

n° 3/2016

il Notiziario

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

Anno XIX, Numero 3, luglio - settembre 2016



il Notiziario

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

Anno XIX, Numero 3, luglio - settembre 2016

Direttore responsabile: dott. Mauro Giovanardi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

Coordinatore editoriale e di redazione: dott.ssa Antonella Chiadini

Redazione: dott. Mario Bartolomei, dott. Melchisede Bartolomei, dott.ssa Loreley Bianconi,
dott. Girolamo Buono, dott. Giovanni Cananzi, dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini,
dott. Stefano De Carolis, dott. Maurizio Della Marchina, dott. Marco Grassi, dott. Sergio Grassia,
dott.ssa Giulia Grossi, dott.ssa Anna Maria Laneve, dott. Saverino La Placa, dott. Luca Marcantonio,
dott. Giovanni Morolli, dott. Emilio Rastelli, dott. Andrea Santarelli, dott. Gianni Versari

Contributi a questo numero da:

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

dott. Flavio Bologna, specialista cardiologo

dott. Sante Enrico Cogliandro, specialista endocrinologo

dott. Guido Carlotti, informatore farmaceutico

dott. Franco Magnoni, cardiologo libero professionista

dott. Massimo Migani, direttore medico Luisa Guidotti Hospital - Zimbabwe

dott. Antonio Pesaresi, specialista cardiologo

prof.ssa Paola Russo, esperta della comunicazione

sig.ra Carmen Marini Spanedda, presidente FEDERSPeV, sezione di Rimini

Grafica e stampa a cura di agenzia NFC - Rimini - tel. 0541 673550 - www.agenziafc.com

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Via Flaminia, 185/B - Rimini

Tel. 0541.382144 - fax 0541.382202

lunedì e mercoledì dalle 10.00 alle 17.00

martedì, giovedì e venerdì dalle 10.00 alle 13.00

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

sommario

EDITORIALE	4
• Sui vaccini	
IL PUNTO REDAZIONALE	6
SANITÀ LOCALE	8
• Dermatologia e Medicina generale: appunti per una proficua collaborazione	
FOCUS SULLA PROFESSIONE	12
• A proposito di ormoni tiroidei, iodio e gravidanza	
• Sul varicocele	
• Alimentazione vegana: benefici e rischi. Una rassegna della letteratura sull'argomento	
• Nessun medico riesce a guarirmi	
INSERTO SPECIALE	21
• Curare il mal di testo	
VITA DELL'ORDINE	29
• Convention FNOMCeO a Rimini	
• XVII edizione del torneo di doppio giallo misto "Esculapio"	
MEDICI NEL MONDO	33
• Fare sanità in Zimbabwe. L'Ospedale Luisa Guidotti di Mutoko	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE	37
• Il medico di medicina generale non è un controllore	
MEDICI MA NON SOLO	38
• Del Diavolo	
RECENSIONI	40
• Edward Hopper	
SEMISERIA...MENTE	42
• Passatemi	
• I colori dell'Ausl	
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI	44
SPAZIO AMMI	45
SPAZIO FEDERSPeV	46
VARIAZIONI AGLI ALBI	47

“Prima di farvi un esame decidete che cosa farete se a) è positivo e b) è negativo.
Se la risposta è la stessa, non fate l'esame.”

A. Cochrane, 1909-1988

Editoriale



di Maurizio Grossi

Sui vaccini

Nella storia della medicina i vaccini rappresentano una delle più grandi vittorie sulle malattie e sono tra i presidi più efficaci mai resi disponibili per l'uomo. La scomparsa di molte malattie infettive, in passato tra i più terribili flagelli dell'umanità, costituisce un successo senza pari cui si deve il più grande numero di vite umane salvate grazie alla scienza medica.

Oggi, dopo due secoli di lento avanzamento del tasso di vaccinazioni, si assiste a una regressione della copertura vaccinale derivante da una crisi profonda del rapporto tra razionalità medica e opinione pubblica.

Una crisi che investe il rapporto tra scienza e società, oscillante tra l'illusione di una medicina miracolosa e il timore dei suoi effetti negativi e che spinge sempre più persone verso una pretesa naturalità e al ricorso a terapie basate su antichi rimedi, dimenticando che, un tempo, la vita era breve e minacciata da moltissime malattie.

Serpeggia una diffusa irrazionalità per cui le stesse dimostrazioni scientifiche rafforzano in molti la diffidenza e il pregiudizio. È tipico l'errore per cui, di fronte a un rischio altamente improbabile (la reazione avversa al vaccino), si trascura un vantaggio certo (l'immunizzazione da una grave malattia).

Inoltre l'uso estesissimo di internet, in cui prevalgono informazioni contraddittorie e prive di scientificità, spinge molte persone all'ostracismo verso i vaccini. A tutto ciò dobbiamo aggiungere la pervasiva diffidenza verso le "istituzioni" che porta a dare ascolto alla tesi del "complottismo", per la quale gli "antivaccinisti" sarebbero marginalizzati e avversati dall'alleanza tra scienza e multinazionali dedite al profitto.

