caso: sono davvero troppe le richieste o, al contrario, sono pochi (o mal distribuiti o carenti di personale), i punti di Pronto Soccorso? Infine, non dovremmo confrontare la nostra situazione con quella di altri Paesi, con i quali siamo soliti paragonarci? Qualcuno ha provato a dare un'occhiata a cosa accade, per esempio, in Francia, Germania, Regno Unito?

La parola ai pazienti

Allora ho cercato chi potesse aiutarmi a capire... Eppure ce li ho davanti tutti i giorni!

Le uniche persone che possono rispondere a parecchie di queste domande sono proprio i miei pazienti. Nell'autunno del 2013 ho perciò elaborato un questionario proponendolo poi in sala attesa, durante i mesi di ottobre e novembre. Entro Natale ho raccolto i risultati dell'indagine in un minuscolo tomo dal titolo: **Visto da Qui – il Pronto Soccorso con gli occhi del paziente**. Ho così scoperto alcune cose che forse già sapevo, ma che però meritavano di uscire dalla fase dei racconti aneddotici per entrare in quella più matura e scientifica della statistica. I risultati molto sommariamente sono questi:

- 181 partecipanti (quasi il 20% dei miei pazienti), con età dai 15 ai 94 anni.
- L'87,3% è stato almeno una volta in Pronto Soccorso.
- Il 36,9% ha ricevuto assistenza entro la prima ora. Il 42% ha atteso due o più ore.

- I motivi più frequenti di accesso ai Servizi di emergenza sono stati: dolore acuto (34,8%), traumi (29,7%), disturbi neurologici (10,5%). Il dolore acuto al petto (29 casi) è la prima causa medica di accesso spontaneo al PS.
- Il 9,5% ha dovuto insistere per essere ricevuto, ma il 6,5% si è quasi “pentito” di essersi recato in PS, ammettendo che il suo caso poteva anche trovare soluzione diversa (Medico di Medicina Generale o Guardia Medica).
- Il 59,7% valuta positivamente la propria esperienza in Pronto Soccorso, ma il 45% giudica i tempi di attesa troppo lunghi, il 20,5% ritiene i ticket troppo onerosi, il 18% lamenta scarsa *privacy*.
- Il 50,3% pensa che ASL e media dovrebbero fornire ai cittadini maggiori informazioni sul corretto utilizzo dei Servizi d'emergenza.
- La maggioranza assoluta è ben orientata e propensa a “giocare la carta” del Pronto Soccorso solo per problemi di rilevante entità.
- Il 65% andrebbe in PS anche sperando in un'assistenza più rapida, completa e con minori spese...

Finalità e obiettivi raggiunti

- Questa ricerca si fonda sulla percezione dei cittadini e ne descrive umori, comportamenti, aspettative.
- Inoltre ha offerto molti spunti per una riflessione condotta insieme ai pazienti: parecchi di loro hanno collaborato con interesse e taluni domandano ancora di commentare e discutere i risultati dello studio, che ho esposto in ambulatorio.
- Per concludere: il Medico di Medicina Generale “subisce” da parte dell'ASL l'invio fin troppo solerte di *report* che fotografano (in modo anche impietoso) i suoi comportamenti professionali e prescrittivi. Ci troviamo oggettivamente in una condizione di particolare squilibrio e asimmetria, persino subalternità. Riuscire per un istante a invertire il flusso, inviando all'ASL dati raccolti in ambulatorio, forse stimolerà altri colleghi a operare nella stessa direzione. E questo è uno dei possibili modi per consolidare il nostro ruolo all'interno di un Sistema Sanitario di cui spesso ci lamentiamo, senza riuscire a organizzare tuttavia risposte credibili.



Rubrica di medicina generale



di Marco Grassi

IL CANE SALVA DALL'INFARTO

La convinzione che gli animali possano influenzare il benessere dell'uomo risale alla notte dei tempi quando gli sciamani, o "stregoni", erano chiamati a guarire le malattie attraverso l'evocazione di "spiriti protettori" animali. Già dalla fine del XVIII secolo, gli animali da compagnia sono stati utilizzati come forme di riabilitazione per il trattamento di ostracismo sociale, solitudine e recidiva di malattie mentali. Un'esperta del calibro di Florence Nightingale ha osservato che un animale domestico "è spesso un ottimo compagno per i malati, per i casi cronici in particolare". Si può dire che gli esseri

umani hanno sempre sospettato negli animali la capacità di influire positivamente sulla salute.

