

n° 3-4/2014



# il Notiziario

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

Anno XVII, Numero 3-4, Luglio-Dicembre 2014



# il Notiziario

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

Anno XVII, Numero 3-4, Luglio-Dicembre 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:

dott.ssa Annalisa Amadori, psicologa, membro associato della Società Psicoanalitica Italiana

dott. Luigi Cappella, medico di Medicina Generale in Pennabilli e Casteldelci

dott. Gian Maria Catrani, specialista dermatologo

dott. Balsam Mustapha, specialista ortopedico

dott. Giancarlo Piovaccari, direttore Dipartimento Malattie Cardiovascolari

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
IL PUNTO REDAZIONALE.....	pag. 7
FOCUS SULLA PROFESSIONE.....	pag. 9
• La Terapia nella Fibrillazione Atriale: cosa è cambiato dopo un anno dall'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali?	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE .....	pag. 14
• Diabete e obesità li previene l'urbanista	
• Il <i>check-up</i> non funziona?	
VITA DELL'ORDINE.....	pag. 18
• Convocazione assemblee elettorali triennio 2015-2017	
• Scuola di etica medica	
• Quinta Giornata del Medico e dell'Odontoiatra	
SANITÀ LOCALE .....	pag. 27
• A volte basta un... <i>click!</i>	
CRONACA E ATTUALITÀ.....	pag. 28
• I patiti del tatuaggio	
• I pentiti del tatuaggio	
SEMISERIA... MENTE.....	pag. 33
• Prescrizione	
MEDICI, MA NON SOLO .....	pag. 34
• <i>Va a camnè</i>	
• Senza parole	
STORIA DELLA MEDICINA .....	pag. 36
• Diavolo d'un Planco...	
RECENSIONI .....	pag. 38
• <i>Curarsi con i libri</i> . Rimedi letterari per ogni malanno	
• <i>Mai stati meglio</i> . Guarire da ogni malanno con la Storia	
• Lo Sportello del cittadino su <i>Il Giornale della Previdenza</i>	
CORSI, CONVEGNI CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI .....	pag. 40
RICORDANDO I COLLEGHI .....	pag. 45
• Dott. Walter Fracassi	
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	pag. 46

Compito della medicina non è il produrre la salute,  
bensì favorirla al massimo grado

Aristotele - *Retorica*

# Editoriale



di Maurizio Grossi

Care colleghe, cari colleghi, al termine del mandato 2012-2014 desidero a nome mio personale e del Consiglio Direttivo ringraziarvi per la vicinanza, la fiducia e l'ampio consenso che ci accordate.

Oggi più che mai non è tempo per deleghe in bianco, pertanto riteniamo doverosa un'analitica relazione dell'attività svolta e dei risultati ottenuti in questo triennio.

Uno degli aspetti qualificanti del nostro mandato, frutto della collaborazione di tutti coloro che lavorano all'Ordine - segretarie, consulenti esterni, consiglieri, redattori - è rappresentato innanzi tutto dall'oculata gestione economica. Anche per questo triennio abbiamo mantenuto l'impegno a non aumentare l'importo dovuto. Da moltissimi anni la quota di iscrizione all'Ordine dei Medici di Rimini è ferma a 160 euro. Abbiamo inoltre provveduto al riscatto del mutuo sull'immobile e oggi possiamo dire che la sede dell'Ordine è di proprietà di tutti gli iscritti, medici e odontoiatri riminesi. Tutto questo è stato possibile grazie a una certosina gestione delle pur limitate risorse, alla innegabile competenza del Tesoriere e dei Consiglieri e alla scelta dei componenti il Direttivo di ridurre al minimo le indennità per le attività ordinistiche.

Altro aspetto che ha incontrato il massimo gradimento di Voi tutti, è il sistema di formazione ed educazione continua in medicina, con un'ampia offerta di eventi che contribuisce alla copertura del credito formativo.

Il ciclo di 17 complessivi appuntamenti denominati i "Giovedì Dell'Ordine", tenuti presso la nostra sede, ha permesso l'incontro e il confronto tra le Unità Operative Ospedaliere e i Medici di medicina generale.

La Scuola di Etica Medica, giunta quest'anno al terzo corso di alta formazione, è una sfida vinta. È la prima Scuola di formazione in deontologia, etica e diritto sanitario istituita e gestita da un Ordine Professionale. Siamo così riusciti a portare al centro della nostra formazione i temi dell'etica e della deontologia medica, riappropriandoci di argomenti fondamentali nel nostro agire professionale.

È un'esperienza che ha attirato l'attenzione e l'interesse da tutta Italia.

In questi tre anni, la Scuola, ha visto lezioni di medici, giuristi, eticisti, professori universitari di chiara fama, coinvolgendo docenti e discenti in un confronto su delicati temi come l'etica di inizio e fine vita, il consenso informato, la procreazione assistita,

l'economia sanitaria, la storia della medicina, il rapporto medico-paziente.

Sempre nell'ambito dell'aggiornamento professionale sono stati organizzati altri importanti eventi formativi con la presenza di relatori provenienti da importanti università e centri di ricerca italiani:

- il 12 maggio 2012, il convegno su "La Sanità tra cura ed economia";
- il 23 marzo 2013, il convegno su "Biodiritto e Deontologia Medica";
- l'11 maggio 2013, il convegno "La prescrizione medica tra scienza, etica e diritto";
- il 24 maggio 2014 il convegno "Etica della comunicazione in sanità, Medicina digitale ed etica della informazione".

Sono poi continuate le Giornate del Medico e dell'Odontoiatra, annuale appuntamento in cui si premiano i decani della medicina riminese e in cui i giovani medici, di fronte alla cittadinanza e alle autorità civili e religiose, prestano il loro giuramento professionale. Nella terza Giornata del 2012 ha tenuto una *lectio magistralis* il prof. Giorgio Cantelli Forti pro rettore del Campus universitario di Rimini, nel 2013 è stata la volta del Magnifico Rettore dell'Università di Bologna prof. Ivano Dionigi e nell'aprile 2014, in occasione della quinta Giornata, ha tenuto una *lectio magistralis* sull'Etica della Ricerca, la senatrice prof.ssa Elena Cattaneo, ricercatrice sulle malattie neurodegenerative di fama internazionale.

Non abbiamo dimenticato la previdenza, momento fondamentale della vita professionale. Annualmente abbiamo organizzato il convegno "Come orientarsi in previdenza" alla presenza del presidente ENPAM dott. Alberto Oliveti. Nell'occasione del convegno i medici e odontoiatri hanno avuto la possibilità di incontrare un funzionario ENPAM e fare "il punto" sulla propria posizione previdenziale.

Nell'ambito del crescente contenzioso medico-

istituzioni-paziente abbiamo promosso e realizzato lo Sportello del Cittadino. È una iniziativa che fornisce informazioni qualificate in campo sanitario e informa il cittadino su fatti inerenti l'assistenza sanitaria e si mette all'ascolto di chiunque vorrà comunicare con noi. Con questa iniziativa l'Ordine ha voluto riaffermare il proprio ruolo di garante della professione medica e odontoiatrica a fianco dei cittadini e di tutti i medici che con quotidiana dedizione sono al servizio dei loro pazienti: il risultato ottenuto è stata la riduzione della conflittualità, spesso legata alla scarsa conoscenza dei propri diritti.

Per quanto riguarda l'impegno nei confronti della FNOMCeO e dell'ENPAM ricordiamo che il presidente dell'Ordine dei Medici dott. Grossi e il Presidente della CAO dott. Barchiesi, come membri della Consulta Deontologica Nazionale, hanno attivamente partecipato per oltre 2 anni ai lavori di aggiornamento del codice deontologico, lavori che si sono conclusi a Torino nel maggio 2014 con la presentazione del Nuovo Codice di Deontologia Medica. Il Vice Presidente dott. Mandolesi ha partecipato a tutte le riunioni ordinarie e straordinarie dell'Enpam e ai lavori per il nuovo statuto della Fondazione.

A tutto questo si è affiancato il quotidiano lavoro dell'Ordine: dal primo gennaio 2012 a oggi il Consiglio si è riunito 24 volte, 10 volte si è riunita la Commissione medica e 23 volte la Commissione odontoiatrica, queste ultime chiamate a valutare e giudicare colleghi su infrazioni al codice deontologico.

Infine vogliamo ricordare a tutti i colleghi che quest'anno, nell'anniversario dei 20 anni della Istituzione dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Rimini si è tenuta una bellissima mostra documentaria al Museo della Città di Rimini dal titolo "20 anni dell'Ordine, 20 secoli della sanità riminese".

È stata l'occasione per fare un regalo alla città e dimostrare con opere e documenti, alcuni mai

# Il punto redazionale

esposti in precedenza, quanto sia ricca e gloriosa la storia della sanità riminese. Alla progettazione e realizzazione della mostra hanno partecipato numerosi colleghi, ma tra tutti vorrei ricordare il dott. Stefano De Carolis e la dottoressa Antonella Chiadini per il grande e disinteressato lavoro fatto.

Concludendo, ci auguriamo che in molti si possano riconoscere in ciò che è stato fatto in questo triennio, con l'unico obiettivo di migliorare la professione medica attraverso la promozione della etica e della deontologia, la programmazione di convegni e congressi, la partecipazione alla vita cittadina, con l'aspettativa di aumentare il nostro senso di appartenenza, orgogliosi di essere medici.

L'augurio per il prossimo triennio è quello di una continuità nell'impegno ordinistico per il costante miglioramento della classe medica, nell'interesse nostro e dei cittadini, sicuri che una medicina più umana e professionale migliora la nostra immagine e il nostro ruolo nella Società.

Maurizio Grossi  
Franco Mandolesi  
Giovanni Cananzi  
Massimo Montesi  
Pier Paolo Barchiesi



di Mauro Giovanardi

Cari colleghi, questo è il secondo numero doppio dell'anno 2014: coprirà il periodo luglio-dicembre.

Le ragioni di questa scelta, dettate dalla necessità di rimanere nei limiti di *budget* che il nostro bilancio assegna alle pubblicazioni, sono spiegate nel *Punto redazionale* dello scorso numero e perciò su di esse non mi soffermo oltre.

Mi auguro che il *Notiziario* vi giunga prima dell'importante scadenza ordinistica prevista in questa seconda metà dell'anno: le elezioni di inizio ottobre per il rinnovo delle cariche in seno al Consiglio Direttivo, alle Commissioni Medica e Odontoiatrica, al Collegio dei Revisori dei conti.

Un consuntivo dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dal Consiglio in carica è oggetto dell'*Editoriale* del Presidente. Le informazioni tecniche per esercitare il vostro diritto di voto le trovate invece nella rubrica *Vita dell'Ordine*.

Rammento che le elezioni hanno un costo non indifferente, legato alla stampa e invio delle convocazioni, alla necessità di tenere aperta la sede dell'Ordine, nel fine settimana, per molte ore oltre l'orario d'ufficio e di corrispondere il dovuto gettone ai colleghi che si presteranno all'impegno di scrutatori. Questo costo può essere contenuto nei minimi possibili purchè in prima convocazione voti almeno un terzo degli aventi diritto, *quorum* necessario a validare la tornata elettorale, mi permetto pertanto, a nome del Consiglio, di sollecitare la vostra partecipazione al voto nei giorni 4, 5 e 6 ottobre.

Passando in rassegna gli altri contenuti di questo numero, ancora in *Vita dell'Ordine*, vi segnalo il programma del terzo *Corso di alta specializzazione della Scuola di etica medica* e il resoconto, prevalentemente fotografico, della quarta Giornata del Medico e Odontoiatra, con le immagini del giuramento dei giovani colleghi, dei premiati per anzianità di laurea e della senatrice professoressa Elena Cattaneo, che ci ha onorato della sua presenza e conquistati per la passione e profondità che ha profuso nella sua *lectio magistralis*.

In *Focus sulla professione* vi segnalo la messa a punto sui NAO di Giancarlo Piovaccari, quanto mai opportuna visto l'impatto che il loro utilizzo avrà sulla popolazione anziana e sugli specialisti di varie branche che dovranno gestirne i potenziali effetti collaterali. Ringrazio il Direttore e gli altri Colleghi della Cardiologia per la continuità con cui ci inviano i loro contributi: ricordo ai nostri lettori gli articoli, già pubblicati, della dott.ssa Franco (*Il cuore delle donne...* - n. 4/2012) del dott. Santarelli (*Iperensione arteriosa...* - n. 4/2013), delle dottoresse Mainardi e Testa (*Il cuore dei bambini...* - n. 1-2/2014).

La rubrica *Sanità locale* si avvale del contributo "onomatopeico", sul dito a scatto, del collega ortopedico Balsam Mustapha, mentre in *Cronaca e attualità* abbiamo raccolto il contributo di Annalisa Amadori e Gian Maria Catrani su "patiti" e "pentiti" del tatuaggio: due facce della stessa medaglia, molto di moda, analizzate da un punto di vista psicologico, sociologico e medico.

