

n° 3/2012

il Notiziario

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

Anno XV, Numero 3, Luglio - Settembre 2012



il Notiziario

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

Anno XV, Numero 3, Luglio - Settembre 2012

Direttore responsabile: dott. Mauro Giovanardi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

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

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

Contributi a questo numero da:

dott.ssa Stefania Angelini e dott.ssa Mara Rossi

dott. Christian Landi U.O. Dermatologia Ausl Rimini

AMMI - Associazione Mogli dei Medici Italiani Sezione provinciale 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 8.30 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00

Martedì, Giovedì e Venerdì dalle 8.30 alle 13.00

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

sommario

EDITORIALE.....	pag. 4
• Medicina e tecnologia	
VITA DELL'ORDINE.....	pag. 5
• Assemblea ordinaria dell'Ordine	
FOCUS SULLA PROFESSIONE.....	pag. 6
• Il dermatoscopio nelle mani del medico di medicina generale. L'esperienza dell'Ausl di Rimini	
• La disfunzione erettile: una patologia trasversale	
• Dì, ma Sisifo faceva il dentista?	
SANITÀ LOCALE.....	pag. 12
• Alla vostra cortese attenzione	
• La cortesia è l'anima della cura. Ma non solo	
• Batti e ribatti: medici come al <i>Roland Garros</i> ?	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE	pag. 16
• La complessità in medicina generale (MG)	
RUBRICA LEGALE	pag. 19
• La responsabilità del medico per "danno erariale"	
I NOSTRI MEDICI NEL MONDO	pag. 22
• Maria Mercedes (Mara) Rossi	
MEDICI, MA NON SOLO	pag. 24
• Viaggio al centro <i>de lu munno</i> (Capitolo terzo)	
STORIA DELLA MEDICINA	pag. 26
• <i>Fiction</i> Iano Planco. Impotentia coeundi	
RECENSIONI	pag. 28
• <i>Guari Guaròss</i> . Riti e rimedi della medicina popolare in Romagna	
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI, ATTIVITÀ CULTURALI.....	pag. 30
SPAZIO AMMI	pag. 34
• Le nostre recenti attività scientifiche	
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	pag. 35

AFORISMA

Nulla è di maggior impedimento alla guarigione
quanto il mutare spesso i rimedi.

Seneca



MEDICINA E TECNOLOGIA

La “vecchia” medicina, quella che passa attraverso l’osservazione clinica, il martelletto, il fonendoscopio, è proprio tutta da buttare?

Questa è la domanda che sempre più spesso viene fatta ai medici: dal binomio medico-paziente si è passati ormai al rapporto medico-tecnologia-paziente.

Sicuramente la tecnologia ha agevolato la soluzione dei problemi, in medicina come in tanti altri settori della moderna

società, ma ha, nel contempo, reso molto più debole il contatto fra due persone, il medico e il paziente, facendo divenire il processo diagnostico-terapeutico una procedura a volte arida e impersonale, lasciando alla macchina un ruolo sempre più significativo.

Così facendo c’è il rischio di relegare in secondo piano l’approccio fra il medico e il paziente, fondamento per l’alleanza terapeutica.

Negli ospedali come negli ambulatori, sempre più spesso le procedure diagnostiche e terapeutiche passano attraverso protocolli e procedure standardizzate che in un qualche modo “spersonalizzano” la cura.

Se a questo si aggiunge poi che il “curare” è sempre più spesso influenzato da fattori economici (riduzione delle risorse), burocratici e legislativi, è facile capire come nel binomio medico-paziente si interpongono elementi che rendono sempre più difficile la comunicazione e la comprensione.

In questo scenario l’Ordine dei medici, attraverso un costante processo di formazione in tema di etica e deontologia, deve assicurare al cittadino una risposta di cura che tra l’altro non trascuri il fondamentale rapporto di empatia.

Il medico del terzo millennio dovrà saper quindi interpretare la professione con umanesimo e scienza, perché la cura non sia impersonale e tecnologica, dovrà riscoprire l’agire in coscienza e responsabilità, dovrà saper infondere fiducia e speranza.

Voglio ricordare che essere medico è un qualcosa di diverso (di superiore?) dall’essere un uomo di scienza: lo scienziato ha di fronte a sé un oggetto, noi ci rapportiamo invece con una persona, che ha la propria storia, il proprio vissuto, le proprie aspettative.

Sicuramente dobbiamo saper utilizzare tutto ciò che la tecnologia ci mette a disposizione per la cura però non dobbiamo mai rinunciare alla nostra capacità di dialogo, di ascolto, di partecipazione alla vita del paziente e senza mai dimenticare la “visita”, utilizzando ancora il martelletto, il fonendoscopio, le nostre mani, antichi strumenti di una moderna medicina.

Maurizio Grossi

Rimini, 29/08/2012
Prot. n. 1268

Agli iscritti
Albo Medici e Albo
Odontoiatri dell’Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

ASSEMBLEA ORDINARIA DELL’ORDINE

Caro Collega,
con la presente ti comunico che venerdì 30 novembre 2012 alle ore 7.00 in prima convocazione, e **sabato 1 dicembre 2012 alle ore 10.00** in seconda convocazione avrà luogo presso la Sede dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini, Via Flaminia n. 185/b

I’Assemblea Ordinaria

con il seguente Ordine del giorno:

- Relazione del Presidente
- Relazione del Tesoriere
- Bilancio di Previsione 2013
- Varie ed eventuali

Al termine dell’assemblea il Presidente e i consulenti dell’Ordine (fiscale, legale e della privacy) saranno a disposizione per chiarimenti in merito alle ultime novità normative.

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

Il Presidente
Dott. Maurizio Grossi

Il sottoscritto Dott.

nato a il

DELEGA

Il Dott.

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

Data Firma

Focus sulla professione



di S. Catrani, C. Landi, M. Pallanti,
M. Marzaloni, G. Montanari, B. Sacchetti

IL DERMATOSCOPIO NELLE MANI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE. L'ESPERIENZA DELL'AUSL DI RIMINI.

Il melanoma cutaneo è raro prima della pubertà e colpisce prevalentemente soggetti di età compresa tra i 30 e i 60 anni, di classe sociale medio-alta. L'incidenza documentata per questo tumore è in crescita costante in tutto il mondo, probabilmente raddoppiata negli ultimi dieci anni. La prognosi del melanoma è correlata allo spessore della lesione al momento della diagnosi istologica, misurato in millimetri, secondo le indicazioni di Breslow. Individuare il melanoma quanto più precocemente possibile rappresenta, quindi, la principale arma per tentare di ridurre la mortalità. Grazie a campagne di educazione sanitaria e allo *screening* delle popolazioni a rischio, se nel 1960 solo la metà dei malati di melanoma era ancora in vita cinque anni dopo la prima diagnosi, oggi sopravvive circa l'80%. La terapia del melanoma è chirurgica, mirata all'asportazione radicale allargata del tumore primitivo; nelle forme recidivanti o metastatiche vengono applicati protocolli internazionali, in parte sperimentali.

Aspetto clinico e dermoscópico di melanoma microinvasivo

Al fine di razionalizzare l'uso delle risorse e per ridurre i tempi d'attesa presso le strutture dermatologiche, un ruolo centrale è stato attribuito al miglioramento della funzione di "filtro" del medico di medicina generale (Mmg). È stato segnalato, in articoli scientifici, il frequente riscontro presso gli ambulatori dermatologici di soggetti che non presentano lesioni pigmentate sospette, né fattori di rischio per il melanoma, ma che hanno richiesto la visita solo per trovare rassicurazioni. Pur non igno-



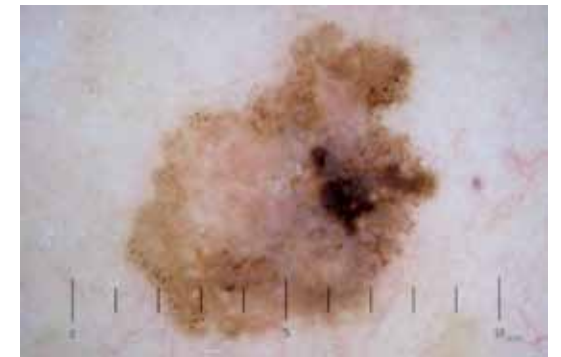
Aspetto clinico e dermoscópico di melanoma microinvasivo

rando le difficoltà incontrate dal Mmg nella gestione di tali pazienti, sia sul versante medico (diagnosi differenziale fra una lesione pigmentata benigna e una lesione sospetta) che su quello umano (fornire rassicurazione a pazienti che pretendono indagini strumentali, spesso inutili), bisogna sottolineare che le conseguenze di questi accessi incongrui (un maggiore dispendio di risorse e più lunghi tempi d'attesa) potrebbero penalizzare i soggetti che realmente hanno urgenza di essere visitati dal dermatologo.

Verso gli ambulatori per la diagnosi precoce del melanoma vanno indirizzati i pazienti cosiddetti "a rischio" (familiarità per melanoma, fototipo I-II, storia di scottature solari in gioventù, numero di nevi > 50, nevi melanocitici atipici) o che presentino lesioni pigmentate sospette.

Al Mmg viene richiesto di selezionare i casi che necessitano di valutazione specialistica, verificando la consistenza del sospetto clinico nella lesione identificata dal paziente e di riconoscere, durante una visita medica eseguita per altri motivi, eventuali lesioni pigmentate sospette.

La figura del Medico di medicina generale rappresenta quindi un fondamentale avamposto sanitario, con un ruolo strategico nella gestione dell'epidemia melanoma. L'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale Infermi di Rimini collabora da almeno dieci



anni con i Mmg nell'ambito delle campagne di sensibilizzazione nei confronti delle lesioni pigmentate della cute, e da maggio 2012 ha reso operativo un progetto formativo finalizzato a rendere familiare l'utilizzo del dermatoscopio.

La valutazione dermoscópica si basa sull'osservazione e l'interpretazione delle strutture e delle caratteristiche morfologiche delle lesioni cutanee. Il dermatoscopio è uno strumento ottico manuale che fornisce ingrandimenti di 10-20x e, grazie a una luce incidente, consente di ridurre i fenomeni di rifrazione dello strato corneo della cute, evidenziando le caratteristiche della lesione osservata, fino alla giunzione dermo-epidermica. È oggi disponibile una vasta semiologia, utile per lo studio e la diagnosi differenziale delle neoformazioni cutanee, pigmentate e non.