Nonostante la crescente evidenza che gli animali da compagnia possono contribuire socialmente per il benessere umano, questo campo di indagine ha ricevuto un riconoscimento medico molto limitato. Recentemente però, l'*American Heart Association* ha approvato una dichiarazione scientifica sul rapporto fra il possesso di un animale domestico e il rischio cardiovascolare, affermando che possedere un animale domestico deve essere considerato come un mezzo per ridurre i fattori di rischio cardiovascolare e migliorare la sopravvivenza nei soggetti con malattia cardiovascolare in atto (Levine et al., 2013).

Nel documento sono stati presi in esame numerosi studi che hanno valutato l'interazione favorevole fra animali e uomo, risultandone un minor tasso di eventi cardiovascolari nei soggetti che possedevano un animale da compagnia. Il cane si è rivelato, ancora una volta, il "miglior amico" dell'uomo, verosimilmente perché accudire un cane favorisce una maggiore attività fisica, con miglioramento del tono muscolare, ridotta risposta simpatica allo stress, un migliore profilo lipidico e controllo pressorio.

A quando la prescrizione in Classe A (magari con nota AIFA)?



Bibliografia

Levine G. et al. *Pet ownership and cardiovascular risk: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation* 2013 Jun 11;127(23):2353-63.

Semiseria... mente



di Sergio Grassia

"DOTTORE, SCRIVA CHE MI AMMALO DOMANI"

"Il medico oggi è come un criceto introdotto dentro una ruota rotante che lo fa girare come una trottola, e che perde di vista quello che deve veramente fare" (un autore inglese)

È esperienza di ogni medico che, tra le pressioni cui è sottoposto e con le quali deve convivere, vi siano, a volte, quelle esercitate dai suoi pazienti - raramente con spirito di prevaricazione, più spesso per una informazione caotica, o per sprovvedutezza, o per intemperanza è piuttosto frequente. Agli studenti, ai neolaureati, bisognerebbe mostrare quante volte la *"Evidence Based Medicine"* sia offuscata dalla Medicina Basata sulla Cruda Realtà. Per il medico pratico l'arte medica, credo, non stia solo nella buona preparazione, nell'intuizione diagnostica, nell'accortezza prescrittiva. C'è anche un altro sapere, antico e sempre da tenere aggiornato, che dovrebbe figurare nel bagaglio del medico, in corsia come in ambulatorio. Non se ne interessano linee guida e algoritmi; non sono state scritte *flow-charts* sul paziente che vuole essere assecondato forzando la mano al proprio medico. Nella pratica quotidiana, ci viene richiesta la capacità di disarmare l'aggressività, l'attitudine a ricomporre la conflittualità, a scrollarsi il complimento e l'elogio interessati, a modulare le priorità, a vigilare sulla manipolazione della professione, subdola o conclamata. A ricondurre l'improponibile al sensato, il farraginoso all'essenziale, il sommerso all'evidente. Il tutto con molta pazienza e comprensione. Qui di seguito riporto alcuni esempi tratti dal vivo e fedelmente riportati; un campionario disarmante, stravagante fino al grottesco, emblematico di quello che a volte appare un "uso disinvolto del medico".

Certificazioni

"Dottore, scriva che mi ammalo domani".

"Buon giorno dottore: ho bisogno di una malattia di sette giorni".

"Dottore mi faccia il certificato che mio figlio può tornare a scuola.

- Ma ha ancora una congiuntivite, ed è contagiosa!-

- Che c'entra, dottore? In fondo, lo hanno contagiato a scuola!"

"Dottore, ha detto l'avvocato che la mia malattia deve durare almeno due mesi".

"Dottore, ha detto l'avvocato di aggiungere un'altra settimana".

"Pronto, dottore, al Pronto soccorso a mio figlio hanno dato una prognosi di tre giorni. Faccia la pratica INAIL; gliene metta trenta".