Nella *Rubrica di Medicina Generale*, il puntuale contributo di Marco Grassi ci parla dell'impatto che l'urbanistica può avere sulla prevenzione di patologie quali diabete e obesità e viceversa della scarsa efficacia, ai fini della prevenzione di malattie cardiovascolari e tumori, del *check-up*: un caposaldo della medicina moderna che sembrerebbe alquanto vacillante, almeno secondo gli studi citati nell'articolo.

La vignetta di Luigi Casadei getta *Semiseria...mente* uno sguardo sulla nostra professione, mentre la poesia dialettale di Luigi Cappella e le belle foto di Marco Grassi parlano da sole e non hanno bisogno di commenti nella rubrica *Medici, ma non solo*.

In *Storia della medicina* giunge all'ultima puntata la *Fiction* sull'emerito e discusso *Jano Planco*: così almeno dice l'autore Stefano De Carolis, ma si sa: certi personaggi amano la scena e difficilmente si rassegnano ad abbandonarla. E comunque Stefano avrà sicuramente tanta Storia ancora da raccontarci.

Gianni Morolli ha recensito due libri che si occupano di medicina e di cura da prospettive tanto diverse quanto accattivanti, rispetto a quanto siamo abituati e, anche se si tratta di un breve articolo, sempre in *Recensioni*, diamo conto dello spazio che la rivista dell'ENPAM ha dedicato, nel suo ultimo numero, al nostro Sportello del cittadino.

Infine Fulvio Fracassi, nostro collega anestesista, ci ha inviato il commosso e devoto ricordo del padre Walter Fracassi, Medico-Amico come egli stesso si è definito e come gli riconoscevano colleghi e pazienti.

# Focus sulla professione

## LA TERAPIA NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE: cosa è cambiato dopo un anno dall'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali?



di Giancarlo Piovaccari

La fibrillazione atriale (FA) è la forma di aritmia cardiaca più frequente; nell'85-90% dei casi si presenta come Fibrillazione Atriale Non Valvolare, mentre solo in una piccola quota di pazienti la FA è collegata a una malattia valvolare reumatica (prevalentemente stenosi mitralica).

### Epidemiologia della Fibrillazione Atriale

Stime recenti sulla popolazione italiana indicano una prevalenza fra l'1% e il 2% di soggetti con FA, e una incidenza di circa 3 casi per 1000 anni/persona di nuovi casi di FA. Questo significa, riferito alla popolazione residente in Emilia-Romagna nel 2011, una prevalenza di circa 60.000 pazienti con FA non valvolare con un'incidenza di circa 13.000 nuovi casi all'anno. Nella provincia di Rimini si possono contare oltre 5000 pazienti con questa aritmia. Va ricordato che la prevalenza stimata della FA aumenta con l'età, arrivando all'8-10 % nei soggetti con più di 80 anni.

L'età media dei pazienti con FA è intorno ai 77 anni: questo dato sottolinea come l'aritmia atriale sia una patologia che interessa prevalentemente la popolazione anziana che, come si sa, tende progressivamente ad aumentare, con rilevanti ricadute organizzative-economiche sulla salute pubblica.

La complicanza più temibile della FA è l'**ictus ischemico** di natura cardioembolica (coagulo di sangue a partenza dal cuore): la FA aumenta il rischio di ictus ischemico di circa 5 volte, e gli ictus nei pazienti con FA sono più gravi delle altre tipologie di ictus, in quanto gravati da una maggiore morbidità e mortalità.

Per la prevenzione dell'ictus ischemico (causato da un coagulo migrato dal cuore al cervello) nei pazienti con FA vengono utilizzati nella pratica clinica corrente i farmaci antaggreganti piastrini-

nici o anticoagulanti orali come gli anti-vitamina K (AVK).

La terapia antiaggregante conferisce però una protezione limitata e decisamente inferiore rispetto agli AVK: tutti i grandi studi internazionali dimostrano che i farmaci AVK (Coumadin o Sintrom) a dosi aggiustate riducono il rischio di ictus del 64% mentre gli antiaggreganti (aspirina, ticlopidina, indobufene e clopidogrel) solo del 22%.

Inoltre in alcuni studi recenti il trattamento con antiaggreganti non si è rivelato efficace nel ridurre il rischio di ictus nemmeno in pazienti a basso rischio embolico.

Non vi è quindi dubbio che al momento lo standard di cura per la prevenzione dell'ictus nelle persone con fibrillazione atriale sia rappresentato dal Coumadin o Sintrom (anti-vitamina K).

### I farmaci anti-vitamina K (AVK)

Gli AVK (Warfarin o Coumadin e Sintrom) in uso da oltre 50 anni, sono probabilmente tra i farmaci più studiati utilizzati nella pratica clinica e rappresentano lo standard di cura nella FA cronica per la loro elevata efficacia nel ridurre il rischio di ictus embolico. Nello stesso tempo l'uso di questi farmaci presenta diversi problemi gestionali, il che probabilmente ha contribuito a una loro diffusione sub-ottimale: recenti dati epidemiologici italiani, in linea con quelli internazionali, evidenziano come solo un terzo circa dei pazienti con FA che, in base alle linee guida correnti richiederebbero un trattamento con AVK, ricevono effettivamente questa terapia. Una prima problematica degli AVK è la necessità di un monitoraggio regolare della coagulazione e di un'attenta gestione dei dosaggi e delle interazioni (farmaci e abitudini alimentari), il che può comportare disagi e oggettive difficoltà di accesso a tale terapia per alcune categorie di pazienti.

Condizione indispensabile per ottenere i miglio-

ri risultati dalla terapia anticoagulante con AVK è una buona gestione della stessa: più elevata è la percentuale del tempo in cui il paziente è in *range* terapeutico (INR tra 2,0 e 3,0), maggiori saranno le probabilità di successo del trattamento. Si considera che il miglior indice della qualità del trattamento anticoagulante sia il **Time in Therapeutic Range (TTR)**: il tempo in cui il paziente è nel *range* terapeutico efficace. Studi recenti hanno dimostrato che l'efficacia clinica degli AVK per la prevenzione dell'ictus nei pazienti con FA è ottimale per valori di TTR >70% e accettabile per valori di TTR fra 61 e 70%.

Inoltre i pazienti con TTR <60% hanno una maggiore mortalità annuale (4.2% *versus* 1.7%), più emorragie maggiori (3.9% *versus* 1.6%) e più ictus ed embolie periferiche (2.1% *versus* 1.1%) rispetto a quelli con TTR >70%.

Un secondo problema della terapia con AVK è il rischio emorragico, specie di emorragie intracraniche (EIC). Studi riferiti alla popolazione italiana in terapia con AVK seguita da Centri specializzati, riportano un'incidenza di emorragie maggiori dell'1.1 per 100 anni-paziente, di emorragie fatali dello 0.25 per 100 anni-paziente e di EIC dello 0,44 per 100 anni-paziente. Le complicanze emorragiche sono particolarmente temute nei soggetti anziani. In 4.093 pazienti studiati, che avevano un'età media di 84 anni (*range* 80-102), nel 73% dei casi erano in terapia con AVK per FA e il loro TTR medio era 62%; nel periodo valutato l'incidenza di emorragie maggiori è stata dell'1.87 per 100 anni-paziente e quella di emorragie intracraniche dello 0.55 per 100 anni-paziente.

Quando si considerano le complicanze emorragiche della terapia con AVK va però ricordato che esiste la possibilità di antagonizzare (**antidoto**) l'effetto anticoagulante dei farmaci in modo rapido e sicuro (vitamina K e trasfusione di Complessi Protrombinici).

### I Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO)

La ricerca farmacologica si è proposta di ovviare agli inconvenienti degli AVK cercando di sviluppare farmaci orali con caratteristiche di efficacia e sicurezza almeno sovrapponibili e con un meccanismo d'azione che ne renda più semplice la gestione del dosaggio e ne riduca le interazioni farmacologiche. Al momento attuale sono registrati, o in via di registrazione, alcuni nuovi anticoagulanti orali (NAO) utilizzabili per la prevenzione dell'ictus ischemico in corso di FA che agiscono come inibitori diretti del fattore II (Dabigatran) o del fattore X (Rivaroxaban, Apixaban e Edoxaban).

Si può affermare che tutti i NAO hanno in comune la caratteristica di essere inibitori diretti di fattori coinvolti nella via comune della coagulazione, di avere un'emivita (ore di durata di efficacia del farmaco dopo l'assunzione di una dose) relativamente breve (fra 8 e 15 ore) e un rapido assorbimento dopo l'assunzione per bocca.

I nuovi farmaci sono stati ampiamente studiati negli ultimi cinque anni dimostrando efficacia e sicurezza almeno pari (in alcuni casi anche superiori) rispetto al warfarin e pertanto si propongono per diventare un trattamento vantaggioso per una quota di pazienti con FA non-valvolare. Brevemente si riportano le caratteristiche principali dei Nuovi Anticoagulanti.

Il Dabigatran è disponibile per i pazienti Italiani dal 19 giugno 2013. Il Rivaroxaban ed Apixaban sono diventati prescrivibili pochi mesi dopo mentre Edoxaban lo sarà tra poco tempo.

Il **Dabigatran (PRADAXA)** è confezionato in compresse con due dosaggi, rispettivamente di 110 mg e 150 mg. La durata di efficacia anticoagulante di questo farmaco dura 12-15 ore dopo l'assunzione di una compressa e per questo motivo dovranno essere assunte due compresse al giorno (una compressa ogni 12 ore) per garantire una copertura terapeutica

costante nelle 24 ore. Questo concetto è molto importante perché si differenzia dal Coumadin la cui azione anticoagulante (emivita) è molto più lunga e per questo si assume una sola volta al giorno.

Il **Rivaroxaban (XARELTO)** è disponibile in compresse da 20 e 15 mg e viene somministrato una sola volta al giorno e durante il pasto (preferibile la cena per avere una maggiore efficacia anticoagulante durante le ore notturne che hanno il maggior rischio di trombosi). La dose di 15 mg/die va riservata ai pazienti con insufficienza renale e con un Volume di Filtrato Glomerulare compreso fra 30-50 ml/min. Anche per questo NAO non sono necessari controlli laboratoristici; le interazioni farmacologiche sono rare e al momento quelle conosciute sono con i farmaci antifungini. La dieta è libera da eventuali limitazioni.

L'**Apixaban (ELIQUIS)** è confezionato in compresse da 2,5 e 5 mg. Va assunto ogni 12 ore e la posologia 2,5 bid va riservata ai pazienti con Filtrato Glomerulare compreso tra 30-50 ml/min. Anche per questo NAO non necessitano controlli laboratoristici e non sono note interazioni significative con farmaci o cibi.

Al momento il Piano Terapeutico AIFA prevede che questo farmaco venga indicato nei pazienti di età superiore a 75 anni.

### I vantaggi dei NAO sono:

- efficacia anticoagulante dopo l'inizio della terapia (dopo 3 ore);
- con questa terapia anticoagulante non sono necessari i prelievi del sangue per i controlli del valore di INR o Quick o altri esami;
- **con tutti i NAO si ha una riduzione statisticamente significativa di emorragia cerebrale rispetto alla terapia con Coumadin;**
- con il dosaggio 150 mg di Dabigatran ogni 12 ore si ha una maggior riduzione delle complicanze tromboemboliche, a parità di compli-

canze emorragiche, rispetto alla terapia con Coumadin;

- con Apixaban 5 mg bid, nello studio ARISTOTLE si è ottenuta una riduzione significativa della mortalità rispetto al Warfarin.

#### Gli svantaggi dei NAO sono:

- in caso di emorragia grave o necessità di intervento chirurgico in emergenza **non è disponibile alcun antidoto** che invece può essere impiegato con efficacia nei casi in trattamento con Coumadin o Sintrom;
- sono controindicati nei pazienti con Insufficienza renale cronica che hanno un valore del Filtrato Glomerulare di 30 ml al minuto: purtroppo nei pazienti anziani (>80 anni) anche con Creatinina e Azotemia apparentemente normali questo valore ridotto del Filtrato è molto frequente per cui va ricercato e calcolato con precisione. L'insufficienza renale aumenta l'effetto anticoagulante del farmaco che si accumula nel sangue (i reni non funzionando non eliminano il farmaco) e così aumentano i rischi di emorragia grave. Negli anziani è sufficiente una febbre, una diarrea o altre cause che facilmente possono causare disidratazione e di conseguenza un improvviso ulteriore peggioramento dell'insufficienza renale preesistente e latente.

**Nel documento della Regione Emilia-Romagna** i NAO sono certamente indicati nei pazienti che hanno difficoltà a mantenere valori di INR tra 2,0 e 3,0 - ad esempio chi deve assumere piccole dosi di Coumadin, tipo ¼ di compressa al giorno (equivalenti a meno di 8,25 mg alla settimana). Un'altra indicazione sarà la comparsa di emorragie anche quando INR è nei limiti terapeutici. Chi ha avuto in precedenza un'emorragia cerebrale assumerà un NAO che è più sicuro. Il nuovo farmaco sarà scelto quando ci saranno difficoltà organizzative a moni-

torare regolarmente l'INR oppure quando i pazienti presentano condizioni cliniche particolari.