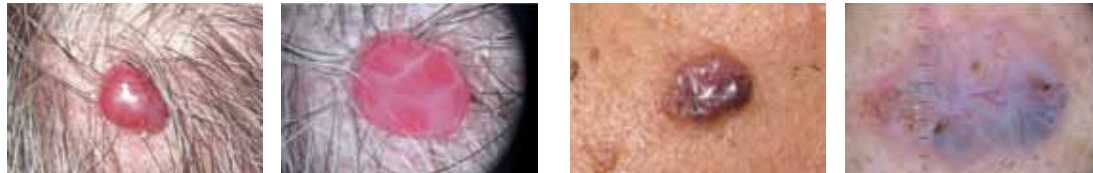
La diagnosi formulata dal Mmg che, anche grazie all'ausilio di questo pratico strumento, rassicura il paziente sulla benignità della lesione, riduce il numero di prestazioni non necessarie e migliora l'appropriatezza prescrittiva. Questo permette di destinare mezzi, risorse e competenze specialistiche verso condizioni patologiche che necessitano, e possano effettivamente beneficiare, di trattamenti specifici.

Il progetto, proposto dall'Unità Operativa di Dermatologia di Rimini, diretta dal dott. Stefa-



Aspetto clinico e dermoscopic di cheratosi seborroica pigmentata

Aspetto clinico e dermoscopic di dermatofibroma pigmentato



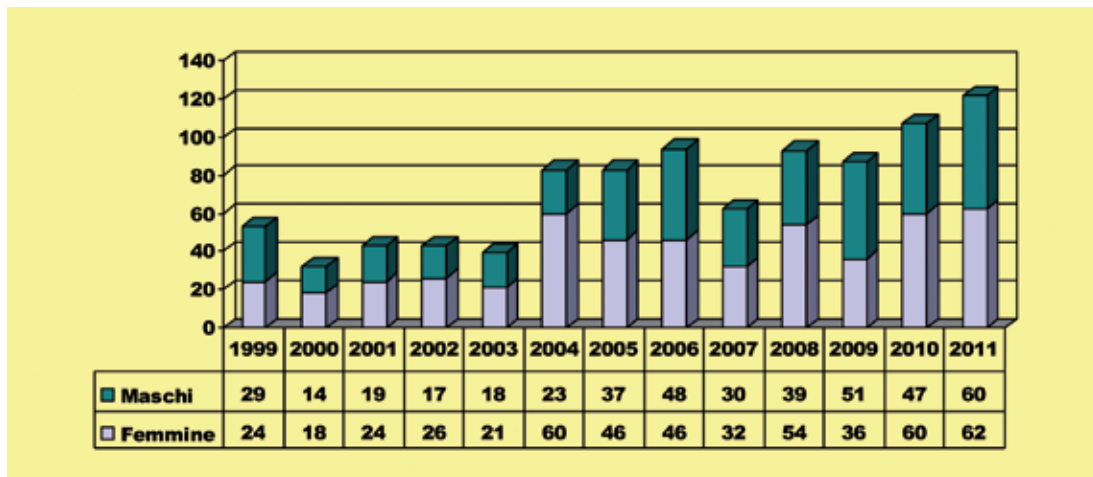
Aspetto clinico e dermoscopic di angioma rubino

Aspetto clinico e dermoscopic di carcinoma basocellulare pigmentato

no Catrani, e indirizzato ai medici di medicina generale dell'Ausl di Rimini, prevedeva una fase teorica di 2 ore, nel corso della quale sono state illustrate le caratteristiche del dermatoscopio, le modalità e i principali campi di utilizzo, e l'aspetto clinico e dermoscopic delle più comuni lesioni benigne (cheratosi seborroica, dermatofibroma, angioma) e maligne (carcinoma basocellulare, carcinoma squamocellulare, melanoma) della cute, con particolare riferimento alle differenze tra lesioni melanocitarie e non melanocitarie.

Successivamente, una fase pratica di 6 ore, con esperienza diretta "sul campo", ha permesso di applicare le nozioni acquisite visitando, a fianco degli specialisti, i pazienti che normalmente afferiscono al servizio ambulatoriale per la prevenzione del melanoma.

Ai medici partecipanti è stato inoltre distribuito materiale didattico, prodotto dalla Lega Italiana per la lotta ai tumori (LILT), e un vademecum digitale, ora disponibile anche online (www.ausl.rn.it).



Numero di casi di melanoma per anno, nella provincia di Rimini.

LA DISFUNZIONE ERETTILE: UNA PATOLOGIA TRASVERSALE



di Melchisede Bartolomei

A tutti gli uomini può succedere nell'arco della vita di avere problemi di erezione, ma quando persistono e determinano l'incapacità di raggiungere e mantenere un'erezione sufficientemente valida da consentire un rapporto sessuale soddisfacente, si parla di disfunzione erettile (in seguito DE).

Il convegno del 26 maggio 2012, organizzato dal dott. Pasquale Scarano e intitolato "La discriminazione maschile nella salute riproduttiva: strategie di intervento", ha permesso di riflettere su una patologia che solo in apparenza riguarda una sfera specialistica, di tipo andro-urologico. Infatti, la DE spesso si accompagna a fattori di rischio normalmente associati all'ambito cardiovascolare e, in molti casi, rappresenta la prima manifestazione clinica di importanti patologie sistemiche non ancora clinicamente diagnosticate.

Un tempo l'eziologia funzionale (i.e. l'assenza di malattie organiche) e la componente psicologica erano determinanti. È superfluo notare infatti come in presenza di DE si abbia un lieve calo dell'umore fino a veri e propri stati depressivi. Oggi è invece opinione condivisa che in circa l'80% dei casi di DE si possano riscontrare, quali cause, malattie organiche vascolari (40%), neurologiche, endocrine, iatrogene (antipertensivi, sedativi, antidepressivi, alcuni ormoni), associate a fumo, alcool, sedentarietà e stress. In maniera più precisa, sotto il profilo clinico, la DE può precedere l'insorgenza di patologie maggiori, quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'aterosclerosi, le disfunzioni ormonali (i.e. diminuzione di testosterone, aumento di prolattina, disfunzioni tiroidee).

Importante evidenziare che la DE è diffusa a tutte le età. In Italia, secondo lo Studio Eden (Consorzio Mario Negri, 2005), a cui hanno preso parte diversi Mmg della nostra Azienda, emergeva che il 12,8% della popolazione maschile tra i 18 e i 65 anni (i.e. circa 2-3 milioni) soffre di DE. Ovviamente, la prevalenza e l'incidenza aumentano con l'avanzare dell'età. Per esempio, dopo i 50 anni, ne soffre il 35-65% del campione in esame.

Tuttavia, nonostante le brevi considerazioni formulate, la DE è ancora una patologia sommersa e, soprattutto, sottovalutata. In un passato non molto lontano vi era una giustificata riluttanza del paziente e del medico ad affrontare questo problema, ritenuto di natura essenzialmente psicologica e privo di

cure realmente efficaci. Oggi le conoscenze eziopatogenetiche e i presidi farmacologici e protesici disponibili – capaci di risultati positivi nel 100% dei casi – consentono al medico un atteggiamento attivo e propositivo.

È pertanto compito dell'operatore sanitario farla emergere.

Ritengo che il “medico di famiglia” possa essere l'interlocutore privilegiato per questo genere di problematiche. Ciò in virtù del particolare rapporto di conoscenza e, in molti casi, di confidenza con il paziente. Quest'ultimo può infatti trovare nel Mmg una persona disposta ad ascoltare, capace di spiegare quali sono le terapie disponibili e, soprattutto, chiarire che non si tratta di una inevitabile forma patologica legata all'invecchiamento e al decadimento fisico. I sanitari che possono avere maggiori possibilità di rilevarla sono – accanto al Mmg – l'urologo, il diabetologo, l'endocrinologo, il cardiologo, il neurologo e il geriatra.

Non si può certo pretendere dal Mmg uno *screening* “a tappeto” nei confronti della DE, considerati gli attuali ritmi lavorativi. Si rivela quindi indispensabile individuare quali categorie di pazienti indagare. Da osservare quegli uomini che per anamnesi, età, familiarità o per abitudini di vita presentino un rischio di patologie associate a tale disfunzione (i.e. malattie cardio-vascolari, diabete, depressione).

Con riferimento alla DE, si colgono tutte le difficoltà legate alla parcellizzazione della professione medica. È di tutta evidenza come le differenti branche specialistiche, contribuendo alla scomposizione anatomica dell'uomo in un *puzzle* di apparati, ha reso più difficile adottare una prospettiva integrata, che non scinda artificiosamente le questioni del corpo da quelle della mente. In sintesi, la sfera sessuale costringe il professionista, per meglio interpretare il quadro clinico, a riconciliare fra loro psiche e soma. Non è quindi errato affermare che, con riferimento alla sessualità, ogni problema organico ha anche una forte componente psicogena.

In questo contesto, poiché la comunicazione è il presupposto per ogni successivo processo diagnostico-terapeutico, può diventare un'interessante sfida professionale aiutare il soggetto interessato a esprimere il problema. Nonostante il singolo medico riesca di solito a trovare un personale approccio comunicativo con il paziente, rimane comunque auspicabile organizzare incontri per potenziare le abilità relazionali e individuare efficaci strumenti capaci di introdurre al colloquio sulla DE.

Nell'ambito dello stesso convegno sopra ricordato è stato affrontato anche il tema dell'infertilità maschile. Per tradizione, il benessere riproduttivo della donna ha trovato nel ginecologo la figura professionale competente. Sfortunatamente, questa dinamica non si è mai verificata in campo maschile, e solo da alcuni anni si delinea nell'andrologo il professionista di riferimento. Mentre una volta esisteva la visita militare che contribuiva a evidenziare una serie di patologie, oggi fra le competenze del Mmg rientra a maggior ragione la prevenzione oncologica/riproduttiva dell'uomo e la valutazione del suo stato di fertilità/infertilità. Infatti, il Mmg non deve mai dimenticare che il tumore del testicolo è la neoplasia più frequente nei maschi tra i 15 e i 40 anni d'età.

La verifica dello stato di fertilità/infertilità nel maschio prevede, dal punto di vista del Mmg, tre momenti essenziali: l'anamnesi, l'esame obiettivo e lo spermioγραμμα. Altre indagini diagnostiche sono di secondo livello e, in genere, di prescrizione specialistica.

Pertanto, quando si acquisisce un nuovo paziente dal pediatra o da altro collega, sarebbe di estrema importanza, nella prima visita, come già avviene per la donna in relazione alla prevenzione oncologica di genere (i.e. autopalpazione, mammografia, pap test), suggerire un “tocco di prevenzione”, tramite l'autopalpazione testicolare periodica e l'attenzione a eventuali sintomi di *discomfort* scrotale.

DÌ, MA SISIFO FACEVA IL DENTISTA?



di Giovanni Cananzi

Faccio il dentista dai tempi in cui ci si laureava in medicina e ci si poteva specializzare: una vita fa.

In tutti questi anni ho assistito a una serie di variazioni nell'atteggiamento di odio-odio che il governo del momento e l'opinione pubblica riservava alla categoria.

Alla categoria, si badi bene, perché così come tutti i giovani sono bamboccioni tranne i nostri figli, così i dentisti sono entità spregevoli tranne il nostro...