"Pronto? Parlo con un dottore? Mi faccia il certificato di esenzione dalla cintura di sicurezza".

"Dottore lei mi deve avviare una pratica per malattia da causa di servizio: una qualunque".

Farmaci

"Dottore mi scriva sulla ricetta il farmaco di marca, non voglio il generico... la differenza di costo me la paga lei?"

"Dottore, dato che non ricordavo il nome di quel farmaco, oggi le ho portato la scatola.

- La scritta è completamente cancellata... non posso riconoscerlo!-

- Ma, dottore, la annusi".

"Dottore, di questa medicina mi deve fare due ricette: una datata il mese prossimo e l'altra tra due mesi".

"Dottore, segni questa medicina, ch  mi ha fatto bene (Lenicol Integratore Alimentare); invece quest'altra qui no, perch  non mi ha fatto bene (Lenicol Integratore Alimentare)".

"Dottore mi dia un diuretico forte: il Lasix non lo voglio, non   forte. Prima, quando non urinavo, prendevo l'infuso di gramigna".

"Voglio due ricette per la pillola del giorno dopo: una per la prossima volta che capita e una per la volta successiva".

"Pronto?   il dottore? Dottore sono sei giorni che non vado; prendo un Dulcolax?

Ne prendo solo uno: lei sa che ho la colite!

- Sarebbe bene fare un clistere,

- lo uso l'acqua tiepida.

- Va bene.

- Lo faccio oggi?

- SÌ.

- Non fa male?

- No certo.

- Ma oggi non posso farlo, l'infermiera viene domani.

- Allora prenda una compressa di Dulcolax stasera.

- Una, non due?

- Una. Poi domani, se non va, faccia il clistere.

- Domani? Non   meglio oggi?"

"Dottore, mi segni due scatole di anticoncezionale (paziente isterectomizzata)".

"Il dottore: - Signora, l'anticoncezionale non posso prescriverlo a carico del Servizio Sanitario Nazionale, perch  lei non risulta iscritta.

Il compagno: - Dottore, io sono iscritto, lo prescriva a nome mio".

"Pronto dottore, ho bisogno di due ricette per Omeprazolo

- Per gastro-protezione? Perch  ha dolore allo stomaco?

- Non lo so".

"Pronto dottore, qui accanto a me c'  una mia amica: le pu  segnare una ionoforesi alla schiena?"

"Pronto, dottore? Tra poco viene mio figlio: lo faccia entrare per primo e gli dia tutti i campioncini che ha".

Indagini

"Dottore mia sorella mi ha prescritto questi esami.

- Sua sorella   medico?

- No, perch  lavora da un medico (fa le pulizie)."

"Dottore mi deve segnare: per me visita urologica; per mia madre visita cardiologica e visita oculistica; per mio padre visita cardiologica e oculistica. Poi scintigrafia ossea per tutti e due perch  sentono i piedi addormentati."

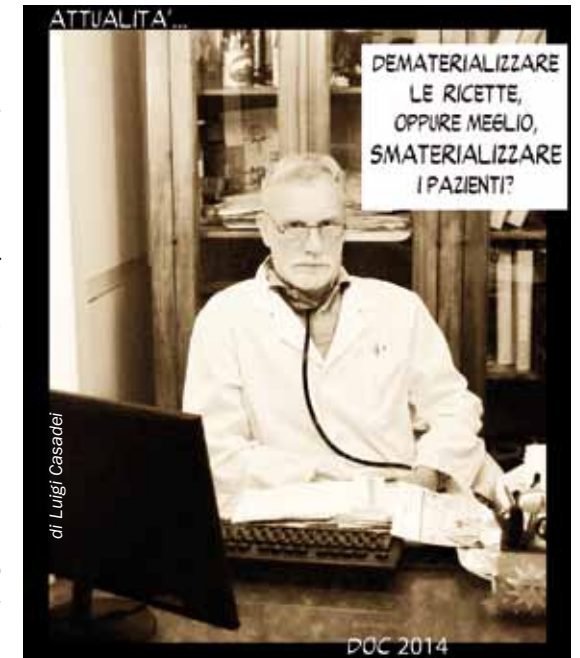
"Dottore voglio fare una mammografia. Scriva: urgente. Svelto, dottore, faccia presto a scrivere, oggi ho poco tempo."