Infine sui *mass media* c'è una sorta di *par condicio* per cui le evidenze scientifiche e le invenzioni truffaldine sono poste sullo stesso piano, quasi per un democratico confronto.

In questo scenario noi medici siamo obbligati a reagire, in sintonia con chi programma e pianifica la Sanità.

Ecco allora la necessità di aderire alle campagne vaccinali, valorizzando il ruolo del medico nella promozione delle vaccinazioni; di sostenere tutte le normative regionali e nazionali tendenti a riaffermare la necessità delle vaccinazioni; di formare medici ca-

pacici di fare divulgazione scientifica per migliorare la conoscenza con cui i cittadini affrontano il tema delle vaccinazioni.

Non ultimo, e questo è compito dell'Ordine dei Medici, occorre riconfermare l'obbligo per i medici di collaborare all'attuazione dei provvedimenti di sanità pubblica potendosi configurare illecito deontologico per coloro che non lo fanno.

Per concludere, dobbiamo essere tutti consa-

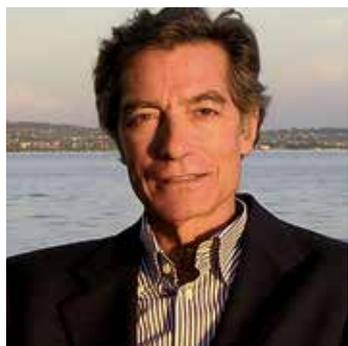
pevoli che vaccinare e vaccinarsi è un modo per tutelare la propria salute e la salute della collettività.

Questo semplice concetto medico, che ha salvato centinaia di milioni di vite umane, non può essere dimenticato. Lo stato di salute della popolazione non è un dato definitivamente acquisito ma deve essere quotidianamente difeso.

E il medico ha il dovere di farlo.

L'articolo si richiama al documento sui vaccini elaborato dalla Consulta Deontologica Nazionale e approvato dalla FNOMCeO nel corso del Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici tenutosi a Roma il 9 luglio 2016.

Il punto redazionale



di Mauro Giovanardi

Cari colleghi, trattandosi del numero estivo del *Notiziario*, in redazione ci saremmo accontentati anche di un numero “leggero” sia nei contenuti che nella quantità degli argomenti. Però, a prodotto finito, mi pare di poter dire che non ci siamo riusciti e che troverete nelle pagine seguenti molti spunti di riflessione e argomenti interessanti.

A cominciare dall'editoriale del Presidente - del quale personalmente sottoscrivo ogni parola - che ha per oggetto il tema scottante delle vaccinazioni e, in accordo col documento elaborato dalla Consulta Deontologica Nazionale e approvato dalla FNOMCeO nel corso del Consiglio Nazionale degli Ordini dei Medici tenutosi a Roma il 9 luglio scorso, esprime un richiamo forte a tutti i medici perchè aderiscano alle campagne vaccinali e si facciano parte attiva nel promuoverle, a tutela della salute dei singoli e della collettività.

Un poco di leggerezza la recuperiamo, come sempre, nella rubrica *Semiseria...mente* dove gli indovinelli di Severino La Placa sono ormai tradizione e Marco Grassi si diverte ad abbinare ad ogni specialità un colore di divisa (per chi non lo sa io sono gastroenterologo: andate a vedere che colore mi ha affibbiato...).

In *Sanità locale* troverete un ampio resoconto dell'incontro fra dermatologi e MMG (ancora Grassi).

Particolarmente densa la rubrica *Focus sulla professione*, dove si parla di endocrinologia (Sante Cogliandro), urologia (Girolamo Buono), reumatologia (Emilio Rastelli), e alimentazione (Sergio Grassia), un altro campo, quest'ultimo, dove un *mix* di moda, “salutismo dogmatico” e pregiudizio, possono creare “qualche” problema alla salute.

In *Rubrica di medicina generale* troverete una riflessione scritta di Gianni Morolli sul rapporto fra medico curante, paziente e SSN; a pagina 44 una riflessione grafica di Luigi Casadei su crisi economica e accesso alle cure.

Le pagine “culturali” ospitano una recensione sulla mostra delle opere di Edward Hopper che si è tenuta a Palazzo Fava a Bologna (Maurizio Della Marchina) e alcune considerazioni sui mali del nostro tempo e sulla loro personificazione (se vi è scattata la molla della curiosità andate a leggere Franco Magnoni nella rubrica *Medici ma non solo*).