Ma torniamo al titolo: abbiamo un'alternanza di obblighi per i nostri studi che portano a nuovi adempimenti ma cancellano il lavoro fatto e fanno sentire sciocco chi si è dedicato ad adeguarsi e furbo chi non si è preoccupato.

Qualche anno fa era disdicevole e vietato avere una targa non autorizzata e non decorosa. Ora non mi stupirei di vedere il dirigitabile *Good year* ormeggiato su uno studio e visibile da tutta la

città con scritte luminose inneggianti allo sbiancamento dentale.

Abbiamo passato qualche domenica mattina a fare la valutazione dei rischi con i soliti cari amici e ora il DPS (Documento programmatico della sicurezza) viene abolito; il repertorio della clientela, che ci ha allietato qualche anno fa, sembra possa essere riesumato e i nostri pazienti più anziani, che venivano con il rotolino dei soldi a cadenza fissa per pagare la protesi, devono attrezzarsi per fare pagamenti tracciabili o non pagarci.

Nel frattempo i nostri studi si sono affollati di esperti che ci guidano nei meandri di norme sempre più astruse che vengono proposte e applicate il più delle volte a noi per primi e unici della classe medica. Smaltimenti, autorizzazioni, controlli periodici, attrezzature e acronimi vari.

Da ora, dobbiamo comunicare le nostre coordinate assicurative al paziente a priori, al momento del preventivo, dovesse succedere qualcosa durante il trattamento: grazie della fiducia!

La stessa fiducia che tutti ci tributano per la nostra fedeltà contributiva. E, comunque, vedo sempre più raramente colleghi giungere al lavoro in *Bentley* con autista. Quello che vedo ora è tanto lavoro portato all'esasperazione dalle regole sempre più invadenti e dalle necessità di una professione sempre più sulla difensiva sia verso i pazienti che verso la pubblica opinione e amministrazione. Un vero e proprio accerchiamento che ci lascia poche strade per salvare una professionalità italiana riconosciuta come una delle migliori del mondo.

Alla fine di questa deprimente lettura vi consiglierei di sorseggiare un Barolo chinato per digerirla in modo non troppo amaro e di ascoltare “*I want to hold your hand*” dei *Beatles* perché i dentisti amano essere portati per mano, soprattutto se non si sa dove si va.

Sanità locale

ALLA VOSTRA CORTESE ATTENZIONE



di Luigi Casadei

Sono andato agli uffici Ausl a ritirare i ricettari... **La cortesia è...** Distrattamente non finisco neanche di leggere.

In ospedale devo vedere un collega radiologo per chiedergli delucidazioni circa un referto... **La cortesia è l'anima...**

Ma sì! L'ho visto tante volte, che ormai non ci faccio quasi più caso...

La cortesia è l'anima della cura: accompagna il logo della Regione Emilia Romagna.

Si capiscono bene il proposito e la determinazione. Non si capisce per niente a chi sia rivolto.

Si tratta dunque di un monito a uso interno, giusto per ricordare a tutti gli operatori che, nei rapporti umani, la cortesia è un elemento fondamentale di empatia e correttezza?

Oppure è un'idea, un progetto per continuare a migliorarsi sotto il profilo dell'accoglienza, della presa in carico dei problemi altrui?

In effetti il concetto di cura, oltre a comprendere la prescrizione di una terapia, presuppone anche appunto il *prendersi cura* nel tempo della persona ammalata.

Ma allora è un invito ai medici? O è rivolto invece agli amministrativi o chiunque nelle Aziende Usi lavori a contatto col pubblico?

O invece è un richiamo, un'esortazione rivolta ai cittadini: controllate che vi venga offerto soprattutto questo articolo (la cortesia) e anche voi fatene largo uso!

Sono completamente d'accordo con ciascuna delle precedenti interpretazioni.

Direi che la frasetta cela soprattutto un proponimento spesso disatteso. Ma nasconde anche un'insidia. Dentro quella parolina: *anima*, sembra di scorgere che essa voglia intendere: quintessenza. E qui cominciano i guai.

Perché di caratteristiche quintessenziali per determinare la qualità della cura, possono essercene parecchie, altrettanto importanti.

Per esempio la sollecitudine e la prontezza potrebbero essere le armi vincenti di ogni cura. L'abilità diagnostica, l'attitudine semiologica, sono strumenti proficui e vantaggiosi nell'offrire e mantenere il bene salute dei cittadini della nostra regione.

La praticabilità degli accessi alla diagnosi strumentale, il numero di posti letto, il numero degli operatori, il loro grado di

soddisfazione professionale, le condizioni di lavoro del personale medico, infermieristico, amministrativo: tutti questi sono elementi che influiscono in modo determinante sulla cura.

Sì perché la cortesia, da sola, non può essere l'anima di niente.

E, a proposito di cortesia, forse le Ausl si devono esercitare ancora un po'...

Soprattutto nei confronti dei medici, a giudicare dalle comunicazioni che riceviamo, sempre colme di poco velati avvertimenti, di rimbrotti, buffetti, ramanzine, rabbuffi, strigliatine, rimproveri, predicozzi, fervorini, paternali, e richiami a unilaterali appropriatezze...

Scusate, ma noi persone, seppure professionisti cortesi, siamo fatte così.

Ci piacciono anche le coccole.

NOI MEDICI
SIAMO AL CENTRO
DEL SISTEMA SANITARIO...
COSI' PER TUTTI E' PIU'
FACILE PRENDERE
LA MIRA.



di Luigi Casadei

LA CORTESIA È L'ANIMA DELLA CURA MA NON SOLO



di Emilio Rastelli

La cortesia è l'anima della cura è lo slogan che campeggia su tutti i muri dei nostri ospedali e ambulatori.

La frase è bella ed efficace, ci fa ricordare un comportamento che dovrebbe essere ovvio per chi si occupa di sanità.

Essere cortesi genera cortesia e riconoscenza, ogni qual volta ci si rivolge ad un paziente in modo brusco si è in errore.

I tanti anni ormai trascorsi come medico mi hanno insegnato che tutte le volte che ho avuto un contrasto con un paziente, sbagliavo e dovevo poi ricredermi. Anche le persone più scortesie e irritanti, se trattate con cortesia, saranno costrette a modificare i loro comportamenti, certo non sempre è facile, non sempre si riesce a mantenere la calma, ma a lungo paga.

Il contenzioso legale trova il suo *humus* nella scortesia, nell'indifferenza per il caso clinico, nel cinismo del sanitario nei confronti del malato: spiegare, informare, intrattenersi con il paziente e i parenti diminuisce il rischio di attrito a tutto nostro vantaggio.

In questo numero del Notiziario ben tre medici, ognuno all'insaputa dell'altro, hanno proposto un breve articolo che fa riferimento al motto "la cortesia, è l'anima della cura". Poiché ciascuno ne scrive guardando da diversa angolazione, abbiamo ritenuto opportuna la pubblicazione di tutti gli elaborati: essi sembrano rappresentare in modo efficace i giudizi e gli umori di tanti iscritti al nostro Ordine.



Una sensibilità sociale dovrebbe primeggiare in chi si occupa di sanità, dall'ultimo inseriente ai più alti dirigenti, purtroppo non è sempre così.

Ci sono colleghi e altro personale sanitario che occupano con le proprie auto i parcheggi dell'ospedale riservati a portatori di *handicap* e ai dializzati e non è un caso isolato, è la norma: in un mese ho documentato decine di casi.

Spesso si va di fretta, parcheggiare a cento metri è scomodo, bisogna camminare, ma è più scomodo muoversi per coloro a cui è riservato il parcheggio.

Ricordiamoci che l'attività fisica è salutare, fa bene a noi e lascia libero il posto a coloro cui spetta.

Parcheggiare dove non è consentito restrin-

gendo il passaggio o chiudendo dei varchi con la propria automobile, rende impossibile l'accesso ai mezzi di soccorso o di servizio.

Siamo cortesi anche nel parcheggiare, due passi ci fanno solo bene.

"Fare una legge e non farla rispettare equivale ad autorizzare la cosa che si vuole proibire" (Richelieu - Memorie).

Chissà come mai qualche autoambulanza corre a sirene spiegate, bruciando i semafori rossi prima del cambio turno? Vorrei fare una proposta e valutare con un *trial* in doppio cieco l'incidenza e la prevalenza dei codici rossi dalle 7.45 alle 8, dalle 13.45 alle 14 e dalle 19.45 alle 20.

Essere cortese verso il prossimo è ciò che un tempo poteva essere chiamata buona educazione, rispetto dell'altro, mantenere i buoni rapporti.

Una telefonata a un collega può facilitare la vita ai nostri pazienti, prendere un appuntamento, spiegare il caso, interessarsi è un atto di cortesia verso il malato e il collega.

Parlare a voce bassa, non urlare per i corridoi, non sbattere le porte dell'ospedale è un atto più che di cortesia, di educazione nei confronti dei ricoverati e del personale; non litighiamo per lavorare.

Cerchiamo di essere puntuali, la puntualità alle riunioni o nel lavoro fa risparmiare tempo e il tempo è denaro; anche essere puntuali è un atto di cortesia. La puntualità è la cortesia del Re e noi che re non siamo, ancor più dovremmo essere puntuali.

Questi semplici esempi ci fanno capire quanto c'è ancora da fare e quanto è utile quel cartello cui prima nessuno aveva pensato: essere cortese vuole dire essere civili.

Chi si riconosce negli esempi sopra riportati, sia cortese e non me ne voglia.



di Gianni Morolli

BATTI E RIBATTI: MEDICI COME AL ROLAND GARROS?

Djokovic e Nadal si affrontano sul terreno di gioco da molte ore. Sono stanchi e sudati. Il momento è decisivo per le sorti dell'incontro.

Djokovic si concentra sul proprio servizio rimbalzando con le dita la pallina sulla terra rossa.

Nello stesso momento, a Rimini, un medico di medicina generale (Mmg), pure lui stanco e sudato, tamburella le dita su una ricetta per decidere il da farsi per il paziente visitato poc'anzi: ricovero? invio al Pronto Soccorso? visita chirurgica

urgente? visita urologica urgente? TAC addominale prioritaria?

Opta per invio al P.S. per "dolore al fianco dx e addome in esiti di chirurgia addominale per ca. ovarico, ecografia addominale non significativa".

Quando tutto sembra indirizzato per il verso giusto, ecco arrivare la risposta del Nadal-medico di P.S. con il suggerimento ad eseguire gli accertamenti proposti da più specialisti: URO-TC, COLONSCOPIA, RM RACHIDE LS. Il paziente sta male e l'affare si ingrossa e si ingarbuglia.

Il Djokovic-Mmg si piega sotto i colpi degli avversari (sportivamente parlando ben s'intende) e, ancora più sudato di prima, prescrive gli accertamenti. Immagina che il *match* sia rimandato al giorno successivo. In men che non si dica torna in ambulatorio la paziente con un diavolo per capello, questa volta accompagnata dal figlio: "Sto molto male. Quanto tempo dovrò aspettare per questi accertamenti?".