"Mi faccia fare una TAC dai piedi fino alla testa per vedere se sono sano".

"Buongiorno. Voglio un'ecografia dell'addome, tutto".

"Buongiorno dottore, voglio una risonanza".

"Buongiorno. Voglio un tobler alle gambe".



"Dottore voglio tutti gli esami della tiroide, tutti anche DTI... o TPI..., non so cosa sia, ma lo voglio".

"Dottore, quando parlo molto a lungo al cellulare mi ronzano le orecchie: voglio fare la TAC".

"Dottore mi fa molto male il piede destro. Quando respiro sento che il sangue corre dal piede alla testa e allora il male aumenta: Il farmacista ha scritto su questo foglio l'esame che dovrebbe prescrivermi (Risonanza magnetica)".

"Pronto, dottore, mi trasciva la richiesta per visita neurochirurgica per mio marito.
- Per quale problema?
- Bah, bisognerebbe chiederlo a lui!"

Diagnostica

"Dottore, anni fa, in Bulgaria, ho preso tante radiazioni: lei deve assolutamente trovare il modo di misurare le radiazioni che ho assorbito nel corpo".

"Dottore mi misuri la pressione delle arterie all'interno del cervello... Non mi guardi in quel modo... Lei deve sapere che esistono tre metodi..."

"Pronto, dottore, ho bisogno di una visita domiciliare urgente: ho la gola secca e la lingua impastata".

"Pronto, dottore, mio figlio questa sera esce e va in discoteca: mi garantisce che non prende la meningite?"

"Pronto, lei è un dottore? Io sono una persona che porta un busto ortopedico. Lo devo proprio mettere?"

"Pronto, dottore, mi sono ricordato che non ricordo più se ho fatto la vaccinazione antitetanica (ore 3,15 del mattino!)".

"Dottore, son dovuta venire al P.S. perché non riesco a smettere di sbadigliare (ore 3 circa del mattino!)".

"... Se un giorno scopro di avere un tumore, denuncio il mio medico..."

... La nave è ormai in mano al cuoco di bordo e ciò che trasmette il megafono del comandante non è più la rotta ma ciò che mangeremo domani. (S. Kierkegaard)

Medici ma non solo

**FASSI
UN'ARMONIA...**



**“Fassi un’armonia
con le diverse
cadute d’acqua
come vedesti alla
fonte di Rimini,
come vedesti addì
8 d’agosto 1502”**

Leonardo

Recensioni



CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE. Voci dall'Ateneo di Bologna a cura di Valeria Paola Babini, Valentina Filippi e Susi Pelotti

“La violenza di genere ha molte facce e molti luoghi; era giusto e perfino doveroso che una istituzione come l'Università, deputata alla formazione della futura classe dirigente del nostro Paese, l'affrontasse”, è scritto nella prefazione del volume.

Il libro nasce da un progetto del Comitato Pari Opportunità dell'Università di Bologna che, nel 2010, decise di invitare studenti e dipendenti dell'Università a inviare una poesia o un brano già pubblicati o inediti scritti da loro per l'occasione, sul tema della violenza di genere.

Molti risposero, studenti e non; quasi tutti inviarono un proprio elaborato originale, scritto appositamente.

Fu così che nacque l'idea della pubblicazione di buona parte dei testi ora raccolti in questo libro, da cui emergono, in modo intenso e appassionato, cariche di indignazione e amarezza, le “voci” di studenti, docenti e dipendenti in genere dell'università.

Il libro è stato presentato a Rimini il 22 novembre, presso la Sala del Giudizio del Museo della Città, dalla stessa professoressa Babini, accompagnata da Sara Galli, giovane e brava attrice della nostra città, che ha letto alcuni brani del libro e da un trio di allievi dell'Istituto superiore di studi musicali Lettimi - Claudia Mancini, Anna Perazzini e Mattia Guerra - che hanno suonato brani di Dvorak, Bach ed Elgar.

L'evento è stato promosso dal Soroptimist e dall'AMMI Associazione Mogli Medici Italiani.