#### Ma il COUMADIN quando sarà ancora raccomandabile?

Al momento si ritiene che i candidati siano:

- i pazienti di età >80 anni già in terapia anticoagulante con Coumadin o Sintrom;
- i pazienti in doppia antiaggregazione (Aspirina+Plavix, o Aspirina+Efient o Aspirina+Brilique nei pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica con stent);
- nei pazienti con pregressa emorragia maggiore gastrointestinale.

#### In quali pazienti i NAO (Pradaxa, Xarelto ed Eliquis) non sono indicati:

- nei pazienti con ridotta funzione renale (Volume del Filtrato Glomerulare < 30 ml/min);
- nei pazienti con protesi valvolare di tipo meccanico;
- nei pazienti in trattamento con farmaci (Verapamil, Dronedarone e pochi altri) che possono interferire con il Pradaxa;
- nei pazienti in cui è prevedibile una bassa aderenza all'assunzione regolare della nuova terapia.

Con questa nuova terapia, che non prevede i prelievi periodici del sangue per determinare il valore di INR, c'è il rischio che i pazienti perdano il senso di "protezione" che ricevono da infermieri e medici in queste occasioni. Per questo si prevede comunque che il paziente che inizierà il Nuovo Anticoagulante venga controllato dopo un mese e successivamente ogni sei mesi per valutare eventuali effetti collaterali.

Anche noi medici dovremo, giorno per giorno, imparare a conoscere questi Nuovi Anticoagulanti come è successo con il Coumadin che utilizziamo da 50 anni!

Per queste limitazioni l'Agenzia Italiana del Far-

maco (AIFA) che è l'ente regolatore italiano richiede un Piano Terapeutico per prescrizione di questo nuovo farmaco innovativo e promettente, ma che andrà valutato per la sua efficacia e sicurezza quando sarà assunto da una vasta popolazione di malati diversi l'uno dall'altro per età, altre patologie e terapie concomitanti. Sarà da verificare la corretta e costante assunzione del farmaco due volte al giorno (una compressa ogni 12 ore).

Il Piano Terapeutico sarà compilato dai medici ospedalieri (cardiologo, internista, geriatra e medici dei Centri della Coagulazione) che poi valuteranno i successivi risultati (aderenza alla terapia, sospensioni ed eventuali effetti indesiderati). Al momento, in Europa, l'impiego dei NAO è molto variabile da una nazione all'altra: in Germania è prescritto al 42% dei pazienti con indicazione alla terapia anticoagulante, in Francia al 32%, in Olanda nell'8-10%, in Gran Bretagna nel 9% e in Italia nel 3%! La regione Emilia -Romagna prevedeva una prescrizione del 20% al primo anno con un successivo incremento del 5% per anno.

In pratica le prescrizioni vanno molto a rilento (3-10%). A Rimini siamo più lanciati verso questa terapia innovativa che certamente vogliamo estendere ai pazienti ora in terapia con solo antiaggregante, a quelli che devono iniziare *de novo* la terapia, a quelli che hanno difficoltà a mantenere un buon TTR o negli anziani (reni permettendo) che assumono microdosi di Warfarin. Il Piano Terapeutico Regionale può essere autorizzato dai cardiologi ospedalieri, dai medici dei Centri Emostasi di Riccione e Rimini e dai cardiologi territoriali convenzionati.

Attualmente nella provincia di Rimini abbiamo già in trattamento coi NAO circa 500 pazienti con FA non-valvolare (che sono circa il 10% dei pazienti in terapia anticoagulante) e una cinquantina di pazienti con Trombosi Venosa Profonda - Embolia Polmonare.

La prevenzione trombo embolica venosa, al momento, è attuabile con Piano Terapeutico e con solo Rivaroxaban. Prossimamente anche Dabigatran ed Apixaban saranno autorizzati per il trattamento del tromboembolismo venoso.

# Rubrica di medicina generale



di Marco Grassi

## DIABETE E OBESITÀ LI PREVIENE L'URBANISTA

Le persone che vivono in quartieri che favoriscono gli spostamenti a piedi hanno registrato un tasso notevolmente inferiore di obesità, sovrappeso e diabete rispetto a coloro che vivono in quartieri più auto-dipendenti, secondo due studi presentati all'ultimo congresso (2014) della *American Diabetes Association*.

Ricercatori canadesi hanno confrontato gli adulti che vivono in quartieri metropolitani con maggiori possibilità di spostarsi a piedi, rispetto ad aree più periferiche e rurali che necessitano maggiormente di spostamenti con mezzi meccanici: gli abitanti della prima tipologia di insediamento urbano hanno un rischio minore di sviluppare diabete nel corso di un periodo di 10 anni. L'indice di "camminabilità" (*walkability*) di un quartiere/zona è stato determinato con un complesso algoritmo che tiene in considerazione diverse variabili (la disponibilità di negozi, bar e ristoranti, scuole, banche, poste e altri servizi amministrativi, ambulatori medici, centri di aggregazione sociale, parchi e verde nel raggio di 5-10-15 minuti di cammino da vari punti del quartiere dove è maggiore la densità di popolazione residente, disposizione e interconnettività delle strade pedonabili). La ricerca ha controllato anche altre importanti variabili, come lo stato di salute prima dell'inizio del *follow-up*, al fine di escludere la probabilità che persone più sane scelgano i quartieri migliori dove vivere.

Un secondo studio ha messo a confronto quartieri diversi di una stessa città, riscontrando che i quartieri più percorribili avevano la più bassa incidenza di obesità, sovrappeso e diabete.

In particolare, gli studi hanno riscontrato che le persone che vivono in quartieri con una maggiore pedonabilità hanno visto in media uno sviluppo del 13% inferiore di incidenza del diabete a 10 anni, rispetto a quelli che erano meno percorribili. Tuttavia, la "pedonabilità" dei quartieri era protettiva solo in coloro che erano più giovani e di mezza età; negli ultrasessantacinquenni vivere in quartieri a più facile percorrenza a piedi non porta alcun beneficio in termini di incidenza di nuovi casi di diabete.

Anche la prevalenza di sovrappeso e obesità è calata (del 9%) nei quartieri più percorribili a piedi mentre è aumentata del 13% nei quartieri con il minore pedonabilità.

I ricercatori hanno anche osservato che le persone che vivevano nei quartieri più percorribili erano tre volte più propensi a raggiungere a piedi o in bicicletta le loro mete e dimezzavano l'uso dell'auto come mezzo di trasporto.

Qualora ce ne fosse ancora bisogno, dunque, ecco un'ulteriore conferma del fatto che l'ambiente in cui si vive gioca un ruolo determinante nel livello di attività fisica svolta e che, pertanto, dovrebbe essere considerato dagli amministra-

tori e politici locali una leva su cui fondare le strategie per migliorare la salute. Queste due ricerche dimostrano altresì che una attività fisica in grado di produrre benefici in termini di salute è possibile senza interventi di tipo medico. Come società abbiamo progettato l'attività fisica fuori dalla nostra vita (fino ad arrivare al paradosso di usare l'auto per raggiungere i luoghi dove svolgerla, come palestre, piscine, parchi, ecc.) quando ogni possibilità di uscire e camminare per andare al negozio all'angolo o accompagnare i nostri figli a scuola può avere un grande impatto sul rischio di sviluppare diabete e sovrappeso.

### Bibliografia

1) <http://www.diabetes.org/newsroom/press-releases/2014/do-walkable-neighborhoods-reduce-obesity-and-diabetes.html#sthash.JYhwPBw.dpuf>

2) [http://www.torontohealthprofiles.ca/a\\_documents/aboutTheData/12\\_1\\_ReportsAndPapers\\_Walkability\\_WKB\\_2012.pdf](http://www.torontohealthprofiles.ca/a_documents/aboutTheData/12_1_ReportsAndPapers_Walkability_WKB_2012.pdf)



## IL CHECK-UP NON FUNZIONA?

Controlliamo le nostre auto regolarmente, quindi perché non dovremmo anche controllare il nostro corpo in modo che possiamo trovare e curare le anomalie prima che possano causare troppi danni? Sembra così facile, ma il corpo umano non è una macchina e, a differenza di una macchina, ha proprietà di auto guarigione. La certezza che visite mediche ed esami periodici siano efficaci come prevenzione e diagnosi precoce delle malattie, uno dei caposaldi della moderna medicina occidentale, sta sempre più vacillando.

Ciò che sembra intuitivamente corretto, in medicina andrebbe sempre dimostrato sul campo con risultati solidi.

Una recente revisione Cochrane<sup>4</sup> mette pesantemente in dubbio l'assunto, mai dimostrato, che controlli di salute regolari siano di qualche beneficio. Nella revisione sistematica sono stati inclusi 16 studi, 14 dei quali avevano dati di *outcome* disponibili (182.880 partecipanti). Nove studi hanno fornito dati sulla mortalità totale (155.899 partecipanti, 11.940 morti), mediano di *follow-up* nove anni, dando un rapporto di rischio di 0,99 (95% intervallo di confidenza (IC) 0,95-1,03). Otto studi hanno fornito dati sulla mortalità cardiovascolare (152.435 partecipanti, 4.567 morti), *risk ratio* 1,03 (95% CI 0,91-1,17) e otto studi sulla mortalità per tumore (139.290 partecipanti, 3.663 decessi), rapporto di rischio 1,01 (95% CI 0,92-1,12 ).

Le conclusioni della revisione sono poco incoraggianti:

“Controlli sanitari generali non hanno ridotto la morbilità o la mortalità, né in generale, né per cause cardiovascolari o tumorali, anche se il numero di nuove diagnosi è aumentato. Risultati dannosi importanti, come l'aumento di numero di *follow-up* e procedure diagnostiche o effetti psicologici a breve termine, non sono state

spesso studiati o segnalati. Considerando l'alto numero di partecipanti inclusi nei *trial* inseriti nella revisione e il lungo periodo di *follow-up* e considerando che la mortalità cardiovascolare e per tumore non si è ridotta, i controlli di salute generale è poco probabile che siano di beneficio”

La ricerca più recente sull'argomento, il *trial* danese Inter99, iniziato nel 1999, i cui risultati sono stati pubblicati su un recente numero del *British Medical Journal*<sup>2</sup>, ha studiato l'effetto di uno *screening* sistematico per fattori di rischio per cardiopatia ischemica e stile di vita con visite programmate fino a quattro volte nel corso di un periodo di cinque anni. Ai soggetti individuati come ad alto rischio cardiovascolare è stato inoltre proposto *counseling* di gruppo. Questo *trial* non è riuscito a dimostrare un effetto sulla mortalità totale (*hazard ratio* 1,00 CI 0,91-1,09) e neppure è riuscito a rilevare un effetto sul suo esito primario, l'incidenza di cardiopatia ischemica, per la quale l'*hazard ratio* è stato 1,03 (CI 0,94-1,13). [Nota statistica: *Hazard Ratio* uguale o prossimo a 1 – come in questo caso – significa che i due gruppi di popolazione testati – con e senza intervento attivo (*screening* dei fattori di rischio e *counseling* sullo stile di vita), hanno lo stesso rischio di morte e di incorrere in incidenti cardiovascolari].

Non è facile tentare una spiegazione a questo risultato assolutamente controintuitivo. Si possono azzardare due possibili spiegazioni per la mancanza di effetto. In primo luogo, molti medici di medicina generale (MMG) già effettuano uno *screening* per i fattori di rischio cardiovascolari o malattie nei pazienti che essi ritengono a rischio quando li visitano per altre ragioni. Questa attività, seppur spesso non formalizzata, è parte integrante dei compiti delle cure pri-

marie e l'aggiunta di un approccio sistematico di *screening* non risulta quindi vantaggioso.

Una seconda spiegazione potrebbe risiedere in un *bias* di selezione, molto frequente in questo tipo di studi. Le persone che accettano l'invito a un controllo sanitario tendono ad avere un più alto stato socio-economico, più basso rischio cardiovascolare, minore morbilità cardiovascolare e minor mortalità rispetto a chi non aderisce. Sono cioè soggetti mediamente più sani ed è quindi più difficile ottenere ulteriori miglioramenti dello stato di salute. Tuttavia, in assenza anche di un *trend* verso beneficio (anche se non statisticamente significativo), questa spiegazione sembra abbastanza improbabile anche perché molti dei soggetti presentatisi ai controlli erano ad alto rischio.

Programmi di *screening* per le persone sane sono giustificabili solo quando studi randomizzati dimostrano chiaramente che i benefici superano i danni. Per questo tipo di controlli sanitari, le prove sembrano invece dimostrare

il contrario.