Il Djokovic-Mmg prende il telefono e spiega la faccenda ad un altro Nadal-medico di P.S.

Gli uomini di buona volontà sanno che le parole possono aiutare a risolvere i problemi e i due interlocutori trovano la soluzione più giusta per la paziente.

Come in ogni *match* c'è un risultato. Al *Roland Garros* ha vinto Djokovic. Nel nostro caso ha vinto la paziente. Gli accertamenti eseguiti hanno escluso altre patologie e confermato "lombocruralgia destra". Hanno anche permesso incidentalmente di sospettare un "angiomiolipoma renale sinistro in iniziale degenerazione neoplastica" per il quale la paziente è stata successivamente sottoposta a nefrectomia parziale.

Conclusioni. Il tennis non è un gioco di squadra; bisogna sopraffare l'avversario. Quello dei Mmg e dei medici di P.S. è un gioco di squadra; la collaborazione è perfezionabile. Nel lavoro di ogni medico c'è una componente tecnica, una antropologica, più quella cosa che è **l'anima della cura**, come dice la nostra azienda sanitaria: curare quindi ma anche prendersi cura. Il paziente non è una palla da tennis, né il medico di Mmg e il collega del P.S. dei tennisti, né il Pronto Soccorso il centrale del *Roland Garros*!!

Rubrica di Medicina Generale



di Marco Grassi

LA COMPLESSITÀ IN MEDICINA GENERALE (MG)

Dinamicità e adattamento sono elementi costitutivi della complessità. I sistemi complessi sono infatti altamente dinamici e adattativi per condizioni intrinseche: né i sistemi, né tantomeno l'ambiente esterno sono e saranno mai costanti e gli individui, all'interno di un sistema complesso, sono decisori creativi e indipendenti. L'incertezza e talvolta il paradosso saranno il risultato di questa costante instabilità. Il contesto in cui si muove e opera la Medicina generale è tipicamente un contesto di complessità, se non il più classico dei paradigmi di complessità in medicina clinica.

La Medicina generale è una disciplina ad alto tasso di complessità tipicamente orizzontale.

Ciò che rende complessa la MG non è l'aumento di complessità "tecnica" dei casi clinici (complessità verticale) ma lo svolgimento di una ampia varietà di compiti in cui ogni relazione/regolazione è legata ad altre e i cui risultati (di esito clinico o di performance tecnica) non possono essere compresi solo a partire dal comportamento dei singoli elementi che li compongono. Un'altra sostanziale caratteristica dei sistemi a "complessità orizzontale" è che i problemi che non possono essere risolti devono tuttavia essere affrontati. La formazione accademica in medicina e chirurgia ha la fisiopatologia come base del quadro clinico e la farmacologia o la chirurgia come soluzioni *tout court* ma la realtà è molto più ricca e poliedrica. E, in modo particolare, non ne può prescindere la MG, esposta com'è alla "contaminazione" da parte del mondo reale, senza nessuna protezione istituzionale o strutturale. Anche in ambito strettamente clinico, la definizione nosografica (diagnosi) spesso non identifica categorie omogenee di pazienti, venendo meno alla sua prima ragione catalogativa e classificativa. Pazienti con la medesima condizione necessitano di interventi diversi o non ne hanno affatto bisogno; la classificazione in stadi amplia le popolazioni ritenute a rischio, da trattare, sorvegliare o da delegare alla medicina

specialistica. L'abbassamento delle soglie diagnostiche per le condizioni di rischio (per es. il diabete da 140 a 126 mg/dl o i target di colesterolo LDL da raggiungere) ha aggravato questa disomogeneità ponendo anche il dubbio su quali trattamenti e monitoraggi è davvero necessario intervenire. Ancora: aumentano le categorie nosografiche e le iniziative di "sensibilizzazione", spesso in parallelo alla disponibilità di nuovi farmaci - o supposti tali - (disturbo da iperattività, sindrome delle gambe senza riposo, stanchezza cronica, disturbo ipoattivo del desiderio sessuale, nuove dipendenze) e condizioni di rischio vengono concettualizzate e trattate come malattie (ipertensione, preipertensione, intolleranza al glucosio, osteopenia e osteoporosi, etc.). Questa "complessità orizzontale" viene analizzata con modelli interpretativi solo parzialmente adeguati a coglierne tutte le sfumature e viene risolta con strumenti tipici dell'approccio specialistico "verticale". Un tipico esempio è quello dei Percorsi diagnostico terapeutici (PDT) orientati alle patologie, spesso sviluppati localmente tenendo conto delle peculiarità organizzative del territorio, ma che propongono i medesimi indicatori per tutti, con poche eccezioni. Questa modalità orienta l'attività del Mmg verso compiti e modalità assistenziali prevalentemente standardizzate e centrate sulla patologia con un'organizzazione tipicamente mutuata dall'esperienza ospedaliero/specialistica (cosiddetta ospedalizzazione del territorio) e con indicatori di attività e di processo (ma anche di esito) che non tengono conto e non sono coerenti con le specificità assistenziali della MG (informazione e istruzione del paziente, utilizzo di provvedimenti non farmacologici, non compliance, condivisione delle strategie terapeutiche, diseguaglianze, etc.). Un altro tipico prodotto dell'approccio specialistico "verticale" e sistematico è quello delle Linee guida (LG) sulle patologie (diabete, BPCO) o

su condizioni di rischio (dislipidemia, ipertensione). È necessario (ma soprattutto possibile) seguirle per ogni paziente affetto da una patologia o fattore di rischio? Quanto sono fondate queste LG, cioè quanto sono rappresentative dei nostri pazienti gli studi su cui si basano? I limiti delle LG sono insiti nel loro codice genetico: nascono dalle metanalisi a loro volta basate sui *trial* condotti su popolazioni estremamente selezionate (criteri di inclusione ed esclusione ferrei, trattamento di monopatie, popolazioni spesso più giovani e meno problematiche di quella che si presenta giornalmente al Mmg e soprattutto nessuna interferenza di problematiche socio-economiche o culturali). La realtà dei pazienti e della vita quotidiana è viceversa molto differente. Una ipotetica paziente 79enne con osteoporosi, diabete, ipertensione, artrosi e BPCO (ognuno di noi quante ne ha fra i suoi assistiti?) dovrebbe assumere 12 farmaci in 19 diverse somministrazioni, attenersi a 18 "attenzioni alimentari", 7 "attenzioni comportamentali" e il medico curante dovrebbe porre attenzione a 10 elementi di "performance gestionale". (1) Ancora: per soddisfare le raccomandazioni di medicina preventiva dell'U.S. *Preventive Services Task Force* (USPSTF) sarebbero necessarie 7.4 ore al giorno (una media di 25 diverse attività preventive per paziente). (2)

Anche tralasciando completamente l'attività preventiva e soffermandosi "solo" sulla cura dei pazienti con patologie croniche, seguire pedissequamente le LG per le prime dieci malattie croniche richiede la disponibilità di una quantità di tempo maggiore di quello disponibile per seguire tutti i pazienti. (3)

Credo che ogni commento sia superfluo e che i colleghi siano in grado di farne in proprio. La maggior parte dei pazienti che si presentano dal medico di famiglia ha problemi multipli, complessi e interagenti - fisici, psicologici e sociali - non sempre misurabili. Il ruolo

“chiave” delle cure primarie è quello di integrare gli apporti di differenti professionisti in modo da rendere l’assistenza coerente e sostenibile, personalizzandola in funzione dell’ambiente e delle capacità del singolo paziente. Le persone stanno molto meglio, vivono più a lungo ma si sentono sempre peggio... e si lamentano sempre più spesso. Attenzione però alla “tirannia” di ciò che può essere facilmente misurato. I veri indicatori di qualità del sistema non sono più solo quelli clinici ma si intersecano con esiti “umanistici” come la soddisfazione e semplificazione burocratica, la necessità di indirizzo e guida alla salute, l’informazione sanitaria, la disponibilità di tempo e colloquio, e indicatori di processo come la reale presa in carico e soluzione globale dei problemi, la reperibilità e l’assistenza domiciliare. Già William Osler, oltre un secolo fa, riconosceva che è più importante conoscere “quale tipo di paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente”. Un approccio focalizzato sulla persona - rispetto all’approccio dominante orientato sulla malattia - è il più adatto alla gestione della maggior parte delle malattie, in particolare di quelle croniche, che costituiscono il principale carico lavorativo della MG e che rappresentano il maggior onere economico per il Servizio Sanitario Nazionale. E questo perché l’approccio focalizzato sulla persona è maggiormente in grado di affrontare il modo con cui più malattie interagiscono tra loro e riconoscere le condizioni di vulnerabilità (sociale, familiare e economica) dei pazienti che aggravano i loro problemi di salute. “Abbiamo bisogno di linee guida adatte per l’assistenza focalizzata sulle persone piuttosto che sulla malattia. Solo i Mmg possono comprendere ciò, perché essi non si occupano dei singoli organi, come fanno gli specialisti, e perché ogni giorno sperimentano questa realtà nel loro lavoro. Per questo i Mmg devono difendere i sistemi sanitari basati sulle cure primarie, perché questa è l’unica speranza per ottenere una maggiore equità attraverso appropriati interventi medici.

I Mmg hanno anche un’altra responsabilità, che è quella di richiamare l’attenzione sulla follia di fornire l’assistenza in modo verticale, malattia per malattia”. (4)

- Boyd CM et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid disease. JAMA 2005;294:716-24.
- Yarnall KS et al. Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? Am J Public Health. 2003 April; 93(4): 635-641
- Østbye T et al. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? Ann Fam Med. 2005 May-Jun;3(3):209-14.
- Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15.



Rubrica Legale



di Sergio Arlotti

LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO PER “DANNO ERARIALE”

La responsabilità per danno erariale riguarda, per quel che interessa in questa sede, i sanitari che sono legati alle Ausl e agli ospedali da un rapporto di impiego ovvero di servizio che, con dolo o colpa grave, abbiano cagionato a questi enti un danno con il loro comportamento. L’azione per l’accertamento dell’esistenza del danno erariale e per la sua quantificazione viene esercitata dalla Procura della Corte dei conti innanzi alla sezione giurisdizionale regionale della Corte predetta competente per territorio, su segnalazione - obbligatoria per legge - dei responsabili dell’Ausl o dell’ospedale.

L’azione in oggetto si prescrive in cinque anni dalla data in cui si è verificato il fatto dannoso; tale momento, per le azioni di rivalsa per danni conseguenti a condotte gravemente colpose che abbiano comportato la condanna dell’Ausl al pagamento di somme di denaro in favore del paziente, si identifica con il momento in cui l’ente ha effettuato il relativo esborso.

La casistica giurisprudenziale relativa alle ipotesi di danno erariale si arricchisce sempre di più di nuove fattispecie, stante l’attento controllo esercitato sulla finanza pubblica e sulle modalità con le quali viene amministrata la spesa inerente ad attività di pubblico interesse, come quelle svolte dalle Ausl e dagli ospedali.