La presidente del Soroptimist Rimini, Diana Cesari, spiega il perché di questa iniziativa: “Ci è sembrato importante e doveroso far conoscere questa realtà anche ai riminesi, perché la violenza contro le donne è un problema più diffuso di quanto non si creda e interessa tutte le classi sociali. Conoscere per non dimenticare, affinché la violenza non resti confinata nel privato e le donne non siano lasciate sole ma sappiano che a Rimini c'è una Rete

Antiviolenza attiva (di cui fanno parte anche Soroptimist e AMMI) all'interno della quale possono trovare un aiuto concreto da parte di poliziotti, carabinieri, medici e operatori appositamente formati a valutare il rischio e impegnati a fornire insieme alternative alle donne maltrattate. Anche dopo la denuncia”.

La violenza di genere nel territorio riminese: il “Progetto Dafne”

Dal 2005 a Rimini, per rilevare il fenomeno della violenza di genere, è attivo il “Progetto Dafne” finalizzato a prevenire e dare sostegno alle vittime attraverso una rete che coinvolge Forze dell'Ordine, presidi sociali e sanitari, enti locali.

Nel periodo 2005-2013, si sono rivolte alla Rete Dafne 2.326 le donne; 1.436 quelle in carico.

Nel 2013 vi sono stati 214 accessi (di cui 154 in carico): si tratta di donne con età media di 36 anni, a scolarità medio-alta, con un accesso al reddito sufficiente per il 44% dei casi, per il 25% insufficiente e per il 30% inesistente. Il 63% sono donne italiane. Il 72% delle donne ha figli. Si conferma un progressivo aumento della violenza subita da donne in stato di gravidanza.

A differenza di quanto si potrebbe credere, è all'interno delle mura domestiche e nelle relazioni intime che la donna ha i maggiori rischi per la propria sicurezza, e che spesso purtroppo sottovaluta (unica fattispecie diversa è lo stupro, che in molti casi è commesso da estranei). Il maltrattante nel 91% dei casi è il coniuge/partner (nel 6% altro familiare), con una età media di 40 anni, italiano (66,5%), occupato per il 64% dei casi, la cui professione è estremamente trasversale (compresi professionisti, persone benestanti che vivono di rendita, pubblici ufficiali).

Le diagnosi (multiple) per i 52 casi di violenza afferiti al Pronto soccorso sono state: per 30 donne traumi contusivi, distorsivi ed ematomi, per 10 trauma cranico e rachido-cervicale, per 10 violenze sessuali, per 7 escoriazioni e abrasioni, altro in 6 casi.

Antonella Chiadini

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

LA RETE DI TERAPIA DEL DOLORE SECONDO LE DIRETTIVE DELLA LEGGE 38/2010

29 marzo 2014 - Ospedale Cervesi di Cattolica

Segr. organizzativa: C.S.C. Srl Perugia tel. 075.5730617, jenny@csccongressi.it

CUTE E SOLE

5 aprile 2014 - Hotel Sporting di Rimini

Segr. organizzativa: Quality Congress srl Roma tel/fax 06.66514670,
doriacolonna@qualitycongress.it, www.qualitycongress.it

FOCUS SULLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE: ARTRITI - SPONDILOARTRITI - CONNETTIVITI

12 aprile 2014 - Centro Congressi SGR Rimini

Segr. organizzativa: AMRER Onlus Bologna tel 051.249045, ass.amrer@alice.it,
www.amrer.it

GIOVEDÌ DELL'ORDINE

**Giovedì 8 e 29 maggio 2014 ore 20.00 - U.O. Cardiologia e U.O. Ematologia
Sala Riunioni dell'Ordine dei Medici di Rimini**

I programmi dettagliati saranno pubblicati a breve sul sito dell'Ordine
www.omceo.rn.it