Molti medici credono fermamente nei benefici di visite di controllo in soggetti sani; per alcuni i controlli periodici dei pazienti rappresentano una parte non indifferente delle proprie entrate economiche; molte iniziative in questo senso hanno avuto importanti avalli politici e finanziamenti statali. Dati gli interessi in campo è probabile che i risultati e la metodologia di questo *trial* siano vivisezionati alla ricerca di qualche falla metodologica che ne infici i risultati anche se sembra abbastanza difficile riuscire a trasformare risultati negativi in positivi.

Alla luce di questi risultati forse sarebbe il caso di riflettere sulle tante proposte di “medicina di iniziativa” rivolte ai pazienti sani che difficilmente inducono a comportamenti più salutari, ma trasformano l'ipocondria collettiva della gente in una richiesta incessante di esami e visite specialistiche.

Marco Grassi

### Bibliografia:

- 1) Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345:e7191
- 2) Jørgensen Torben, Jacobsen Rikke Kart, Toft Ulla, Aadahl Mette, Glümer Charlotte, Pisinger Charlotta et al. Effect of screening and lifestyle counselling on incidence of ischaemic heart disease in general population: Inter99 randomised trial *BMJ* 2014; 348:g3617

# Vita dell'Ordine

## CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI TRIENNIO 2015-2017

Si comunica che le elezioni per il rinnovo delle cariche ordinistiche triennio 2015-2017 si terranno in prima convocazione, presso la sede dello scrivente Ordine - in Via Flaminia 185/B Rimini - nei giorni:

**Sabato 4 Ottobre 2014** dalle ore 10.00 alle ore 19.00  
**Domenica 5 Ottobre 2014** dalle ore 10.00 alle ore 19.00  
**Lunedì 6 Ottobre 2014** dalle ore 10.00 alle ore 21.00

Oggetto della elezione sono i componenti del Consiglio Direttivo, della Commissione Medica, della Commissione Odontoiatrica, del Collegio dei Revisori dei Conti, organi collegiali dotati di specifiche competenze istituzionali.

**La Commissione Medica** è composta da 15 eletti, iscritti all'Albo medici chirurghi dell'Ordine dei Medici. Tutti i 15 eletti entreranno nella composizione del Consiglio Direttivo.

**La Commissione Odontoiatrica** è composta da 5 eletti, iscritti all'Albo degli Odontoiatri. Fra questi i due eletti con il maggior numero di preferenze entreranno a far parte del Consiglio Direttivo.

**Il Consiglio Direttivo**, che esprime al suo interno le cariche di Presidente, Vice Presidente, Segretario e Tesoriere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, è composto dai 15 eletti iscritti all'Ordine dei Medici più i due più votati fra gli eletti della Commissione Odontoiatrica.

Il **Collegio dei Revisori dei Conti** è composto da tre membri effettivi e da un membro supplente.

Per l'elezione dei quindici componenti della **Commissione Medica** che entreranno nella composizione del **Consiglio Direttivo**, sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi ivi compresi i componenti uscenti del Consiglio Direttivo in carica.

Componenti uscenti:

- |                    |                               |
|--------------------|-------------------------------|
| 1) Presidente      | dott. Maurizio Grossi         |
| 2) Vice Presidente | dott. Franco Mandolesi        |
| 3) Segretario      | dott. Giovanni Cananzi        |
| 4) Tesoriere       | dott. Massimo Montesi         |
| 5) Consigliere     | dott. Geo Agostini            |
| 6) Consigliere     | dott.ssa Stefania Angelini    |
| 7) Consigliere     | dott. Melchisede Bartolomei   |
| 8) Consigliere     | dott. Maurizio Della Marchina |
| 9) Consigliere     | dott. Silvano Fattori         |
| 10) Consigliere    | dott. Mauro Giovanardi        |
| 11) Consigliere    | dott. Marco Grassi            |
| 12) Consigliere    | dott. Giorgio Ioli            |
| 13) Consigliere    | dott. Maurizio Pallanti       |

- |                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| 14) Consigliere | dott. Carmelo Palmeri   |
| 15) Consigliere | dott. Andrea Santarelli |

Per l'elezione dei cinque componenti della **Commissione Odontoiatrica**, sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i componenti uscenti della Commissione in carica.

Componenti uscenti:

- |               |                            |
|---------------|----------------------------|
| 1) Presidente | dott. Pier Paolo Barchiesi |
| 2) Membro     | dott. Gianluca Galvani     |
| 3) Membro     | dott. Marco Magi           |
| 4) Membro     | dott. Roberto Piastra      |
| 5) Membro     | dott. Marco Vigna          |

I due eletti che conseguiranno il maggior numero delle preferenze faranno parte del Consiglio Direttivo, ai sensi del 2° e dell'ultimo comma dell'art. 6, della legge 24 luglio 1985, n. 409.

Per la carica di componenti effettivi e di componente supplente del **Collegio dei Revisori dei Conti** sono eleggibili tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e all'Albo degli Odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Componenti effettivi uscenti:

- |               |                         |
|---------------|-------------------------|
| 1) Componente | dott. Giovanni Olivieri |
| 2) Componente | dott. Fabio Cesaretti   |
| 3) Componente | dott. Marco Fravisini   |

Componente supplente:

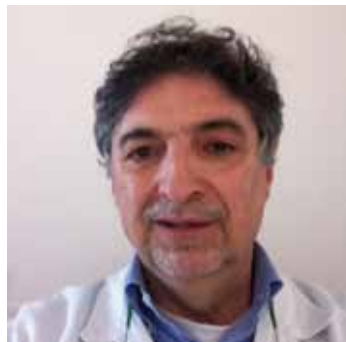
- |               |                             |
|---------------|-----------------------------|
| 1) Componente | dott. Bruno Davide Pugliese |
|---------------|-----------------------------|

Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità e d'incompatibilità per la elezione alle cariche ordinarie.

Il voto è diretto, libero e segreto. Non sono ammesse deleghe.

L'iscritto, per votare, deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di un documento di riconoscimento.

Egli ha facoltà di esprimere le proprie preferenze scrivendo sulla scheda nome e cognome di quindici iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi per l'elezione del Consiglio Direttivo, di cinque iscritti all'Albo degli Odontoiatri per l'elezione della Commissione Odontoiatrica e di tre componenti effettivi e di un supplente per l'elezione del Collegio dei Revisori dei Conti. Le schede saranno considerate comunque valide anche nel caso vi siano riportate un numero di preferenze inferiore al numero massimo previsto.



di Massimo Montesi

## SCUOLA DI ETICA MEDICA

Siamo giunti al terzo anno di attività della nostra Scuola di etica medica e continua ad aumentare l'interesse che questa nostra iniziativa ha sollecitato in tutto l'ambiente medico in un ambito non solo locale ma nazionale. Lo testimonia l'apprezzamento e la collaborazione della Federazione Nazionale degli Ordini che ha sempre garantito, nella persona del suo Presidente e dei suoi vertici, una presenza prestigiosa e competente ai nostri convegni, ai nostri corsi di alta specializzazione. Lo testimoniano le richieste di consigli e di aiuto per la creazione di nuove scuole di etica presso altri Ordini e l'entusiasmo con cui importanti studiosi, a conoscenza della nostra esperienza, accettano l'invito a divenire docenti nei corsi che ogni anno organizziamo. Ma soprattutto lo sottolinea l'adesione di tanti colleghi del nostro e di altri Ordini che ci hanno confortato con i loro lusinghieri commenti e che ci hanno confermato la sensibilità che la classe medica ha nei confronti dei temi etici che quotidianamente impattano sulla nostra professione.

Sono poche le realtà universitarie, dove vengono preparati i medici di domani, che abbiano istituzionalizzato insegnamenti di etica e di deontologia. Questa carenza, peraltro molto sentita, può però essere recuperata da iniziative nell'organizzazione delle quali gli Ordini professionali devono avere un ruolo di primo piano, vuoi per il compito istituzionale ad essi affidato, vuoi perché il vertiginoso progresso tecnologico delle scienze mediche propone al cittadino malato sempre nuove opzioni, spesso drammaticamente intrusive, implicando scelte che interrogano la sfera più intima della persona e le sue categorie valoriali.

Essere vicini al paziente in questi momenti difficili, "prenderse cura" è uno dei compiti più alti di chi "pratica la medicina". Per esserne all'altezza è necessario far crescere dentro ognuno di noi una sensibilità che ci faccia conoscere l'uomo nella sua interezza, conoscenza dalla quale nasce una concreta responsabilità del medico, non solo come scienziato, ma come uomo nei confronti di quegli altri uomini concreti che sono i suoi pazienti. Sono queste, in sintesi, le considerazioni dalle quali siamo partiti nell'ipotizzare prima e nel creare poi, la Scuola di etica che, grazie all'attività del suo comitato scientifico, anche quest'anno offre a tutti gli iscritti all'Ordine che ne fossero interessati, una serie di iniziative formative specifiche, accreditate presso la Federazione Nazionale.

Il 24 maggio scorso si è svolto il convegno: "Etica della comunicazione in sanità. Medicina digitale ed etica dell'informazione" al quale hanno partecipato circa cento colleghi e relatori di grande livello (prof.ssa Maria Giovanna Ruberto, dott. Aldo Pagni, dott. Eugenio Santoro, dott. Francesco Galofaro). Argomento trattato, la rivoluzione informatica che da alcuni anni ha modificato il vivere quotidiano di tutti noi e che non ha risparmiato un fondamentale aspetto della professione medica: il rapporto medico-paziente che da relazione duale e confidenziale tra due persone ha visto l'intromissione di altri attori e in particolare della "intelligenza collettiva" della rete informatica. I condizionamenti e le modifiche che questa ha determinato sulle modalità dell'essere medico nell'era della "sanità 2.0" sono stati l'oggetto di un approfondimento che ha messo in evidenza modalità nuove di relazione. In particolare sono stati sottolineati gli aspetti etici e deontologici di questo nuovo corso. Il prossimo 19 settembre

inizierà il terzo Corso di alta specializzazione di etica medica, con un programma molto articolato, suddiviso in cinque moduli settimanali per un totale di quaranta ore di lezione. Il *panel* dei docenti è, anche quest'anno, estremamente ricco con relatori di livello nazionale che garantiranno interesse e successo alla nostra iniziativa. Il programma completo è consultabile sul sito del nostro Ordine. La scuola ha ricevuto il Patrocinio della Federazione Nazionale degli Ordini e richiesto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica. Sono stati concessi per ogni modulo 9,5 crediti ECM per un totale di 47,5 per chi frequentasse i cinque incontri. Contiamo che molti dei colleghi che ci leggono siano interessati e si iscrivano al corso. Un particolare invito lo rivolgiamo a quei giovani colleghi che sono all'inizio della loro esperienza professionale e che stanno affrontando le sfide che l'essere medico oggi, in questi particolari contesti sociali, pone, convinti che la riflessione che proponiamo possa contribuire alla loro crescita.

## QUINTA GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA



Il 12 aprile scorso - aperta dal saluto del dott. Roberto Berardi, presidente di *Convention Bureau Riviera di Rimini* - si è celebrata, nella sala Arengo del Palacongressi, la Giornata del Medico e Odontoiatra, giunta alla sua quinta edizione: un appuntamento che possiamo ormai considerare tradizionale nella vita del nostro Ordine e che ha l'obiettivo, come ha ricordato il presidente dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Rimini dott. Maurizio Grossi, di rinsaldare il rapporto fra i professionisti della salute e la comunità in cui essi svolgono la propria opera.

Alle parole del Presidente hanno fatto seguito il saluto di don Giuseppe Arcangeli, cappellano dell'ospedale di Rimini, in rappresentanza del Vescovo e del dott. Giuseppe Mario Puzzo, rappresentante del Prefetto.

La senatrice professoressa Elena Cattaneo, scienziata di fama internazionale, impegnata nella ricerca farmacologica sulle malattie neurodegenerative, ha tenuto un'appassionata e coinvol-



gente *lectio magistralis* su *Etica della ricerca scientifica*, in cui oltre a raccontare alcuni passaggi del proprio percorso umano e scientifico, non ha mancato di esprimere posizioni "forti" come la necessità di rivendicare la dignità dello studio in tutte le discipline del sapere, indipendentemente dalle possibilità applicative più o meno immediate; una condanna decisa del metodo Stamina, definito un "esempio di *degraggiamento deontologico*"; l'impossibilità, per modelli elaborati al computer, di sostituire la sperimentazione animale.