La materia del contendere - oltre alla sopra citata rivalsa per condotte gravemente imperite, negligenti o imprudenti dei medici che hanno comportato esborsi, in favore dei pazienti danneggiati, a carico delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale in seguito, di norma, all’accertamento della responsabilità medica in sede civile o penale - ha riguardato anche emolumenti o indennità ingiustamente percepite dai sanitari in difetto dei presupposti di legge (ad es. indennità di esclusività del rapporto per i medici ospedalieri o indennità di informatica per i medici di medicina generale) ovvero il fenomeno della cosiddetta iperprescrizione di medicinali con il ricettario regionale da parte dei sanitari convenzionati.

Oltre queste fattispecie si deve sottolineare che sempre più spesso l’azione della Procura della Corte dei conti è diretta an-

che a ottenere la condanna del medico convenuto al risarcimento del danno all'immagine del Servizio Sanitario Nazionale (o dell'Università) provocato dal comportamento del sanitario ritenuto in contrasto con le disposizioni di legge e con quelle che regolano il servizio cui è adibito (vedi, sul punto, Corte dei conti, sezione giurisdizionale per il Veneto, sent. n. 322/09, e sezione giurisdizionale per la Lombardia, sent. n. 298/09, e, da ultimo, terza sezione Centrale d'Appello, sent. n. 564/10 relativa a un concorso pubblico di ammissione a una scuola di specializzazione nel quale era stato favorito un candidato).

Il concetto di dolo o colpa grave rilevante nel danno erariale

Occorre meglio definire il concetto di dolo o colpa grave, stante la sua rilevanza ai fini dell'accertamento della responsabilità del medico per avere procurato un danno erariale all'ente dal quale dipende o con il quale ha un rapporto di servizio. La giurisprudenza, in un'ipotesi relativa alla percezione indebita dell'indennità di esclusività da parte di un medico dirigente di struttura dipartimentale che aveva lavorato anche in strutture private, ne ha delineato il concetto affermando che «*l'elemento psicologico della colpa raggiunge la rilevanza della gravità in presenza di comportamenti omissivi connotati dalla consapevolezza, equiparabile alla colpevole ignoranza, della necessità di agire per eliminare o far cessare la situazione generatrice del danno*» (vedi, al riguardo, Corte dei conti, terza sezione Centrale d'Appello, sent. n. 520/10).

In un'altra fattispecie, relativa alla presunta responsabilità per danno erariale di un medico militare per un trattamento incongruo di natura ortopedica in favore di un assistito affetto da sospetta frattura dello scafoide tarsale, l'organo giudicante, all'esito della CTU (Consulenza Tecnica d'Ufficio) espletata, ha escluso l'esistenza della colpa grave perché il comportamento diagnostico e terapeutico del

sanitario non appariva connotato «*da sicura ed estrema negligenza, trascuratezza e imprudenza professionale, né in chiara violazione degli ordinari protocolli medici*» (vedi, al riguardo, Corte dei conti, sezione giurisdizionale per il Lazio, sent. n. 1597/10).

In un'altra fattispecie, infine, relativa, tra l'altro, a un trattamento a base di fluconazolo in pillole per la cura di un'assistita affetta da *Tinea Versicolor*, con prescrizione di dosi "pari a 5 volte quelle che la paziente avrebbe dovuto ingerire secondo la letteratura medica", l'organo giudicante ha ritenuto che la terapia fosse frutto di una «*gravemente colposa scelta di irragionevolezza prescrittiva*» operata dal medico curante.

La responsabilità a carico del medico di medicina generale per "iperprescrizione"

Negli ultimi anni si è accentuato il controllo sulle prescrizioni effettuate dai medici di medicina generale per verificarne la correttezza sul piano procedurale e l'appropriatezza clinica. Le indagini, di norma, sono partite dall'uso di elementi statistici che segnalavano, per il medico interessato, il superamento di medie ponderate di spesa farmaceutica *pro capite* nel medesimo bacino di utenza (cosiddetta *iperprescrizione in senso lato*).

L'uso di questo criterio, senza ulteriori elementi di prova, non è stato ritenuto, di norma, dalla giurisprudenza della Corte dei conti, sufficiente per accertare la sussistenza di un danno erariale da iperprescrizione.

Questo criterio, invece, è stato ritenuto, di norma, una buona base per la verifica, caso per caso, della correttezza prescrittiva del medico indagato, la cui discrezionalità tecnica non può divenire impunemente arbitrarietà, irragionevolezza.

Si è ritenuto *sussistente il danno erariale da iperprescrizione in senso stretto* solo qualora l'indagine abbia portato, anche alla luce di eventuali CTU, ad accertare che il medico di medicina generale, nella sua attività prescritti-

va con il ricettario regionale, abbia esorbitato *in casi specifici* dai limiti derivanti dalla ragionevolezza e dai basilari approdi della letteratura scientifica (vedi Corte dei conti, sezione giurisdizionale per la Lombardia, sent. n. 9/10). Le conclusioni cui è giunta questa sentenza appaiono condivisibili perché l'attività del medico di medicina generale è connotata da fisiologici margini di apprezzamento valutativo nella diagnosi e cura delle malattie e quindi, in quest'ambito, non possono essere contestate, a titolo di danno erariale, scelte terapeutiche effettuate, in *maniera non irragionevole e senza grave colpa*, per tener conto della particolare situazione in cui versava l'assistito e, anche, delle sue preferenze al riguardo.

In ogni caso, nella valutazione del comportamento prescrittivo del medico, non si può prescindere «*dalla considerazione del contesto generale e particolare (persino locale) all'in-*

terno del quale ha assunto le sue decisioni» (vedi Corte dei conti nella citata sentenza n. 9 del 2010).

Nessuna attenuante può, invece, essere riconosciuta per il medico di medicina generale che effettui prescrizioni illecite perché relative a farmaci che i pazienti beneficiari delle prescrizioni stesse hanno credibilmente dichiarato di non avere mai richiesto né assunto.

Si tratta, in questa ipotesi, di un'attività solo apparentemente di natura professionale in quanto diretta, attraverso un disegno criminoso, a trarre indebito profitto da queste prescrizioni prive di qualsiasi valenza terapeutica, con conseguente danno erariale per il Servizio Sanitario Nazionale che le ha rimborsate al farmacista, di norma, compiacente (vedi, al riguardo, Corte dei conti, terza sezione Centrale d'Appello, sent. n. 199/08).

I nostri medici nel mondo

MARIA MERCEDES (MARA) ROSSI



di Stefania Angelini

Cari colleghi, vi presento la dott.ssa Maria Mercedes Rossi, per tutti la Mara. Ci conosciamo dal primo anno di liceo classico e ricordo che già allora manifestava una particolare attenzione per la sofferenza, sia fisica, mentale o dovuta a un disagio sociale, forse respirata nello studio del padre, il dr. Guido Rossi, medico condotto a Coriano, negli anni in cui il medico era forse l'unica risorsa per il paziente indigente.

Ma decisivo è stato certamente l'incontro con Don Oreste Benzi e la comunità Papa Giovanni XXIII, da cui sono scaturite le scelte di missione in terra d'Africa e di portavoce della comunità presso l'ONU di Ginevra.

Una vita davvero intensa quella della Mara, che ha avuto come filo conduttore lo spirito del servizio. È forse questo il motivo per cui, con una strada facile e già tracciata nel futuro, ha scelto un sentiero tutto in salita e pieno di difficoltà?

Ma leggiamo insieme le sue parole...

Cari amici,

vi ringrazio per l'opportunità datami di fare conoscere la mia esperienza di "medico missionario". Sin da piccola ho desiderato diventare medico sulla scia dell'esempio luminoso di mio babbo Guido, che è stato medico condotto e ufficiale sanitario a Coriano per tanti anni. A 17 anni ho incontrato Don Oreste Benzi e la Comunità Papa Giovanni XXIII di cui faccio tuttora parte e ho scoperto la mia chiamata a condividere la vita di coloro che sono considerati ultimi nella società. Mi ha colpito in maniera particolare una frase del Vangelo "Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date" e l'ho fatta diventare il motore del mio impegno. Quando si è trattato di scegliere la facoltà universitaria, mi sono iscritta a Medicina e Chirurgia



di Mara Rossi

con l'intenzione chiara di vivere la professione come spazio per amare, condividere e mettere a disposizione le competenze acquisite nei paesi cosiddetti "in via di sviluppo" ma che sarebbe meglio definire impoveriti...

così, dopo essere stata a Londra per imparare l'Inglese e frequentare il corso di Medicina Tropicale e Igiene, sono partita nel novembre 1988 per andare in Zambia, nella città di Ndola, dove si è aperta la prima presenza in terra di missione della comunità. Due anni prima mi ero iscritta alla specializzazione di Malattie Infettive a Bologna ma ho potuto ugualmente completare gli studi pur essendo già partita.

Appena arrivata ho cercato di imparare la lingua locale e approfondire la cultura del popolo zambiano per essere in grado di comunicare meglio con la gente e inserirmi nel contesto che mi circondava in punta di piedi e con rispetto, cercando di liberarmi un po' dalla mia logica occidentale. Per sei mesi sono stata nell'Ospedale missionario Santa Teresa di Ibenga, dove ha lavorato per tanti anni la nostra cara e mitica dott.ssa Marilena Pesaresi. Successivamente mi sono messa al servizio della Diocesi di Ndola esercitando la mia professione di medico sul territorio dove c'era più bisogno.

Ho coordinato per dieci anni il programma diocesano di assistenza domiciliare per le persone affette dall'HIV e AIDS, un programma molto esteso che copriva le cinque città della provincia del Copperbelt, seguiva più di dodicimila malati e le loro famiglie con una rete di 34 infermiere e 750 volontari di comunità.

Per prepararmi ad assumere questa responsabilità, sono andata ad Anversa, in Belgio, per prendere il Master in Salute Pubblica.

Lo Zambia è fra i paesi più colpiti dall'epidemia dell'HIV nell'Africa Sub-Sahariana, anche se negli ultimi dieci anni, grazie ai programmi di prevenzione e all'introduzione dei farmaci anti-retrovirali, la prevalenza è scesa dal 25% al 12.5%.

Ho vissuto come medico le due "ere" dell'AIDS: quella senza i farmaci anti-retrovirali, dove, nell'impotenza di curare potevo solo accompagnare i miei pazienti con cure palliative e nel giro di uno, due, al massimo tre anni, vederli morire e quella coi farmaci che, pur non essen-

do la cura definitiva, cambiano drasticamente la quantità e qualità della vita.

Sono rimasta in Zambia venti anni vivendo un'esperienza indimenticabile e preziosa. Sicuramente ho ricevuto molto di più di quello che ho potuto dare. Potrei raccontarvi tante storie di sofferenza, di coraggio, di solidarietà, perle preziose di cui mi han fatto dono soprattutto persone che vivevano nella povertà estrema.