II WORKSHOP RIMINESE SULLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI RETTOCOLITE ULCEROSA DIAGNOSI E TERAPIA

10 maggio 2014 - Centro Congressi SGR Rimini

Segr. organizzativa: Realtime Meeting Genova. segreteria@realtimemeeting.it

CLINICA E ACCERTAMENTI STRUMENTALI IN RAPPORTO AGLI ELEMENTI DI DIRITTO E DI MEDICINA LEGALE

9 e 10 maggio 2014 - Grand Hotel di Rimini

Segr. organizzativa: algomedica@tin.it, algomedica@gmail.com

TECNOLOGIE E NUOVI FARMACI NELLA CURA DELLA PERSONA CON DIABETE TIPO 2

22 maggio e 2 ottobre 2014 - Sala Riunioni Ordine dei Medici di Rimini

Segr. organizzativa: FMR Srl Modena tel. 059.350201 mroncaglia@fmrweb.it,
www.fmrweb.it

ETICA DELLA COMUNICAZIONE IN SANITÀ - MEDICINA DIGITALE ED ETICA DELL'INFORMAZIONE

24 maggio 2014 - Centro Congressi SGR Rimini

Segr. organizzativa: Scuola di Etica Medica di Rimini, tel. 0541.382144
info@omceo.rn.it, ww.omceo.rn.it

SAN PATRIGNANO ODONTOIATRIA - IV SIMPOSIO "LA PREPARAZIONE VERTICALE: ASPETTI CLINICI E TECNICI"

7 e 8 novembre 2014

Segr. organizzativa: cbally@sanpatrinagno.org, www.sanpatrinagno.org

Presso la segreteria dell'Ordine sono disponibili i programmi degli eventi.

Spazio Ammi

RINNOVO CARICHE AMMI

Mercoledì 4 dicembre 2013, alla scadenza dei tre anni di mandato, come da statuto, nella sede dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri dalla provincia di Rimini, le iscritte all'AMMI si sono ritrovate per l'Assemblea elettiva di rinnovo degli organi di governo dell'associazione.

Dopo breve relazione della Presidente in scadenza si sono svolte le votazioni. Il nuovo Consiglio Direttivo vede rielette Alessandra Corvetta, presidente, Ambra Morelli, tesoriera, Lorenza Marsciani, segretaria, mentre diviene vicepresidente M. Teresa Matteini e consigliere Pinuccia Liberati, Giuditta Micheli e Mariella Fascia.

Nella stessa serata, attraverso una vivacissima lotteria, sono stati raccolti 410 euro da destinarsi, attraverso la tesoreria nazionale Ammi, all'emergenza alluvione sarda.

CONCORSO LETTERARIO INDETTO DA AMMI NAZIONALE: i giovani riminesi si distinguono

Il 6 febbraio 2014, nel corso del XX Congresso Nazionale AMMI, la riminese Giulia Bravi, allieva del locale Liceo classico, è stata premiata come seconda classificata del concorso letterario indetto dall'AMMI, che aveva per tema: "La cultura dell'essere e dell'apparire nei giovani d'oggi".

La commissione del concorso ha valutato, senza conoscere preventivamente il nome e la provenienza dell'autore, ben 227 elaborati. Altri sei giovani riminesi si sono distinti risultando fra i primi 35 classificati.

Alessandra Babini Corvetta

Ricordando i colleghi

DOTT. GINO TREBBI (2 luglio 1921- 15 ottobre 2013)



Nato a Badia Tedalda (AR) il 2 luglio 1921, ma vissuto sempre a Molino di Bascio - ridente paesino di pochi abitanti dell'Alta Valmarecchia cui è rimasto profondamente legato per tutta la vita - frequenta il Liceo classico dai Salesiani verso i quali nutrirà per sempre una immensa gratitudine.

Si laurea a Bologna nel 1948 e subito inizia l'attività di medico condotto presso le località di Frontino, Tavullia e Fermignano. Successivamente si specializza in Pediatria e in Odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università di Pisa.

Nel 1961 si trasferisce a Rimini dove apre lo studio dentistico. L'odontoiatria è stata in assoluto la sua più grande passione che ha svolto sempre con tanto amore, pazienza e professionalità. Il tempo libero lo trascorreva nella sua vigna di Verucchio producendo dell'ottimo *chardonnay* e partecipando in Toscana a battute di caccia al cinghiale.