Dopo questi interventi la giornata ha vissuto la parte più strettamente "ordinistica", con la cerimonia del giuramento dei neo-iscritti all'Albo



Prof.ssa Elena Cattaneo



Dott. Federico Foschi



Dott.ssa Arianna Capra



Dott. Alberto Perari



Dott. Roberto Santangelo



Dott. Giovanni Basenghi



Dott. Pier Giorgio Benzi

(36 medici e 11 odontoiatri) e la consegna delle medaglie dell'Ordine ai colleghi che hanno raggiunto i 50, 60 e 65 anni di laurea. Il giuramento è stato pronunciato dai due rappresentanti più giovani: il dott. Federico Foschi, medico-chirurgo e la dott.ssa Arianna Capra, odontoiatra. Le medaglie sono state attribuite, per i 50 anni di laurea, ai dottori Giovanni Basenghi, Pier Giorgio Benzi, Gabriele Dasi, Leonardo Pellegrino, Alberto Perari (rappresentato dal figlio Andrea), Roberto Santangelo. Il traguardo dei 50 anni è stato raggiunto anche da Giovanni Crociati e



Dott. Amedeo Brici



Dott. Gabriele Dasi



Dott. Leonardo Pellegrino



Sig.ra Nicoletta Para per Dott. Giorgio Renzi



Dott. Guido Feliciangeli

Gualtiero Macchini che non hanno potuto essere presenti alla cerimonia. Per i 60 anni sono stati premiati Amedeo Brici e Giorgio Renzi (rappresentato dalla nuora sig.ra Nicoletta Para). Infine hanno ricevuto la medaglia per i 65 anni di laurea i colleghi Giudo Feliciangeli, Giorgio Lolli, Giancarlo Zaoli. In segno di gratitudine per aver accettato l'invito, è stata consegnata una medaglia dell'Ordine anche alla prof.ssa Elena Cattaneo.

Mauro Giovanardi



# Sanità locale

## A VOLTE BASTA UN... CLICK!



di Balsam Mustapha

*Click... click, non va!*

“Riprova un po’... vedi..? Ecco si sta sbloccando, dai, oggi ti è andata bene buon lavoro!”

“Fa spesso così, dopo un po’ di *click!*, *click!* e ancora *click!* poi comincia ad andare e non lo fa più.

Guarda alcune volte son dolori, di prima mattina poi, non capisci perché si blocca e non puoi fare più niente. Poi con santa pazienza ti metti lì, ci provi più volte ed ecco che si sblocca, ma non si può andare avanti così...”

Quante volte abbiamo sentito queste parole, per non parlare delle imprecazioni varie che le accompagnano e di cui siamo particolarmente dotti.

“Dottoreee! SI È BLOCCATO DI NUOVO, non c’è la faccio più... ma secondo lei perché fa così.”

Aspetti che l’aiuto, faccia vedere..., proviamo di nuovo...sembra che non ne voglia sapere, vada giù col dito, bene adesso apra,”

**CLICK!!!**

“AAAAHH! Che dolore...”

*Mia cara signora il suo è un dito a scatto e se non lo cura si blocca.*

*La soluzione è in mano al chirurgo che con il bisturi lo sblocca.*

*Ma per fare questa magia*

*Servirà una ecografia.*



# Cronaca e attualità



di Annalisa Amadori

## I PATITI DEL TATUAGGIO

L'etimologia di "tatuaggio" risale al termine polinesiano "tatau", onomatopeico per evocare il rumore dello stilo che, picchiando sulla pelle, vi disegna una figura. La raffigurazione è l'elemento centrale per l'esperienza del tatuaggio, come un marchio inciso a permanenza sul corpo e capace di evocare il momento di una scelta, più spesso di un corto circuito del pensiero. Il tatuaggio è incisione, di solito stabile, destinata a sostituire un percorso della pensabilità e a rendersi esposta, in modo tangibile, sulla superficie corporea.

Se, infatti, è consuetudine, presente tra le popolazioni del Pacifico, di raffigurare sulla pelle i segni dell'appartenenza a un gruppo o a una popolazione, di svelare attitudini connesse col coraggio e con la forza, sorta di distintivo immediatamente percepibile di uno status, la cultura occidentale ha elaborato altri modelli, altri significati per il tatuaggio. Quasi inaccessibili al pubblico fino alla fine degli anni 70 in Italia, i tatuaggi avevano conosciuto cattiva fama, a causa della teorizzazione condotta da Cesare Lombroso (1835-1909), che, nella sua opera fondamentale, edita nel 1876, esponeva, secondo una concezione materialista dell'uomo, il problema della "degenerazione" nel criminale. L'impiego del tatuaggio nel delinquente diveniva, secondo Lombroso, una caratteristica sistematica, capace di illustrare l'attitudine del soggetto a commettere reati e soprattutto a identificarsi entro una categoria antropologica deteriorata. Il tatuaggio, come raffigurazione stabile, entrava nella composizione identitaria dell'individuo, con la pretesa di offrire il segno di un percorso esistenziale non sempre condiviso dal gruppo sociale.

Secondo l'espressione di altre forme di esclusività, l'impiego del tatuaggio incontrò favore presso alcune confraternite religiose (soprattutto nel santuario di Loreto), che concedevano ai fedeli di recare indelebilmente sul corpo immagini, eseguite dai frati, capaci di mostrarsi segno della fede spirituale o di un amore proiettato nell'eternità.

Il tatuaggio è oggi destinato, per sua natura, a trattenere qualcosa, a rendere indelebile uno stato d'animo, a segnalare in modo stabile date ed eventi esistenziali. Esprime, dunque, la necessità di raffigurare tangibilmente un pensiero o un'emozione, che vengono, in tal modo, sottratti all'area esclusiva della mente ed esposti alla visibilità esterna. Direi che il tatuaggio finisce per collocarsi in posizione antitetica, nel soggetto, rispetto alla sua capacità di introiettare, di situare, cioè, entro il proprio mondo interno un senso elaborabile per le emozioni.

Colpisce come il fine di un decorativismo accentuato entri talvolta nella composizione del tatuaggio, col fine di indicare, forse di accentuare, il senso di una bellezza che si cerca di fissare sulla cute e di trattenere all'infinito. Questo accade quando esiste un difficile accesso alla rappresentazione della bellezza interna, che, per questo, finisce per essere trasposta all'esterno. Inoltre, la sensibilità del soggetto, non sorretto da un'adeguata protezione dagli stimoli eccessivamente intrusivi, può spingerlo, soprattutto durante l'adolescenza, a impiegare la cute come luogo della scarica emozionale, dell'incisione, del taglio, in una ricerca di sensazioni destinate ad "andare oltre... come a trovare un ultimo, sofferto limite." Un elemento significativo, durante il processo di tatuatura, è quello della percezione del dolore; questo viene riferito dai soggetti come un momento importante e quasi rituale del processo, vissuto talora con compiacimento. Una possibile interpretazione del fenomeno è quella della circoscrizione della sofferenza entro un'area definita, cosa che la

sottrae alla sua diffusione incontrollata a livello psichico. In molti casi, il tatuaggio diviene un elemento unificante, capace di rendere omologabili tra loro i soggetti e di creare lo spazio per comportamenti imitativi. È questo talvolta un fenomeno di massa, inteso come rassicurante appartenenza a una comunità di simili, che sollecita attenzione diffusa alla valenza dei significati comunicativi presenti nella raffigurabilità esteriore del pensiero. Un difetto di simbolizzazione è presente, dunque, tra i patiti del tatuaggio, palese soprattutto quando il corpo sia assunto come sede principale per la rappresentazione di pensieri che, non elaborati, vengono direttamente espressi in un modo massicciamente invasivo sul piano sia dell'immagine corporea sia della sua percezione. Nell'epoca in cui la fruizione delle informazioni si è resa immediata, i processi percettivi hanno preso il posto di modalità del pensiero più complesse e dilazionate.

La modificazione della superficie del corpo, il suo impiego come spazio passivo della descrizione e non della relazione attiva diretta verso l'altro: questa la posizione dei patiti del tatuaggio, che affidano a una lettura storicizzata, incisa sulla pelle, il senso del vissuto personale, che altrimenti resterebbe iscritto entro il soma in modo percettivamente non immediato, ma destinato a svelarsi attraverso gli strumenti della relazione interpersonale e della comunicazione psicologica soggettiva. La vicenda degli affetti e degli eventi viene incisa sulla pelle, sorta di pietrificazione della memoria, non più affidata all'interiorità, ma resa elemento tangibile per paura di perderla.



di Gian Maria Catrani

## I PENTITI DEL TATUAGGIO

Il tatuaggio è una tecnica di decorazione corporale dell'uomo, tradizionalmente destinata a durare permanentemente, anche se in tempi recenti viene eseguita anche con tecniche che realizzano decorazioni temporanee (vedi tecniche che impiegano coloranti vegetali riassorbibili o l'hennè). La pratica di decorare la pelle in maniera permanente con tecnologie varie, si perde nella notte dei tempi. L'uomo di Similaun (Otzi, datato 5000 anni) trovato mummificato qualche anno fa in un ghiacciaio delle Alpi, al confine con l'Austria, è considerato il primo essere umano tatuato che si conosca per i numerosi tatuaggi presenti sul dorso eseguiti con la fuligine. La pratica dei tatuaggi, eseguiti per motivi sociali e antropologici vari, non è riconducibile a un unico popolo o a un'unica area geografica, essendo presente tra popolazioni lontane e senza alcun contatto tra loro. Alla fine dell'Ottocento il tatuaggio si trasformò in moda, coinvolgendo i ceti sociali più alti e snob. Churchill e Stalin erano tatuati, il primo aveva un'ancora sul braccio, il secondo un teschio. Nei recenti decenni la pratica del tatuaggio è stata riscoperta ed è divenuta di gran moda, specie tra i giovani.

Per la realizzazione di un tatuaggio professionale i colori impiegati sono costituiti da pigmenti organici e inorganici, prevalentemente da sali minerali che vengono mescolati in varia misura per ottenere differenti sfumature. In qualunque tipo di tatuaggio le particelle di colore che vengono iniettate nella cute (selettivamente nel derma) hanno dimensioni maggiori dei macrofagi, le cellule di difesa immunitaria, che non riescono quindi a inglobarle e a eliminarle a causa delle dimensioni. Il risultato di tale tecnica è una decorazione cutanea permanente nel tempo, anche se con il passare degli anni il colore del tatuaggio, per il lento drenaggio linfatico, viene in parte eliminato e in parte sbiadisce. La pratica del tatuaggio è assai diffusa attualmente in tutti i ceti sociali, ma non sempre purtroppo è eseguita nel rispetto delle regole professionali e della normativa. Malgrado la notevole diffusione e la scarsa igiene spesso imperante, le reazioni avverse e gli effetti collaterali sono abbastanza rari e, fortunatamente, spesso di lieve entità. I tatuatori spesso trascurano, oltre la normativa vigente, quasi sempre la storia del paziente, ignorando i precedenti clinici come infezioni virali in atto (verruche, herpes, epatiti, HIV), la tendenza costituzionale del soggetto a cicatrizzare in maniera anomala, terapie anticoagulanti, malattie sistemi-



che come il diabete.

Gli effetti collaterali, che possono manifestarsi precocemente o dopo molti anni, comprendono più frequentemente:

- 1 cheloidi, anche dopo anni
- 2 reazioni granulomatose da corpo estraneo che si manifestano anche dopo anni
- 3 allergie da contatto ai coloranti
- 4 reazioni da fotosensibilizzazione dopo esposizione al sole
- 5 infezioni batteriche, micotiche, virali (verruche, molluschi, epatite B e C, HIV).

Spesso si va da un tatuatore a cuor leggero, anche in età giovanissima, senza riflettere a fondo su quello che ci si appresta a fare, non tanto per convinzione quanto per adeguarsi alle mode, per emulazione, spesso alla ricerca di un'identità nell'ambito del branco. Capita quindi con una certa frequenza che arrivi in un secondo tempo, dal dermatologo, il *tatuato pentito* desideroso di cancellare quel marchio permanente sulla pelle che è costretto a indossare per tutta la vita!

I tatuati pentiti del passato si sono rivolti a varie metodiche nell'intento di rimuovere i marchi della pelle che non erano più accettati ed erano diventati un fastidio permanente. Le tecniche di rimozione utilizzate, prima dell'avvento della Laserchirurgia selettiva, sono sfociate in gravi insuccessi perché tutte si basavano su metodologie invasive per permettere al pigmento di venire espulso; quindi era inevitabile un esito cicatriziale più o meno

evidente. Tali tecniche, definite tradizionali, comprendono tecniche chirurgiche, chimiche e metodi fisici.

In dettaglio:

tecniche chirurgiche: escissione, dermoabrasione con carta vetrata, con fresa, salabrasione;

tecniche chimiche: utilizzano sostanze caustiche come acido tannico, salicilico, tricloroacetico, nitrico, fenolo, cloruro di zinco;

metodi fisici: crioterapia (neve carbonica, azoto liquido), elettrocoagulazione, Laser CO2.

Tutte le tecniche finora esaminate si basano sulla distruzione più o meno raffinata del tessuto che contiene pigmento, nella speranza che venga asportato o espulso: ciò comporta dei rischi notevoli di complicanze cicatriziali ed esiti pigmentari di varia entità. Tali tecniche ultimamente sono ormai quasi totalmente abbandonate in considerazione dei risultati troppo spesso negativi riportati e sono state soppiantate dalla tecnica dei Laser. L'avvento di tale tecnologia, pur non rappresentando la soluzione definitiva al problema, ha fatto compiere un enorme passo avanti alla pratica della rimozione del tatuaggio con risultati molto soddisfacenti.