Ora sono da tre anni a Ginevra a rappresentare la Comunità Papa Giovanni XXIII alle Nazioni Unite e portare avanti l'azione di *advocacy*, cercando di essere voce di chi non ha voce.

Non faccio più il medico clinico, ma cerco di impegnarmi (fra le altre nostre priorità...) affinché il diritto alla salute e l'accesso ai farmaci siano garantiti per tutti. Grazie alla *Caritas Internationalis*, con cui lavoro in *network* su queste tematiche, riesco a partecipare ogni anno all'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e al suo organo esecutivo.

Vorrei concludere raccontandovi la storia di Martin, un mio paziente di 8 anni, orfano di entrambi i genitori morti di AIDS. Ho avuto il privilegio di essere il medico curante di Martin per due anni, quando non erano ancora disponibili i farmaci anti-retrovirali. Nell'ultimo stadio dell'infezione HIV, quando ormai le difese immunitarie erano annullate, Martin contrasse la meningite criptococcica e fu ammesso all'ospedale dei bambini di Ndola. Andai a trovare Martin in ospedale prima che entrasse in coma e morisse e gli dissi "Martin, tornerò a trovarti anche domani, vuoi che ti porti qualcosa? Della frutta, delle caramelle, una bibita?" Martin mi guardò coi suoi occhi grandi nella faccia smunta e mi disse: "Dr. Mara, portami le medicine!!"

Ecco, sono qui alle Nazioni Unite perché il grido di Martin e dei tanti poveri della terra venga ascoltato. Sono qui per dire che i poveri del mondo non possono aspettare, non devono aspettare.

Medici ma non solo

VIAGGIO AL CENTRO DE LU MUNNO (Capitolo terzo)



di Luigi Casadei

Abbiamo lasciato Gubbio e in poco tempo raggiungiamo Gualdo Tadino, dove è consigliabile una sosta per visitare Rocca Flea. Qui è ospitata una piccola pinacoteca assai interessante, peraltro molto simile a tante altre minuscole ma significative raccolte, oggetto delle sommarie descrizioni che vi propongo. Sulla strada che stiamo percorrendo non mancano le “distrazioni” enogastronomiche e paesaggistiche. Dai paesini di Costacciaro e Sigillo, si può ad esempio salire facilmente quasi alla sommità del Monte Cucco, incontrando miriadi di sentieri ben segnalati e fruibili. In quanto alle *norcinerie*, confesso di dover fare un certo sforzo per depurare i miei appunti e offrirvi soltanto la parte più spirituale ...

Per praticità descrittiva ho scelto di parlare (prevalentemente) di pittura: poi, se seguirete questi itinerari, il resto verrà da sé. Torniamo dunque a Rocca Flea, antica fortificazione che ospitò un tempo i soldati di Federico Barbarossa e che oggi è invece sede del Museo Civico di Gualdo Tadino. Di notevole interesse il polittico di Niccolò di Liberatore detto l'Alunno e alcuni dipinti di Matteo da Gualdo, esponente di punta della “Rinascenza Umbra”. Proseguendo sulla via, alla volta di Foligno, un'altra breve sosta ci conduce a nuovi incontri con la pittura di Matteo da Gualdo e di Nicolò di Liberatore. Siamo giunti a Nocera Umbra: la piccola cittadina, dominata dalla Torre del Campanaccio, ospita nella chiesa di San Francesco alcuni affreschi e opere di pregio dei due Autori, con cui abbiamo iniziato questa parte del viaggio.

Dopo le ferite inferte dal terremoto, consiglio sempre, in previsione di una visita alle collezioni d'arte dei luoghi “minori”, di informarsi dettagliatamente sugli orari di apertura. Arriviamo dunque in vista di Foligno, bella da visitare passeggiando e meta di questo capitolo. Ma intanto, quasi alle porte della città, abbandoniamoci al piacere del raccoglimento e del silenzio nel piccolo ma bellissimo chiostro duecentesco dell'Abbazia di Sassovivo, adagiata fra i boschi del monte Serrone a 520 metri di quota. Dopo questo gustoso tuffo nelle atmosfere medioevali, ben riposati gli occhi sulle colonnine del chiostro e sulle fronde delle selve circostanti, siamo di nuovo pronti per affrontare i panorami urbani.

Foligno merita d'essere visitata con attenzione ma, se andate di

fretta, fermatevi almeno il tempo di una visita a Palazzo Trinci, dove la vertigine dei secoli ci confonde, correndoci incontro, forse fin troppo rapida. Le varie stanze, le scale e i corridoi, sono infatti una caleidoscopica scorribanda nel tempo che va dai reperti romani della sezione archeologica alle ristrutturazioni ottocentesche.

La pittura è qui rappresentata dalla raccolta dell'importante pinacoteca e dagli affreschi di Ottaviano Nelli che ritroviamo con il ciclo di affreschi: *Le storie della Vergine*, realizzato nel 1424 nella cappella del Palazzo. Per quanto concerne la pinacoteca, essa è ricca di opere di pittori locali, fra cui emergono l'Alunno, che a Foligno ebbe i natali e Dono Doni (*Martirio e gloria di Santa Caterina*). Quest'ultimo nacque invece ad Assisi dove, proprio nella cattedrale di San Rufino, si possono ammirare sue importanti opere e il trittico *Madonna con Bambino e Santi* di Niccolò di Liberatore, già più volte menzionato.

Tornando a Palazzo Trinci, occorre ricordare gli altri affreschi, in parte frammentari, attribuiti a Gentile da Fabriano, che li avrebbe realizzati

negli anni 1411-12 (*Storie di Romolo e Remo*, il ciclo delle *Età dell'uomo* e infine *I Giganti*, nell'omonima sala).

Suggerisco da ultimo una breve sosta per visitare l'Oratorio della Nunziatella: qui si trova un importantissimo affresco (*Battesimo di Gesù*, datato tra il 1497 e il 1507) dell'immane Pietro Vannucci, detto il Perugino. Ora è necessaria una pausa.

Foligno, città di pianura, s'adagia nel mezzo della regione Umbria, a farle da ombelico. Seguendo questa speciale geografia, la tradizione popolare vuole che Foligno sia il centro *de lu munno*.

Ma poi, con maggiore precisione, fu finalmente deliberato che il luogo esatto di tanta strategica importanza topografica fosse il birillo centrale del biliardo centrale del bar Centrale (che oggi non c'è più).

Ci siamo noi, però.

E come sempre, ora che siamo qui, Foligno preferiamo vederla non come un traguardo, ma come un punto di partenza per altri rinascimenti.



Foligno: la facciata minore (XIII sec.) del duomo di San Feliciano prospetta su piazza della Repubblica. A sinistra: scorcio di Palazzo Trinci.



Matteo da Gualdo: *Madonna in trono e Santi*, 1462. Museo Civico Rocca Flea, Gualdo Tadino

Storia della medicina



di Stefano De Carolis

FICTION IANO PLANCO Impotentia coeundi

La seconda novella “boccacesca” di Giovanni Bianchi, rintracciata da Maria Cecilia Antoni fra le carte di Luigi Tonini conservate nella Biblioteca Gambalunga di Rimini, è molto più lunga e articolata della prima (vedi «Il Notiziario», a. XV, n. 2, aprile-giugno 2012) ma risulta purtroppo mutila nella parte finale, che conteneva il culmine e l’epilogo della storia vera e propria; è possibile tuttavia ricostruirne la trama dal lungo titolo, dalla parte superstite e da alcuni frammenti recuperati da precedenti studiosi. La scena si sposta questa volta nella città di Pesaro, che Iano Planco definisce «ripiena tutta di molto cortesi, et gentili persone»: un’affermazione sorprendente se si pensa alla furibonda lite professionale che, di lì a pochi anni, il Bianchi ingaggerà con un medico che esercitava a Pesaro, G.B. Mazzacurati, lite che finirà suo malgrado per estendersi all’intera cittadina. A Pesaro dunque vive «una bellissima giovane chiamata la Caterina la quale è figliuola del Maestro Domenico Tenti che è uno de i Cirusici pubblicamente salariati dal Commune di quella Città». Caterina è da tempo innamorata di un giovane concittadino, di cui Planco tace il nome. Di lei però s’innamora anche un certo «Lorenzo Basso, [...] figliuolo d’un ricchissimo mercatante di quella città»: un buon partito, dunque, che ben presto riesce a far breccia nel cuore della ragazza, grazie anche all’intervento di una parente che interviene presso il padre della giovane per combinare il matrimonio. Il precedente innamorato, vistosi respinto e conosciutone il motivo, non si dà per vinto e tenta di impedire le nozze con uno stratagemma. Si rivolge a un certo frate Tenaglia «il quale in divinità, et in altre cose un molto valente maestro da Pesaresi [veniva] riputato», e che era anche il confessore della madre di Caterina. Il giovanotto sarebbe a conoscenza di un ben preciso “impedimento” al matrimonio che così confida all’ignaro frate: «Sappiate dunque che io fino da la fanciullezza conosco questo Lorenzo, essendo egli ancora quasi de la mia età; perciò molte volte da fanciullo, et più avanti anchora stante la puerile libertà, et amicizia, bagnandoci insieme

al mare, o altrove per trastullo insieme ignudi ritrovandoci, et scherzando scopersi essere lui impotente al matrimonio, et questo per picciolezza estrema, et quasi puossi dire per difetto totale de lo strumento di ciò». A questo punto il manoscritto s’interrompe: il prevedibile lieto fine della storia ci viene fornito dal titolo, in cui Bianchi anticipa come Lorenzo, per smentire il rivale, «fa la mostra a la giovane d’un bellissimo strumento di sua potentia; et il matrimonio con risa et piacere tosto conchiudesi».

La novella è preceduta da un lunghissimo preambolo che doveva evidentemente costituire la “cornice” all’interno della quale le «Favole, o Historie» del Bianchi sarebbero state collocate. Una “cornice” peraltro assai simile a quella utilizzata da Giovanni Boccaccio nel *Decamerone*: all’inizio della stagione primaverile dieci giovani riminesi, cinque uomini e cinque donne, decidono di «andarsene per alcun giorno in villa» a godersi le «soavi aure de la campagna» e a trascorrere lietamente il tempo con passeggiate, banchetti, canti, danze e – appunto – ameni racconti.

Proprio durante una passeggiata le donne – fermatesi a raccogliere erbe e fiori in un verdissimo prato – notano su un’altura una grande quantità di una pianta sconosciuta, di cui chiedono spiegazioni a uno dei giovani che così risponde: «Gran vergogna di voi che tutte cittadine d’Armino essendo non la conosciate; ella è la Reseda che per togliere i dolori più che la Nepentes medicina d’Elena vale. Essa è quell’herba cui i nostri antichi Padri per serbarla a loro usi con tanta religione ricoglievano, et ciò non immerito perciocché gli Iddij [Dei] solamente dentro i termini de la nostra città, et del nostro contado fecero gratia che nascesse, l’altre terre tutte di così pretiosa cosa privandone».