Marito, padre e nonno sempre presente ha avuto tre figli: Mari-lena, Maria Eugenia ed Emanuele, due dei quali medici: Maria Eugenia, che col marito Pier Paolo Balducci continua tuttora l'attività odontoiatrica nello storico ambulatorio di via Mentana ed Emanuele, medico fisiatra.

Instancabile, ha lavorato fino all'età di 84 anni. Nell'aprile 2013 ha festeggiato i 65 anni di Laurea, cerimonia alla quale non ha potuto partecipare per motivi di salute, ed è stato rappresentato dalla figlia Maria Eugenia.

Generoso e combattivo si è spento alla veneranda età di 92 anni. Tutti coloro che lo hanno conosciuto lo ricorderanno sempre ottimista e sempre con il sorriso sulle labbra.

La famiglia

Variazione agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 20 GENNAIO 2014

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BATTIGLIARIN Giuseppe	trasferimento da Milano
dott.ssa MICALI Giuseppa	trasferimento da Messina
dott. VULF Igor	trasferimento da Roma

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa SEMPRINI Gloria	trasferimento a Bolzano
dott. TORDI Dario	trasferimento a Reggio Emilia
dott. TUMIETTO Fabio	trasferimento a Bologna
dott. URZÌ Francesco	trasferimento a Catania

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CERASOLI Piertito	cessata attività
dott. LEONARDI Leonardo	trasferimento a Forlì Cesena
dott. LUISO Filippo	trasferimento a Verona
dott. TUMIETTO Fabio	trasferimento a Bologna

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa CAPRA Arianna	di Rimini
dott.ssa CECCHINI Sara	di Rimini
dott. ONORATO Giacomo	di Rimini
dott.ssa RAFFAELLI Eugenia	di Morciano di Romagna
dott.ssa RUBINI Giulia	di San Giovanni in M.
dott. PARIS Cesare	trasferimento da Varese

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BROCCOLI Giulio	cessata attività
-----------------------	------------------

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 18 FEBBRAIO 2014

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ACCIARINI Denisa	di Verucchio
dott.ssa BERNABÈ Giorgia	di Rimini
dott. BERTOZZI Marco	di Rimini
dott. BROCCOLI Alessandro	di Morciano di Romagna
dott.ssa CAMORANI Alessandra	di San Marino
dott.ssa CROCI Valentina	di Villa Verucchio
dott. FERRANTI CALDERONI Enrico	di Bellaria - Igea Marina
dott. FOSCHI Federico	di Bellaria - Igea Marina
dott.ssa FRASCARI Ambra	di Rimini
dott. GIROTTI Giacomo	di Riccione

dott.ssa GOSTOLI Dalila
dott.ssa GROSSI Giulia
dott. GUERRA Marco
dott. MARCANTONIO Luca
dott. NUCCI Giacomo
dott.ssa NUCCI Veronica
dott.ssa PIASTRA Alice
dott.ssa PRUCCOLI Federica
dott.ssa RINALDI Claudia
dott. RUGGIERI Francesco Pio
dott.ssa TENTI Maria Valentina
dott.ssa TRENZI Laura
dott. VERSARI Gianni
dott.ssa WONG Michela Cing Yu
dott.ssa GIULIANELLI Cinzia
dott.ssa POLETTI Raffaella Francesca

di Riccione
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Riccione
di Novafeltria
di Misano Adriatico
di Cattolica
di Rimini
di Bellaria - Igea Marina
di Villa Verucchio
trasferimento da Bologna
trasferimento da Monza e Brianza

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ANTONELLI Monica	trasferimento ad Ancona
dott. RAMETTA Paolo	cessata attività
dott.ssa VENTURI Luana	decesso

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. RAMETTA Paolo	cessata attività
---------------------	------------------

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 24 FEBBRAIO 2014

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BUDA Vanessa	di Bellaria-Igea Marina
dott.ssa RICCI Beatrice	di Rimini
dott. SIGNORINI Lorenzo	di Rimini
dott. VEROCCHI Gianluca	trasferimento da Reggio Emilia

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. URZÌ Francesco	trasferimento a Catania
----------------------	-------------------------

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. MALTONI Fabio	cessata attività
---------------------	------------------

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 1821 - Albo Odontoiatri nr. 364