Il Laser, acronimo di **Light amplification by stimulated emission of radiation** (amplificazione della luce grazie a un'emissione stimolata di radiazioni) dopo la sua scoperta negli anni 60, è stato largamente utilizzato in vari campi, compreso quello medico. Il fenomeno che è alla base delle applicazioni Laser in medicina-chirurgia è la conversione dell'energia elettromagnetica in calore, in grado di coagulare, vaporizzare e ablatore. In passato si è utilizzata l'energia calorica-coagulativa del Laser CO2 chirurgico per rimuovere le particelle del tatuaggio annidate nel derma superficiale della cute con il risultato di coinvolgere e mortificare non solo le particelle di pigmento, ma anche le strutture circostanti con esiti cicatriziali e pigmentari antiestetici, vanificando così lo scopo prefisso. Dobbiamo agli studi successivi di Anderson e Parrish l'introduzione in campo medico-dermatologico di apparecchiature Laser mirate alla rimozione delle particelle di pigmento annidate nel derma con rispetto dei tessuti circostanti. I due ricercatori partirono dal concetto che nella rimozione dei tatuaggi è necessario disporre di un Laser che invece di produrre un'emissione continua di radiazioni di una data lunghezza d'onda come nei Laser tradizionali, produca brevi impulsi di intensità elevata (*Q-switched laser*). Per farlo occorre che la durata dell'impulso sia brevissimo, dell'ordine di nanosecondi, perché il bersaglio deve essere colpito in una frazione di tempo talmente breve da non avere la possibilità di disperdere il calore e quindi di danneggiare i tessuti vicini: il raggio Laser deve colpire e distruggere le particelle di colore senza creare danni ai tessuti circostanti, operare cioè una fototermolisi selettiva. L'emissione luminosa di alta energia deve frantumare le particelle di inchiostro del tatuaggio

in particelle molto più piccole che finalmente possano essere eliminate dai macrofagi, in parte vaporizzate e disperse attraverso l'epidermide, in parte modificate chimicamente e rese invisibili.

Prima di accingersi a rimuovere un tatuaggio è importante un'attenta valutazione delle sue caratteristiche (utilizzando, se disponibile, anche il microscopio Laser confocale) tenendo presenti alcuni parametri:

- quantità e qualità dei colori
- profondità del pigmento
- tempo in cui il tatuaggio è stato eseguito.

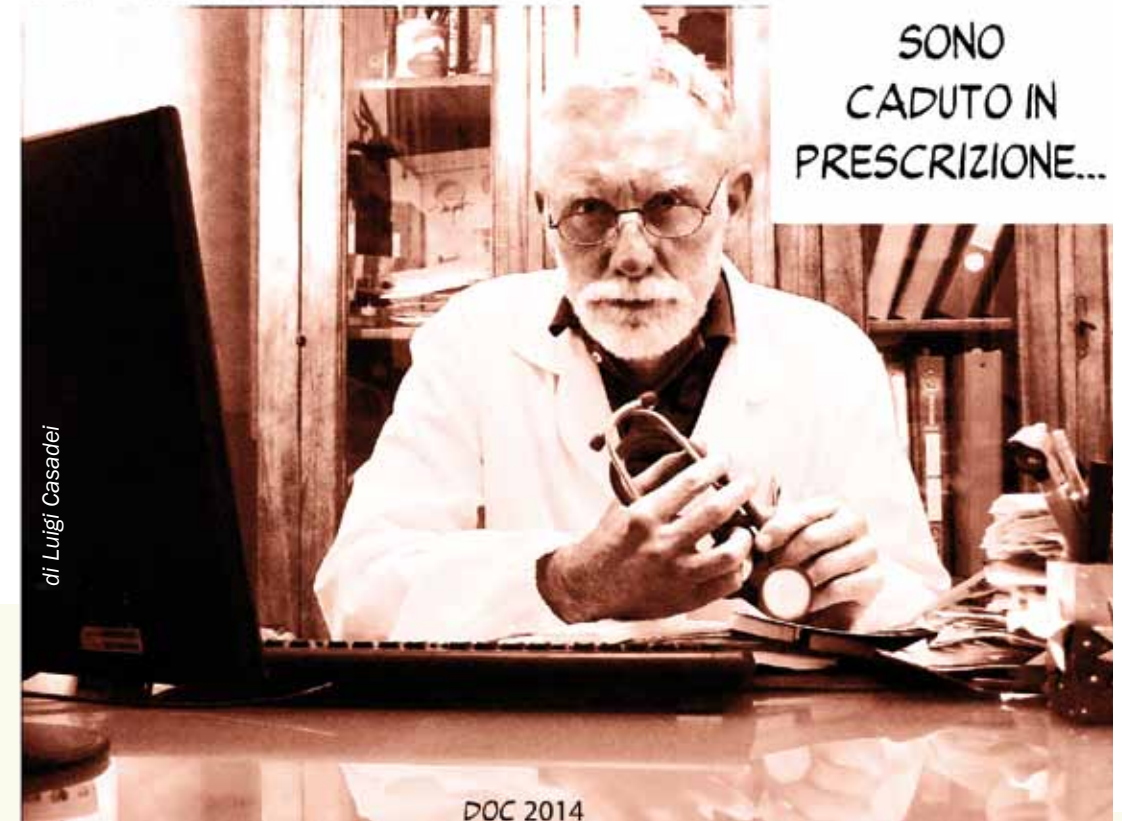
Ogni particella colorata (cromoforo) assorbe una determinata lunghezza d'onda della luce Laser. Pertanto l'esatta conoscenza delle capacità di assorbimento delle lunghezze d'onda da parte dei pigmenti del tatuaggio è essenziale per ottimizzare un corretto trattamento scegliendo i Laser specifici, cioè operativi con la lunghezza d'onda che viene altamente assorbita dal cromoforo in questione. Un tatuaggio praticato in profondità è più difficile da rimuovere. Inoltre un tatuaggio più è vecchio e meno è difficile da togliere. Per trattare tatuaggi di diversi colori occorre pertanto di più di un Laser, onde poter disporre di emissioni di varie lunghezze d'onda attive sui vari colori. Recentemente sono disponibili anche apparecchiature Laser dotate di multiple emissioni di lunghezza d'onda in grado di trattare tatuaggi variamente colorati.

Le sedute per la rimozione dei tatuaggi, utilizzando la tecnologia *Q-Switched Laser*, si tengono a intervalli di alcune settimane perché bisogna dare il tempo ai processi che fanno sparire il *tattoo* di fare il proprio corso. Bisogna poi evitare di esporre al sole la parte trattata per almeno un paio di mesi per evitare la pigmentazione persistente antiestetica da raggi ultravioletti.

# Semiseria...mente

ANCHE OGGI,  
COMPILATE 150 RICETTE...

SONO  
CADUTO IN  
PRESCRIZIONE...



# Medici ma non solo



di Luigi Cappella

## VA A CAMNÈ

*Quent la tristezza la t'ariva mè cor  
dli volti en c'è un mutiv, dli volti ei n'è anca tropp  
sta zitt, sta zitt!  
Arcoi su tutt'i dolor  
portli a camnè sa te,  
tla macchia, tè fium, tè foss, tè stradell*

*Se la nebbia lat'fa veda tutt bui  
elza i'occh par guarda' mè sol  
se i lament di cristien t'un'i support più  
spegn tutt! Ascolta s'no li paroli cuntenti d'la natura  
se li cattiverii, li delusion, i vlen in ti da' pec  
buga la testa dentro la storia di sass  
cammina cammina  
fina a stracat! Tutt moll id sudor!  
Cammina, cammina ancora  
ecch' c'l'ariva è mirècli!  
Ta voja da rida, l'è passet tutt li pauri,  
e t'arcmenz avlè ben ma la vita.*

## VAI A CAMMINARE

Quando la tristezza ti prende l'anima, arriva al cuore a volte senza un motivo, a volte per troppi motivi! Raccogli in silenzio tutto il dolore, portalo a camminare con te nel sentiero, nel torrente, nel bosco, nel fiume.

*Se la nebbia ti copre il futuro  
alza gli occhi per guardare il sole  
se i lamenti degli uomini sono insopportabili  
ascolta soltanto le melodie della natura.  
Se i rancori, i veleni, le nostalgie ti tormentano  
ubriacati... con la storia dei sassi  
cammina, cammina  
fino ad esser stanco, grondante di sudore.  
Cammina, cammina ancora  
ecco che arriva il miracolo!  
Hai voglia di ridere, sono passate tutte le paure  
e ricominci a voler bene alla vita.*

## SENZA PAROLE



San Leo



Bellaria

Fotografie di Marco Grassi

# Storia della medicina



di Stefano De Carolis

## DIABOLO D'UN PLANCO...

Lo storico riminese Carlo Tonini, nella sua *Coltura letteraria e scientifica in Rimini dal secolo XIV ai primordi del XIX* (Rimini 1884), dopo avere sottolineato i meriti culturali e scientifici di Giovanni Bianchi (*alias* Iano Planco) lo definisce pieno «di vanagloria e jattanza, e [...] non esente dai bassi affetti dell'invidia, e sprezzatore per conseguenza dell'altrui merito», tanto da godere delle non sempre misurate polemiche in cui spesso restava coinvolto.

Nello sterminato fondo manoscritto di Planco, raccolto dal canonico Zefirino Gambetti nel XIX secolo e ora conservato in Gambalunghiana, esiste un fascicolo che contiene numerosi sonetti e lettere anonime indirizzati al Bianchi. Non deve stupire che un caratteraccio come quello di Planco – oltre che il plauso e la stima di numerosi medici ed eruditi di tutta Europa – si attirasse l'antipatia e l'invidia di altrettante persone; un po' più singolari appaiono la meticolosità e l'apparente distacco con cui il medico riminese ha conservato questi documenti, datandoli in modo scrupoloso e talvolta commentandoli con brevi e taglienti giudizi in latino. Evidentemente (e parafrasando un celebre motto malatestiano) si sentiva superiore a queste zanzare che non potevano in alcun modo pungerne la presunta grandezza...

Nel 1768 Giovanni Bianchi pubblica la *Breve storia ragionata de' mali, che afflissero l'Eminentissimo Sig. Cardinale Enea Silvio Piccolomini Legato di Romagna*, nella quale si difende dalle accuse di non aver curato adeguatamente l'illustre prelado, morto improvvisamente per uno scompenso cardiaco. Un'eco di tali insinuazioni si trova in un anonimo sonetto della raccolta che recita: «Per salvar dalla Febbre Romagnola / il nostro bravo Cardinal Legato / un medico ignorante, e disgraziato / la China China gli ordinò per gola; / ma il Farmaco vital, ch'altri consola, / in Lui trovando il petto rovinato, / si crudelmente gli restringe il fiato, / che lo fece morir senza parola. / Seppe il Padre Esculapio un cotal Fallo, / onde gridò da' Seggi Dottorali: / Vieni tosto da me pezzo di Mallo. / Ma gli calò sì fiera indignazione, / poiché, mirandol fisso con gl'occhiali, / Or so, disse chi sei: sei un C...». I puntini di sospensione sono dell'autore del sonetto, ma l'epiteto può essere facilmente sciolto utilizzando la rima: epiteto che – guardandolo con severità attraverso improbabili lenti – un anacronistico e irritato dio della medicina rivolge al povero Planco dopo averlo convocato al suo cospetto.

Un fascicolo nel fascicolo contiene invece le «lettere cieche [cioè anonime] al Dottor Giovanni Bianchi». Una di queste, scritta a Bologna il 10 maggio 1755, tratteggia in maniera efficace il carattere di Planco: «Caro Signor Dottore, [...] voi avete una lingua da tanaglie, e non vi vergognate di mettere tuttora alle stampe delle vostre coglionerie. Ma non sapete voi che le vostre coglionerie sono già a tutti note, sicché niuno, che abbi giudizio vi pone mente? Orsù vi parlo per bene. Se siete buon

cristiano, come molto ne dubito, lasciate vivere in pace il vostro prossimo, e servitevi di quell'ingegno, che Dio vi ha dato, in salute, e in profitto del prossimo, e non in offenderlo come tuttora fate. Mi dispiace che toccate solamente i poveri galantuomini, e gl'altri, che più meriterebbero, li lasciate stare; segno evidente che voi siete un gran briccone, e malnato. Sappiate però, che vi siete acquistato in Bologna la taccia di pazzo, e di insolente, e chi vi nomina, giustamente pare che nomini il Diavolo. [...] Via imparate ad aver giudizio hora che siete vecchio, e becco perché già voi stesso vi fate dipingere colle corna, segno o che già sicuramente le avete, o se no, almeno meritareste d'averle». Più che a improbabili relazioni coniugali (il Bianchi non si sposò mai) l'epiteto di cornuto si riferisce alla medaglia – fusa nel 1745 per celebrare la ricostituzione dell'Accademia dei Lincei – nella quale il medico riminese è raffigurato con un'ammonite (detta anche «corno d'Ammonite») sopra l'orecchio sinistro, in omaggio ai suoi studi sulle conchiglie dell'Adriatico. Un «corno» simile ricomparirà nel ritratto inciso a Venezia dal Giampiccoli (1765) e nel bassorilievo che corona il cenotafio di Planco nella chiesa riminese di Sant'Agostino (1777?).