Questa erudita spiegazione contiene due interessanti spunti storico-medici, sui quali vale la pena di soffermarsi. Risale a Plinio il Vecchio (*Storia naturale*, 27, 131) la notizia secondo cui «nei dintorni di Rimini si conosce un’erba

che viene detta reseda» che «risolve gli accessi e tutte le infiammazioni». Coloro che la usano a scopo terapeutico pronunciano per tre volte (sputando ogni volta per terra) una sorta di filastrocca, plasmata – come era solito per simili formule magiche, tipiche della medicina empirica romana – su un gioco di parole («*Reseda, morbos reseda; scisne, scisne, quis hic pullus egerit radices? Nec caput nec pedes habeat*» che significa «Reseda, seda le malattie; lo sai, lo sai, quale pulcino ha messo qui le radici? Che non abbia né testa né piedi»). L’enciclopedista latino non è nuovo a queste isolate precisazioni geografiche: in una sua guida sui castelli riminesi (1913) Cesare Fagnani ricorda come il Monte Gallero – un’altura fra Misano Monte e San Clemente – debba il suo nome a un altro racconto pliniano, secondo cui in quella località, sotto il consolato di Marco Emilio Lepido e Quinto Lutazio Catulo (cioè nel 78 a.C.), «parlò un gallo, una sol volta che io mi sappia». Di galli parlanti a Misano s’è persa ogni traccia; e anche l’affermazione di qualche “improvvisato” storico della medicina per cui anche le virtù terapeutiche della reseda testimonierebbero l’esistenza nella Rimini romana d’una «consorteria di medici ampiamente nota» lascia il tempo che trova...

Secondo Bianchi la reseda (il cui nome deriverebbe dal verbo *resedare*, cioè “calmare”) avrebbe un’azione antidolorifica più potente del fantomatico *nepenthes*, il «farmaco che lenisce collera e dolore e che fa obliare ogni male» e che Elena versa nel vino del banchetto offerto a Sparta dal marito Menelao a Telemaco, il figlio di Ulisse (Omero, *Odissea*, IV, 219-228). Alcuni autori hanno identificato quest’ultima sostanza con l’oppio, individuando pertanto nel passo omerico l’origine della storia dell’anestesia; più che riferirsi a un farmaco specifico, la citazione sarebbe un tributo alla medicina dell’antico Egitto, dove Elena – secondo Omero – avrebbe ottenuto il farmaco e dove «ognuno è medico esperto al di sopra degli altri uomini tutti».

Recensioni

GUARÌ GUARÒSS Riti e rimedi della medicina popolare in Romagna



Chiunque pratici la professione in terra di Romagna ha curato o curerà pazienti che, specialmente se anziani, ricorrono al dialetto per descrivere sintomi e parti anatomiche.

Ho osservato divertito l'effetto di "straniamento" che ciò produce su colleghi e infermieri che, ormai sempre più numerosi, provengono da altre parti d'Italia o del mondo e mi sono anche trovato a fare da divertito traduttore simultaneo arrivando a tenere minicorsi accelerati di romagnolo medico.

Lo stesso ricordo memorabili descrizioni ricevute da qualche mio paziente e ho dovuto talvolta ricorrere alla sapienza linguistica dei miei parenti più anziani per venirme a capo.

Mi è nato così l'interesse per il dialetto come lingua della medicina popolare: all'inizio una semplice curiosità che si è progressivamente trasformata in desiderio di approfondimento nella consapevolezza della forza descrittiva delle espressioni dialettali.

Tra incursioni in libreria e navigazione in Internet mi sono imbattuto nel testo che sto proponendo.

Il titolo è curioso, di quelli che attirano l'attenzione e fanno intuire, a chi è interessato all'argomento, la possibilità di un incontro felice.

Il contenuto è una formidabile testimonianza "del complesso di conoscenze e di comportamenti messi in atto tradizionalmente dalle classi popolari per salvaguardare la salute" (da *Introduzione a pag. 9*), in epoca in cui a quelle stesse classi l'accesso alle cure della medicina "dotta" era impedito dall'indigenza, alimentando con ciò anche un senso di diffidenza e di rivalsa.

Guarì Guaròss, fa guarì la pel e l'oss (Guarì Guaròss fai guarire la pelle e l'osso) è una filastrocca consolatoria che le madri recitavano ai piccoli che si erano feriti o contusi ed è solo una delle innumerevoli formule di guarigione, rimedi, scongiuri, riti magici, proverbi recuperati dagli Autori e organizzati per nuclei tematici (il ciclo della vita; i presagi di malattia; le malattie di origine magica; malattia e rimedi nei proverbi e nei modi

di dire... solo per citarne alcuni) con rigorosa attenzione a includere unicamente ciò che risulta documentato.

Lo scopo dichiarato è di "riunire in un unico corpus la vasta messe di informazioni sulla medicina popolare provenienti dalle fonti folkloristiche più conosciute".

Il risultato è una rigorosa ricerca a disposizione degli studiosi dell'argomento, ma anche di chi, come me, cerca una piacevole lettura che vada un poco oltre il semplice aneddoto dialettale.

A questi ultimi segnalo in particolare i capitoli: "Le patologie di origine magica" e "La salute contesa: medicina dotta e medicina popolare".

Guarì Guaròss è stato pubblicato dalla Editrice La Mandragora di Imola nel 2010, nella collana *Tradizioni popolari e dialetti di Romagna* a cura dell'Associazione "Istituto Friedrich Schürr". Ne sono autori **Giancarlo Cerasoli**, pediatra in Cesena che ha scritto

saggi sulla storia della salute in Romagna e **Brunella Garavini**, bibliotecaria e archivista, laureata in Conservazione dei Beni culturali, che ha pubblicato inventari di archivi storici e politici e saggi sulla storia della salute in Romagna.

L'Istituto "Friedrich Schürr" è un'associazione che ha per scopo la tutela e la valorizzazione del patrimonio dialettale romagnolo. Nato nel 1996, l'istituto è intitolato al glottologo austriaco Friedrich Schürr (1888-1980) emerito studioso del dialetto romagnolo cui riconobbe per primo la piena dignità di lingua romanza.

L'Editrice La Mandragora, fondata nel 1989 con sede ad Imola, ha in catalogo numerose collane che spaziano dalla narrativa alla saggistica, dalla storia all'editoria sportiva.

La collaborazione con l'associazione "Istituto Friedrich Schürr" è iniziata nel 2001 dando vita alla collana *Tradizioni popolari e dialetti di Romagna*.

Mauro Giovanardi

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini



Scuola di Etica Medica di Rimini

Corso di alta specializzazione di etica medica

ottobre - dicembre 2012

“La conoscenza del Codice Deontologico è per ogni medico un requisito indispensabile per lo svolgimento della professione in maniera corretta e consapevole. I principi in esso contenuti devono essere ispiratori dei comportamenti quotidiani di ognuno di noi, informando i rapporti soprattutto con i nostri pazienti, ma anche con i colleghi e le istituzioni. Le mutate condizioni sociali, l'evoluzione scientifica e tecnologica hanno imposto ripetuti aggiornamenti del codice per renderlo dinamicamente vicino alla nostra attività di cura comunque svolta. Sono questi, sinteticamente, i motivi per cui la Scuola di Etica Medica di Rimini promuove un “corso di alta specializzazione - livello base” che, partendo dallo studio del Codice Deontologico, toccherà i principali temi dell'etica, della bioetica, della deontologia. Il corso prevede un numero chiuso di 40 iscritti. Il programma si articola in cinque sessioni con lezioni frontali e momenti seminariali di riflessione e confronto, diretti da docenti scelti per la loro nota competenza. Ogni sessione ha la durata di otto ore ed è in corso l'accreditamento presso il Ministero della Salute tramite la Federazione Nazionale. Il budget complessivo di crediti previsti è di 40.”

Programma

Modulo 1 LEGISLAZIONE ED ETICA

Venerdì 5 ottobre 2012

15.00 Inaugurazione del corso - M. Grossi
15.15 Programma e obiettivi - M. Montesi
15.30 Dai galatei ai codici deontologici - S. De Carolis
16.30 La sperimentazione clinica - M. N. Marzaloni
18.30 Discussione

Sabato 6 ottobre 2012

9.00 La legislazione sanitaria in Italia - M.G. Di Pentima
10.00 Etica e diritto: il valore del codice deontologico M.G. Di Pentima
10.45 Break
11.00 Etica e deontologia: i principi e la prassi - S. Patuzzo
12.00 Economia sanitaria e deontologia - S. Lovecchio

Modulo 2 ETICA E PROFESSIONE

Venerdì 19 ottobre 2012

15.00 La potestà disciplinare; procedure applicative S. De Franco - M. Brini
16.00 Evoluzione tecnologica e deontologia - P. Muzzetto
17.00 Educazione alla salute e compiti sociali - S. Falcinelli
18.00 Aggiornamento e sviluppo professionale continuo S. De Franco - M. Brini

Sabato 20 ottobre 2012

9.00 Bioetica di fine vita. Desistenza terapeutica ed eutanasia - S. Patuzzo
10.00 Rischio clinico - N. Boccaforno
10.45 Break
11.00 Medicine non convenzionali - P. Roberti di Sarsina
12.00 Il rapporto fra colleghi - G. Piovaccari

Modulo 3 IL RAPPORTO MEDICO PAZIENTE

Sabato 10 novembre 2012

Seminario ore 8.30 - 16.30
Il rapporto medico paziente
I presupposti, l'evoluzione del rapporto - A. Pagni
Il ruolo della formazione - S. Stefoni
Contributi di: M. Grossi, P. Muzzetto, M. G. Pesaresi, M. Ferrari, G. Ollà, M. Bartolomei

Modulo 4 ETICA ED ECONOMIA

Venerdì 23 novembre 2012

15.00 Il segreto professionale - S. Pelotti
16.00 Informazione e consenso - S. Pelotti
17.00 Etica e medicina della riproduzione - C. Bulletti
18.00 L'evoluzione del Codice Deontologico FNOMCeO e la Carta Etica Europea - N. D'Autilia

Sabato 24 novembre 2012

9.00 Il lavoro d'équipe e il rapporto con le altre professioni sanitarie - R. Chersevani
10.00 Il doping - G. Cantelli Forti
10.45 Break
11.00 Il farmaco “off label” aspetti etici e deontologici G. Cantelli Forti
12.00 Il dolore in medicina: aspetti etici - W. Raffaelli

Modulo 5 ETICA DI FINE VITA

Venerdì 14 dicembre 2012

15.00 I soggetti fragili - M. Magi
16.30 La donazione di organi - V. N. Gaudiano

Sabato 15 dicembre 2012

9.00 Autonomia del cittadino e disposizioni anticipate G. Iadecola
11.00 Lavori a piccoli gruppi e discussione generale M. Bartolomei
12.30 Chiusura del corso - M. Montesi