Non è però sempre il Bianchi il bersaglio diretto delle lettere anonime. Il 30 novembre 1757 riceve da Verucchio una missiva (firmata «*nota manus*») nella quale lo si invita – in qualità di «fautore» (cioè raccomandante) – a meglio istruire un certo «dottorino Feletti, chiamato il Chiocarino», affinché egli possa «conoscere, e distinguere le donne idropiche dalle gravide mentre ne' [...] mesi trascorsi, ha preteso di medicare per idropica una Puttana fino all'ottavo mese terminato della gravidanza, ed

accortosi della sua somaraggine si è voltato a far memoriali». Si tratta del comacchiese Giambattista Feletti (o Felletti), di cui esistono 37 lettere nell'epistolario del Bianchi (appartenente allo stesso fondo Gambetti). Il Feletti, che si dichiara allievo di Dionigi Andrea Sancassani (1659-1738) e del di lui figlio Francesco Filippo, era medico (condotto?) a Verucchio nel sesto decennio del XVIII secolo; forse non doveva essere così «somaro» se a Planco – cui scrive per la prima volta il 9 dicembre 1743, dichiarando il proprio «alto rispetto, e distintissima stima, che meritevolmente debbesi al suo [...] incomparabile valore» – chiede continuamente libri di medicina e consigli professionali.

L'11 maggio 1773 «colla Posta di Lombardia» Giovanni Bianchi riceve l'ennesima lettera anonima in cui si biasima uno sconosciuto e «sceleratissimo libriccio sopra le ideate innumerevoli virtù della polvere purgativa», stampato a Bologna coi tipi di «Gaspere de Franceschi alla Colomba». Non è chiaro il rapporto del medico riminese con il «libriccio» in questione (l'ultima sua pubblicazione di argomento medico è infatti la già citata *Breve storia ragionata* del 1768); l'anonimo autore conclude tuttavia la lettera con questi versi: «Pensate a ben muorir Bianchi mio caro: / decrepito voi siete, ed in peccato / se si muor, dove vassi? / Ogn'un lo sa, si va senza riparo / a straziar nel regno di Plutone: / chi a tanto mal pria di muorir non pensa, / è un uom di senno privo, ed è un C...».

A parte il solito insulto conclusivo, non è la prima volta che Planco (nel 1773 già ottantenne) riceve lettere o componimenti poetici che gli augurano la morte: attenderà però ancora più di due anni prima di dare soddisfazione ai suoi detrattori...

# Recensioni



**CURARSI CON I LIBRI.**  
Rimedi letterari  
per ogni malanno.  
Ella Berthoud  
e Susan Elderkin.  
Edizioni Sellerio



**MAI STATI MEGLIO.**  
Guarire da ogni malanno con la storia.  
Lia Celi e Andrea Santangelo.  
Edizioni UTET

## LETTERATURA E STORIA: ANTIBIOTICI A COSTO ZERO

*Curarsi con i libri* e *Mai stati meglio* sono due manuali pratici che affrontano in maniera ben poco tecnica alcune delle patologie più diffuse e propongono come coadiuvanti la lettura di romanzi il primo, lo studio della storia il secondo. A detta degli autori si possono avere effetti positivi perché si incide *in primis* sull'atteggiamento psicologico del paziente che precede in genere anche quello sintomatico. Vale la pena di ricordare, in proposito, il noto aforisma secondo cui non c'è alcuna malattia che non sia psicosomatica.

Per potenziare l'effetto della storioterapia, Lia Celi e Andrea Santangelo, autori di *Mai stati meglio*, si avvalgono anche dell'umorismo, ritenuto principio attivo indispensabile della cura. In *Curarsi coi libri*, di Ella Berthoud e Susan Elderkin, si trovano invece, per ogni malanno, i rimedi letterari come celebrazione del potere curativo della letteratura di ogni tempo e paese. Ecco quindi due breviari utili per la gastrite o l'emicrania, per il mal d'amore o i reumatismi, per lo stress o la malinconia, per la menopausa o i disturbi sessuali, per una piacevole lettura magari sullo sdraio, o da tenere per consultazione sulla scrivania dell'ambulatorio, né più né meno come il manuale di medicina di Harrison o quello di terapia medica di Bartoccioni.

Gianni Morolli

## LO SPORTELLO DEL CITTADINO SU IL GIORNALE DELLA PREVIDENZA



L'attività dello Sportello del cittadino, di cui abbiamo dato conto nello scorso numero del Notiziario, si è guadagnata l'attenzione del *Giornale della Previdenza*, il periodico dell'ENPAM, che nel numero 4-2014, nella rubrica curata da Laura Petri (*Dall'Italia. Storie di Medici e Odontoiatri* - pag 60), ha riportato le dichiarazioni del responsabile dello Sportello, dott. Carmelo Palmieri, sugli obiettivi e le finalità per cui esso è stato istituito – “ribadire la centralità del rapporto medico-paziente, ma anche per riaffermare il ruolo dell'Ordine di garante dei camici bianchi” – e sulla quantità e tipologia degli interventi – “una cinquantina i casi registrati tra mail e accessi diretti... su conflittualità spesso originate da incomprensioni o mancanza di conoscenze delle norme che regolano la medicina convenzionata”.

Un'attenzione che conferma la validità dell'iniziativa.

Mauro Giovanardi

# Corsi, convegni, congressi, attività culturali

## III CORSO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DI ETICA MEDICA



**FNOmCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Richiesto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica

Nella primavera di questo anno, dopo mesi di approfondita riflessione, è stato approvato e ufficialmente presentato dalla Federazione Nazionale degli Ordini il nuovo codice di deontologia medica. Sarà questa l'occasione per la sua presentazione alla comunità medica locale attraverso l'intero programma del terzo Corso di alta specializzazione, che già come gli anni precedenti, trova appunto la sua ispirazione nei diversi articoli del codice, affrontando quindi i principali temi etici che costituiscono il cuore del dibattito che viene sviluppato all'interno della professione e più in generale all'interno della realtà sociale del nostro paese. L'indispensabile integrazione delle diverse culture, sempre più massicciamente presenti nella nostra società, richiede, come punto di partenza, il riconoscimento e la riscoperta delle singole identità. La Scuola si propone con questa iniziativa di far acquisire ai partecipanti la consapevolezza delle radici della loro identità culturale e professionale stimolando, sui temi prescelti, riflessione e approfondimento grazie alle relazioni e alle testimonianze di prestigiosi e competenti docenti noti per aver dedicato tempo e passione allo studio dell'etica. Contiamo che questa esperienza impatterà positivamente sui comportamenti deontologici dei partecipanti.

Il corso prevede un numero chiuso di 40 iscritti.

Il programma si articola in cinque sessioni con lezioni frontali e momenti seminariali di approfondimento 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 attraverso la Federazione Nazionale. Il budget complessivo di crediti previsti è di 47,5.

### SEDE DEL CORSO

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

### SEGRETERIA SCIENTIFICA

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

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

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

## Programma

### Mod.1 IL CODICE DEONTOLOGICO

**Venerdì 19 settembre 2014**

Ore 15.00 - 15.15 Saluto del Presidente dell'Ordine  
*Maurizio Grossi*

Ore 15.15 - 15.45 Introduzione e obiettivi del corso  
*Massimo Montesi*

Ore 15.45 - 16.45 Etica e Deontologia medica - *Sara Patuzzo*

Ore 16.45 - 17.00 Pausa lavori

Ore 17.00 - 18.00 Storia del Codice di deontologia medica  
*Sara Patuzzo*

Ore 18.00 - 19.00 Discussione

**Sabato 20 settembre 2014**

Ore 09.00 - 10.00 Principi ispiratori - *Maurizio Grossi*

Ore 10.00 - 11.00 Presentazione del nuovo codice  
*Amedeo Bianco*

Ore 11.00 - 11.15 Pausa lavori

Ore 11.15 - 12.15 Valenza giuridica del codice - *Gianfrancesco Iadecola*

Ore 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM

### Mod.2 LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

**Venerdì 17 ottobre 2014**

Ore 14.30 - 15.45 Proiezione del film "Un medico, un uomo" di Randa Haines

Ore 15.45 - 18.15 L'esperienza di malattia  
*Maria Giovanna Ruberto e Antonio Polselli*

Ore 18.15 - 19.15 Discussione

**Sabato 18 ottobre 2014**

Ore 09.00 - 09.45 La relazione medico-paziente "terapia" fondamentale - *Stefano Vitali*

Ore 09.45 - 10.30 La relazione medico-paziente - *Elena Nave*

Ore 10.30 - 10.45 Pausa lavori

Ore 10.45 - 11.30 La relazione come strumento di cura  
*Maria Antonella Arras e Aldo Pagni*

Ore 11.30 - 12.15 La relazione come strumento di cura  
*Maria Antonella Arras e Aldo Pagni*

Ore 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM

### Mod.3 SANITÀ ED ECONOMIA

**Venerdì 24 ottobre 2014**

Ore 15.00 - 16.00 Etica ed economia sanitaria - *Roberto Lala*

Ore 16.00 - 17.00 Etica della sperimentazione - *Mario Nereo Marzaloni*

Ore 17.00 - 17.15 Pausa lavori

Ore 17.15 - 18.15 Aspetti etici della prescrizione medica  
*Domenico Motola*

Ore 18.15 - 19.15 Discussione

**Sabato 25 ottobre 2014**

Ore 09.00 - 10.00 Conflitto di interessi in sanità - *Alice Fabbri*

Ore 10.00 - 11.00 *Guido Giustetto-Giovanni Peronato*  
Conflitto di interessi in sanità - *Alice Fabbri*  
*Guido Giustetto-Giovanni Peronato*

Ore 11.00 - 11.15 Pausa lavori

Ore 11.15 - 12.15 Alla ricerca di una nuova cornice etica per la medicina del futuro - *Maurizio Benato*

Ore 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM

### Mod.4 LA COMUNICAZIONE

**Venerdì 14 novembre 2014**

Ore 15.00 - 16.00 La comunicazione in sanità - *Giovanni Bonadonna*

Ore 16.00 - 17.00 Il consenso informato: dal familismo all'alleanza - *Giuseppe Venturini*

Ore 17.00 - 17.15 Pausa lavori

Ore 17.15 - 18.15 Dichiarazioni anticipate di trattamento  
*Paolo Marchionni*

Ore 18.15 - 19.15 Discussione

**Sabato 15 novembre 2014**

Ore 09.00 - 10.00 Principi di biodiritto: il caso della fecondazione eterologa - *Andrea Morrone*

Ore 10.00 - 11.00 Il consenso informato: comunicazione e scelta, principi di biodiritto  
*Carlo Casonato*

Ore 11.00 - 11.15 Pausa lavori

Ore 11.15 - 12.15 Responsabilità medica - *Mario Picozzi*

Ore 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM

### Mod.5 ETICA E TERAPIA

**Venerdì 28 novembre 2014**

Ore 15.00 - 16.00 Biomedicina, Medicine Non Convenzionali e Medicina Centrata sulla Persona  
*Paolo Roberti di Sarsina*

Ore 16.00 - 17.00 Etica della cura e differenze di genere - *Annarita Frullini*

Ore 17.00 - 17.15 Pausa lavori

Ore 17.15 - 18.15 Etica donazione di organi e trapianto  
*Vito Nicola Gaudiano*

Ore 18.15 - 19.15 Discussione

**Sabato 29 novembre 2014**

Ore 09.00 - 10.00 Aspetti giuridici di inizio e fine vita - *Michele Sesta*

Ore 10.00 - 11.00 Etiche di fine vita - *Giovanni Fornero*

Ore 10.30 - 10.45 Pausa lavori

Ore 10.45 - 12.15 Etica di inizio e fine vita  
*Chiara Mantovani*

Ore 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM e chiusura del corso  
*Melchisede Bartolomei*

## Docenti

<b>Maria Antonella Arras</b>	Dirigente Medico, studioso di Bioetica
<b>Melchisede Bartolomei</b>	Segretario Scuola di Etica Medica Rimini
<b>Maurizio Benato</b>	Vice Presidente FNOMCeO
<b>Amedeo Bianco</b>	Presidente FNOMCeO
<b>Giovanni Bonadonna</b>	Medico, studioso di Bioetica
<b>Carlo Casonato</b>	Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica, Professore ordinario di Diritto costituzionale comparato, Università di Trento
<b>Alice Fabbri</b>	Medico, Università di Bologna
<b>Giovanni Fornero</b>	Filosofo, studioso di Bioetica
<b>Annarita Frullini</b>	Coordinatrice dell'Osservatorio FNOMCeO professione femminile
<b>Vito Nicola Gaudiano</b>	Segretario Centro Studi e Documentazione della FNOMCeO
<b>Guido Giustetto</b>	Vice Presidente Ordine Medici Torino
<b>Maurizio Grossi</b>	Presidente Ordine Medici Rimini
<b>Gianfrancesco Iadecola</b>	Avvocato, già Magistrato di Cassazione
<b>Roberto Lala</b>	Presidente Ordine Medici Roma
<b>Chiara Mantovani</b>	Medico, perfezionata in Bioetica
<b>Paolo Marchionni</b>	Direttore f.f. UOC Medicina Legale - ASUR - Area Vasta 1 Fano (PU)
<b>Mario Nereo Marzaloni</b>	Past President Comitato Etico Scientifico ASL Rimini
<b>Massimo Montes</b>	Direttore Scuola di Etica Medica Rimini
<b>Andrea Morrone</b>	Professore ordinario di Diritto costituzionale, Facoltà di Giurisprudenza, Università di Bologna
<b>Domenico Motola</b>	Professore aggregato di Farmacologia, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna
<b>Elena Nave</b>	Dottoranda di Ricerca, Cattedra di Bioetica, Università di Torino
<b>Aldo Pagni</b>	Presidente onorario FNOMCeO
<b>Sara Patuzzo</b>	Assegnista di ricerca in Bioetica e Deontologia medica, dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Medicina Legale, Università di Verona; Esperto Consulta Deontologica FNOMCeO
<b>Giovanni Peronato</b>	Reumatologo, libero professionista CEMES
<b>Mario Picozzi</b>	Professore Associato di Medicina Legale Università dell'Insubria Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita Sezione di Medicina Legale
<b>Antonio Polsell</b>	Dirigente Medico DH Oncologico Ospedale Cervesi Cattolica
<b>Paolo Roberti di Sarsina</b>	Associazione per la Medicina Centrata sulla Persona ONLUS-Ente Morale; Osservatorio e Metodi per la Salute, Università di Milano-Bicocca
<b>Maria Giovanna Ruberto</b>	Dipartimento di sanità pubblica, Medicina Sperimentale e Forense Pavia
<b>Michele Sesta</b>	Cattedra di Diritto Privato Università di Bologna, Avvocato patrocinante in Cassazione
<b>Giuseppe Venturini</b>	Professore a c. Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università di Bologna
<b>Stefano Vitali</b>	Responsabile Struttura Accoglienza della Comunità Papa Giovanni XXIII e Presidente della Provincia di Rimini

## I GIOVEDÌ DELL'ORDINE

Rimini, 30 ottobre - 20 novembre 2014

### OSTEOPOROSI E FRATTURE DA FRAGILITÀ, SOLUZIONI MEDICHE E CHIRURGICHE

30 ottobre 2014

Ore 19.30	Dimensione del problema - Andrea Tarroni
Ore 19.55	Indicazioni terapeutiche e gestione del paziente con osteoporosi complicata di fratture da fragilità - Andrea Tarroni
Ore 20.20	Soluzioni mini invasive nel rachide - Giada Ciotta
Ore 20.45	Possibilità particolari in Ortopedia - Giannicola Lucidi
Ore 21.10	Protocollo di gestione Ortopedico-Geriatrica - Beatrice Pula
Ore 21.35	Percorsi interni nella gestione del paziente con fratture di femore e vertebrali G. Lucidi, B. Pula, G. Ciotta e A. Tarroni

### CHIRURGIA LAPAROSCOPICA AVANZATA

20 novembre 2014

Ore 19.30	Introduzione alla chirurgia laparoscopica avanzata. Chirurgia del colon e chirurgia bariatrica - Giovanni Landolfo
Ore 20.10	Chirurgia della colecisti ed epatobiliopancreatica - Nicola Zanini
Ore 20.50	Chirurgia della giunzione esofago gastrica e della parete addominale Marco Giordano
Ore 21.30	Discussione
Ore 22.00	Questionario ECM

#### SEDE DEL CORSO

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini  
Via Flaminia 185/b Rimini - tel. 0541382144 fax 0541382202 info@omceo.rn.it

#### ISCRIZIONE AL CORSO

La partecipazione al corso è gratuita e riservata a n. 70 Medici chirurghi appartenenti alle seguenti discipline: Cardiologia, Chirurgia generale, Continuità assistenziale, Geriatria, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina generale (medici di famiglia), Medicina interna, Medicina trasfusionale, Neuroradiologia, Ortopedia e traumatologia, Radiodiagnostica, Reumatologia.

È obbligatoria la registrazione on-line sul sito [www.sabiwork.it](http://www.sabiwork.it)

#### CREDITI FORMATIVI ECM

In fase di definizione

Si ricorda di: ritirare i materiali ECM; registrare sia l'entrata che l'uscita con la firma nel foglio delle presenze.

Ai fini dell'acquisizione dei crediti formativi è **INDISPENSABILE**:

- la presenza effettiva al 100% della durata complessiva dei lavori  
ATTENZIONE! Si prega di rispettare tale disposizione e di non chiedere deroghe per evitare spiacevoli discussioni

- almeno il 75% delle risposte corrette al questionario di valutazione dell'apprendimento.

Evento n. 102143 ed. 1

**SEGRETERIA SCIENTIFICA:**

Franco Mandolesi

**PROVIDER (id. 773) e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

Via Ospedale Civile, 33 - Padova

Tel. 049/7387069; Fax 049/7387061

E-mail [segreteria@sabiwork.it](mailto:segreteria@sabiwork.it)

[www.sabiwork.it](http://www.sabiwork.it)

## PSICOLOGIA FORENSE MINORILE

**7/8 novembre, 21/22 novembre e 5/6 dicembre 2014**

**c/o Tribunale di Rimini**

Segr. Organizzativa: Associazione Itaca tel. 0541.1573736, [ass.itaca@gmail.com](mailto:ass.itaca@gmail.com)

## NOVITÀ CLINICHE E STRUMENTALI IN AMBITO MEDICO-LEGALE E VECCHI CONCETTI RIVISITATI

**24 e 24 ottobre 2014 - Grand Hotel di Rimini**

Segr. Organizzativa: Studio Algomedica

[algomedica@tin.it](mailto:algomedica@tin.it), [algomedica@gmail.com](mailto:algomedica@gmail.com), [congressialampi@gmail.com](mailto:congressialampi@gmail.com)

## 50° CONGRESSO NAZIONALE SIR E 17° CONGRESSO NAZIONALE CROI

**26/29 novembre 2014 - Palacongressi di Rimini**

Segr. Organizzativa: AIM Group International tel. 02.56601354,

mail: [sir-croi2014@aimgroup.eu](mailto:sir-croi2014@aimgroup.eu)

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

# Ricordando i colleghi

**DOTT. WALTER FRACASSI**  
(24/04/1933 - 28/05/2014)



La mattina del 28 maggio, all'età di 81 anni, ci ha lasciato Walter Fracassi, Medico-Amico, come lui stesso ha deciso di definirsi scrivendolo sul suo manifesto funebre.

Tra i più conosciuti e apprezzati medici di famiglia di Rimini, era veramente un uomo dalle mille risorse capace di stupirti sempre per le sue doti umane e professionali che ha sempre dimostrato in ogni circostanza.

Anche nel momento della morte non ha voluto essere da meno pianificando il suo addio in ogni dettaglio, dal manifesto funebre al santino-ricordo, dai saluti agli amici e parenti lontani, alle raccomandazioni ai suoi pazienti più cari, fino alla richiesta ai familiari di stappare una bottiglia di vino rosso imbottigliata con le sue mani nel 1962 per brindare alla sua dipartita. Era fatto così...

amante della vita e del suo lavoro di medico, che ha sempre svolto con grande passione anche dopo la pensione.

Per lui andare a lavorare significava aprire l'ambulatorio di Via Tripoli già dalle prime ore del mattino, dove riceveva i suoi pazienti in camice e papillon per prestare le cure e l'assistenza del caso o anche solo per ascoltare i loro problemi e le avversità del momento dispensando consigli utili; era sempre disponibile ad andare a domicilio dei pazienti, quando chiamato, a qualsiasi ora del giorno e della notte e spesso erano i pazienti stessi a venire a casa per farsi visitare.

È stato un medico di famiglia "vecchio stampo", per lui infatti prima veniva il paziente e poi la malattia. La sua voglia inesauribile di conoscenza, i suoi studi continui e il suo animo curioso lo portavano ad affrontare comunque ogni situazione con grande sicurezza e professionalità.

Tolto il camice, Walter si dedicava alle sue grandi passioni. Ottimo cacciatore e pescatore, amante della natura e del mare, grande esperto di piante, erbe e funghi, profondo lettore di narrativa di ogni genere, un uomo davvero speciale dall'inguaribile gioia di vivere.

Era inoltre un cuoco eccellente, e nella villa che ha fatto costruire a Francenigo, nel Trevigiano, coltivava la terra sperimentando nuovi tipi di frutta e ortaggi e produceva con le sue mani vino e grappe. Sono state davvero tante le persone tra colleghi, amici e conoscenti che hanno avuto l'onore di sedere alla sua tavola a degustare i suoi piatti sempre molto ricercati e per soddisfare la loro curiosità, qualche anno fa ha pubblicato un libro, che raccoglie cinquant'anni di menu e ricette create da lui, dal titolo: *In padella*.

Io, da "giovane collega", come spesso amava definirmi e tutti coloro che lo hanno conosciuto e gli hanno voluto bene, lo ricorderemo sempre come esempio e maestro di vita.

Fulvio Fracassi

# Variazione agli albi

## DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 31 MARZO 2014

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ANIKINA Inna	di Bellaria-Igea Marina
dott. BATTISTA Massimo	trasferimento da Napoli
dott.ssa GRAZIOLI Barbara	trasferimento da Catanzaro
dott.ssa GROSSI Mariaelena	trasferimento da Bologna
dott.ssa MAESTRI Michela	trasferimento da Parma
dott. ZANINI Nicola	trasferimento da Bologna

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BARTOLOTTI Marco	cessata attività
dott.ssa SEMPRINI Gloria	trasferimento a Bolzano
dott. TORDI Dario	trasferimento a Reggio Emilia

### Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. D'ANIELLO Gennaro	trasferimento a Forlì-Cesena
-------------------------	------------------------------

## DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 5 MAGGIO 2014

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa GENTILE Tamara	trasferimento da Arezzo
-------------------------	-------------------------

### Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa SANCISI Elisa	trasferimento a Bologna
dott.ssa TRAPPOLI Angela	trasferimento a Bologna

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. D'ANIELLO Gennaro	trasferimento a Forlì Cesena
dott.ssa SANCISI Elisa	trasferimento a Bologna
dott.ssa TRAPPOLI Angela	trasferimento a Bologna

### Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa TINARELLI Veronica	di Rimini
-----------------------------	-----------

## DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 16 GIUGNO 2014

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BACCOS Alessandro	trasferimento da Bologna
dott.ssa DELL'OMO Valeria	trasferimento da Bologna
dott.ssa MIMMO Raffaella	trasferimento da Bologna
dott. STROCCHI Enrico	trasferimento da Forlì Cesena

### Nulla Osta al trasferimento:

dott.ssa BIANCHI Guia	trasferimento a Roma
dott.ssa KELLEZI Alba	trasferimento a Bologna
dott. SIGNORINI Lorenzo	trasferimento a Verona

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. FRACASSI Walter	decesso 28/05/2014
-----------------------	--------------------

### Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BAFFONE Davide	di Rimini
----------------------	-----------

### Reiscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. GALLI Tomaso	di Montecolombo
--------------------	-----------------

### Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa KELLEZI Alba	trasferimento a Bologna
-----------------------	-------------------------

## DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 28 LUGLIO 2014

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CARNEVALE Roberto	di Rimini
dott. GAMBERINI Jacopo	di Rimini
dott.ssa GIANNINI Ilaria	di Riccione
dott.ssa MOROLLI Bianca Maria	di Rimini
dott.ssa POPENTA Diana Bianca	di Zalau (Romania)
dott.ssa PRUCCOLI Arianna	di Rimini
dott.ssa ROMANI Laura	di Mondaino
dott.ssa ROVINELLI Francesca	di Cattolica
dott. SURCINELLI Andrea	di Cattolica

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BONETTI Oscar	cessata attività
dott. DANESCU Radu Constantin	cessata attività
dott.ssa DANESCU Rodica Maria	cessata attività
dott. KAKNIS Apostolos	decesso 18/06/2014
dott. MOH'D SULIMAN SAIDEN Salim Faraj	decesso 20/07/2014
dott. SIGNORINI Lorenzo	per trasferimento a Verona

### Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. ALBANI Andrea	di Rimini
---------------------	-----------

### Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. KAKNIS Apostolos	decesso 18/06/2014
------------------------	--------------------

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 1828 - Albo Odontoiatri nr. 366