Docenti

Melchisede Bartolomei	Segretario Scuola di Etica Medica Rimini
Nunzia Boccaforno	Direttore U.O. Rischio Clinico ASL Rimini
Maria Brini	Vice Presidente Ordine Medici di Reggio Emilia
Carlo Bulletti	Direttore U.O. Fisiopatologia della Riproduzione ASL Rimini - Vice Presidente Provincia Rimini
Giorgio Cantelli Forti	Presidente Polo Scientifico Didattico di Rimini - Università di Bologna
Roberta Chersevani	Presidente Ordine Medici di Gorizia
Nicolino D'Autilia	Presidente Ordine Medici di Modena
Stefano De Carolis	Storico della Medicina
Salvatore De Franco	Presidente Ordine Medici di Reggio Emilia
Maria Gabriella Di Pentima	Docente Scuola Forense di Forlì
Stefano Falcinelli	Presidente Ordine Medici di Ravenna
Vito Nicola Gaudiano	Responsabile Trapianti Italia Sud - Past President Ordine dei Medici di Matera
Maurizio Grossi	Presidente Ordine Medici di Rimini
Gianfrancesco Iadecola	Magistrato, Comitato Nazionale Bioetica
Saverio Lovecchio	Direttore Sanitario ASL Rimini
Marco Magi	Vice Presidente Nazionale S.I.O.H
Mario Nereo Marzaloni	Past President Comitato Etico Scientifico ASL Rimini
Massimo Montesi	Direttore Scuola di Etica Medica Rimini
Pierantonio Muzzetto	Docente a contratto di Etica e Deontologia - Corso di laurea in Medicina e Chirurgia Università di Parma
Aldo Pagni	Presidente onorario FNOMCeO
Sara Patuzzo	Collaboratrice alla Cattedra di Medicina Legale Università di Verona - Coordinatrice Consulta Bioetica, Sezione Verona
Susi Pelotti	Direttore Scuola Specializzazione Medicina Legale Università di Bologna
Giancarlo Piovaccari	Direttore Dipartimento Malattie Cardiovascolari ASL Rimini
William Raffaelli	Presidente Fondazione ISAL
Paolo Roberti di Sarsina	Esperto per le Medicine Non Convenzionali - Consiglio Superiore di Sanità
Sergio Stefoni	Presidente Facoltà Medicina e Chirurgia - Università di Bologna

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

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dott. Massimo Montesi
Direttore Scuola di Etica Medica di Rimini

Dott. Melchisede Bartolomei
Segretario Scuola di Etica Medica di Rimini

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

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

CONVEGNO “LA GESTIONE DEL PAZIENTE PSORIASICO, DALLA DIAGNOSI AL CONTROLLO A LUNGO TERMINE”

22 settembre 2012 – Hotel della Porta di Santarcangelo di Romagna (RN)

Info: Radiovision tel. 041.5952420, e-mail: segreteria@radiovision.it

INCONTRO DI AGGIORNAMENTO “PREVENIRE OGGI CON I VACCINI: IL TUMORE DEL COLLO DELL’UTERO”

22 settembre 2012 – Centro Congressi SGR di Rimini (RN)

Info: Mediacom Congressi tel. 059.551863, e-mail: mediabac@tin.it

CONGRESSO NAZIONALE ASAS (Associazione per la Salute correlata all’Alimentazione e agli Stili di vita) “Alimentazione e attività motoria: i capisaldi per la salute di una società inconsapevole”

20 ottobre 2012

Info: ADB EventiCongressi tel. 051.0959160, e-mail: denisesanti@adbcongressi.it

CONVEGNO “DERMATOLOGIA PRATICA AMBULATORIALE PER I MEDICI DEL TERRITORIO”

20 ottobre 2012 – Grand Hotel Cesenatico (FC)

Info: Idea Congress tel. 06.36381573, e-mail: info@ideacpa.com, www.ideacpa.com

3° CONVEGNO NAZIONALE SULLE BIOTECNOLOGIE Salute e nutrizione

26/27 ottobre 2012 – Palacongressi di Rimini (RN)

Info: Associazione Linkage tel. 0541.711500, e-mail: info@associazione-linkage.it

2° SIMPOSIO DI ODONTOIATRIA “CHIRURGIA ODONTOIATRICA AMBULATORIALE IN DIRETTA TV”

10 novembre 2012 – Auditorium San Patrignano Coriano di Rimini /RN)

Info: dott. Bruno Davide Pugliese tel. 0541.362111, e-mail: bdpugliese@sanpatrignano.org, www.sanpatrignano.org

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

CICLO DI CONFERENZE PROMOSSE DALL’OSSERVATORIO SULLA FEMMINILIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE

Gentili colleghe e, perché no, colleghi in qualità di coordinatrice della commissione ordinistica “Osservatorio sulla femminilizzazione della professione”, equiparata alle Pari Opportunità (P.O.), ho incontrato nel corso dell’anno le rappresentanti delle commissioni P.O. degli ordini professionali degli architetti, avvocati, ingegneri, commercialisti e consulenti del lavoro con cui abbiamo analizzato varie proposte per concertare un evento che coinvolga tutti gli ordini professionali. Abbiamo infine optato per un ciclo di conferenze con argomenti dedicati alle problematiche del lavoro femminile, che saranno tenute dalla dott.ssa Roberta Fabbri, docente di formazione, presso la sede della provincia di Rimini, che ha dato anche il proprio patrocinio. Credo che l’iniziativa possa riscuotere l’interesse di noi donne medico, e rappresenti un’opportunità per confrontare le esigenze e le criticità delle donne inserite nelle varie professioni. La vostra partecipazione sarà gradita anche se riuscirete ad intervenire a uno solo dei quattro eventi.

Stefania Angelini

PROGRAMMA

Leadership al maschile e al femminile

21 settembre

Comunicazione e neuroscienze

26 ottobre

Marketing olistico della personalità

23 novembre

Strategie di public speaking

18 dicembre

Orario 14.30-18

Sede: Palazzo della Provincia, piazzale Bornaccini 1 - Rimini

Spazio Ammi

LE NOSTRE RECENTI ATTIVITÀ SCIENTIFICHE

Dall'insediamento del nuovo direttivo AMMI (gennaio 2011), la sezione riminese, oltre ad attività culturali e sociali che periodicamente coinvolgono le socie durante l'anno, ha organizzato alcuni momenti più specificatamente scientifici su problematiche particolarmente interessanti nell'attuale dibattito sulla salute. Abbiamo ascoltato nella sala riunioni dell'Ordine dei Medici con particolare attenzione la prof. M. Pia Fantini, associato di Programmazione dei Servizi Sanitari, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Alma Mater Studiorum dell'Università di Bologna che ha svolto la relazione "Nuovi scenari nell'assistenza sanitaria" nella quale ha sintetizzato i risultati della sua ricerca sulle problematiche legate all'assistenza delle malattie croniche e ai numerosi e radicali cambiamenti che la qualità della vita attuale rende necessari. Momento particolarmente importante e coinvolgente è stato il Seminario Nazionale "Le malattie autoimmuni e la donna" tenutosi il 15 ottobre 2011 all'Hotel National alla presenza di 150 iscritti provenienti da tutta Italia. Maria Montroni, professoressa di Immunologia Clinica dell'Università Politecnica delle Marche e Ospedali Riuniti di Ancona, ha introdotto il tema "Cosa sono le malattie autoimmuni" e moderato gli interventi "Perché le malattie autoimmuni preferiscono le donne?" del dott. Giovanni Pomponio, dirigente medico, Sezione di Clinica Medica Università Politecnica delle Marche e Ospedali Riuniti di Ancona, "Gravidanza e malattie autoimmuni" della prof.ssa Maria Giovanna Danieli, professore associato nella stessa Sezione e "La terapia delle malattie reumatiche autoimmuni" della dott.ssa Alessandra Bezzi, dirigente medico, U.O. Medicina Interna e Reumatologia Ospedale Infermi, Ausl di Rimini. Particolarmente

animato è stato il dibattito suscitato dal tema estremamente attuale. La nostra programmazione è continuata in novembre con la relazione della dott.ssa Bruna Veronesi Buono, dirigente medico delegata responsabile SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) della nostra Ausl, che ci ha informato su "I nuovi orizzonti nutrizionali", sensibilizzandoci alla corretta lettura delle etichette dei prodotti alimentari e agli accorgimenti per scegliere in modo più consapevole i componenti della nostra dieta. Il dott. Andrea Tarroni, dell'U.O. Medicina interna e Reumatologia dell'Ospedale Infermi di Rimini, nel suo intervento su "Osteoporosi: la prevenzione, la diagnosi e la terapia" ci ha ricordato il corretto comportamento e le buone pratiche da assumere per mantenere nel modo migliore la salute del nostro scheletro. L'ultima relazione è stata tenuta dalla dott.ssa Marina Zaoli Tartari, medico, specialista in psicologia medica, psicoterapeuta e scrittrice che ha reso noti i confortanti risultati dei progetti da lei portati avanti in varie scuole del circondario e fatti propri da altri enti formativi. "La prevenzione è vincente! Progetti nella scuola contro fumo, alcol, disordini alimentari": attraverso il gioco e la fiaba si cattura nel modo migliore l'attenzione dei piccoli che interiorizzano atteggiamenti corretti contro questi mali della nostra società.

*Alessandra Babini Corvetta, presidente
Lorenza Bonifazi Marsciani, segretaria
sezione AMMI di Rimini*

Per informazioni contattateci:
babini.corvetta@gmail.com
lorenzabonifazi@yahoo.it

Variazione agli Albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 11 GIUGNO 2012

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI
Dott.ssa CHIRICO Chiara
Dott. NGUEDIA AZAFFACK Roger
Dott.ssa PERHINSCHI Tatiana Speranta

trasferimento da Caserta
trasferimento da Bologna
di Bellaria Igea Marina

NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO
Dott. GIACOBBE Antonino

trasferimento a Bologna

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI
Dott. GIACOBBE Antonino

trasferimento a Bologna

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 16 LUGLIO 2012

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI
Dott. BUGLI Matteo
Dott.ssa CORINALDESI Arianna
Dott. FRISONI Paolo
Dott. DE BIASI Vincenzo
Dott. URZI' Francesco

di Rimini
di Riccione
di Pietracuta - San Leo
trasferimento da Ferrara
trasferimento da Enna

NULLA OSTA AL TRASFERIMENTO
Dott.ssa CAMPIDELLI Cristina

trasferimento a Milano

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI
Dott.ssa CAMPIDELLI Cristina
Prof. GOBBI Ugo

trasferimento a Milano
decesso

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI
Dott. PISANO Marcello

di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 27 AGOSTO 2012

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI
Dott.ssa AGOSTINI Margherita
Dott.ssa BELLUOCIO Sara

di Rimini
di Misano Adriatico

Isritti Albo Medici Chirurghi nr. 1766 - Albo Odontoiatri nr. 349