In *Medici nel mondo* torniamo a parlare dell'Ospedale Luisa Guidotti di Mutoko in Zimbabwe, diretto per oltre trent'anni dalla dott.ssa Marilena Pesaresi e di cui ci eravamo occupati giusto un anno fa (*Notiziario* n.3 luglio-settembre 2015) con un articolo di Flavio Bologna sui progetti di cardiologia e cardiocirurgia attivi in quell'ospedale. Oggi lo stesso Flavio Bologna con Antonio Pesaresi e Massimo Migani - che dal 2014 ha sostituito Marilena Pesaresi alla direzione dell'Ospedale - ci aggiornano sui molti altri programmi che sono stati avviati e sugli importanti risultati raggiunti, che hanno fatto dell'Ospedale Guidotti un punto di riferimento per i distretti di Mutoko, Mudzi e Murewa.

In *Vita dell'Ordine* Guido Carlotti esalta le “imprese” sportive di medici e informatori farmaceutici, tennisti più o meno in forma, mentre una nota del vicepresidente Franco Mandolesi sintetizza i temi della terza Conferenza nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica che si è svolta a Rimini il 19, 20 e 21 maggio 2016, in cui anche il ministro Lorenzin ha richiamato il tema delle vaccinazioni esprimendo preoccupazione per il calo di adesioni particolarmente marcato nel nostro territorio.

Nello *Spazio AMMI*, a cura di Alessandra Babini

Corvetta, il resoconto di una giornata particolare con una Ammina particolare, mentre Carmen Spanedda ci invia per lo spazio FEDERSPEV un commento di Michele Poerio - Segretario Generale CONFEDIR - sul contributo di solidarietà sulle pensioni così dette “d'oro”.

Infine, sperando che abbiate avuto la pazienza di leggermi fin qui segnalo, in particolare a tutti coloro che ci inviano articoli o che vorranno farlo in futuro, l'articolo della prof.ssa Paola Russo, *Curare il mal di testo*.

È la sintesi di una lezione che la professoressa ha tenuto, presso l'Ordine, per la redazione del *Notiziario* ed elenca una serie di regole di scrittura particolarmente utili per chi volesse cimentarsi nella stesura di uno scritto da pubblicare. Farvi riferimento da parte di coloro che ci inviano articoli comporterebbe, per la redazione, una grande riduzione del tempo e del lavoro dedicato alla revisione dei testi secondo quelle regole.

Contiamo sulla disponibilità della professoressa Russo per poter in futuro riproporre l'incontro allargandolo alla partecipazione di tutti gli iscritti al nostro Ordine interessati all'argomento.

Buona lettura.

Sanità locale



di Marco Grassi

Dermatologia e Medicina generale: appunti per una proficua collaborazione

Le malattie d'interesse dermatologico sono oggetto quotidiano di attenzione e curiosità da parte dei cittadini/pazienti e rappresentano una delle cause più frequenti di consultazione medica, sia nel contesto della Medicina Generale, che nell'ambito specialistico, ambulatoriale e ospedaliero.

La richiesta di prestazioni dermatologiche è destinata ad aumentare nei prossimi dieci anni perché:

- l'incidenza dei tumori cutanei (melanoma e non melanoma) mostra un incremento preoccupante, anche perché si associa all'invecchiamento della popolazione generale;
- circa l'80% della popolazione con problemi cutanei minori non richiede aiuto al medico di medicina generale;
- la prevalenza di alcune affezioni cutanee (psoriasi, dermatite atopica...) è in crescita;
- la distinzione tra malattie cutanee e problemi estetici della pelle non è ben definibile.

La Dermatologia moderna inoltre, avendo allargato il proprio campo d'intervento dalle patologie tradizionali a quelle di "confine", ancor più si caratterizza per l'approccio multidisciplinare e per la necessità di un aggiornamento continuo sulle varie problematiche clinico-terapeutiche. Per la Medicina Generale la sfida quotidiana sta nella capacità di garantire l'appropriatezza dell'invio del paziente alle strutture specialistiche, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Ciò rende necessario un percorso formativo di livello avanzato che fornisca ai medici di medicina generale (MMG) strumenti diagnostici e professionali, nuove abilità e nuove *expertise* al fine di gestire con sufficiente autonomia patologie "minori" e fornire risposte adeguate ai problemi dermatologici più complessi, indirizzando i pazienti verso percorsi diagnostico/terapeutici condivisi con gli specialisti di riferimento. L'Unità Operativa di Dermatologia

di Rimini, diretta dal dr. Stefano Catrani, ha da tempo intrapreso un percorso di collaborazione con i Medici di Medicina Generale che ha portato a importanti risultati nel campo dell'aggiornamento e formazione. Valga per tutti l'atlante clinico e dermatoscopico che si è posto l'obiettivo di migliorare la diagnostica precoce del melanoma, coinvolgendo il MMG nello screening di primo livello. Con questo vademecum si è inteso fornire ai MMG utili ed efficaci strumenti, al fine di riconoscere lesioni cutanee benigne comuni, così da potere intervenire da filtro nel percorso diagnostico. Alla base di questa iniziativa vi è stata una capillare opera di addestramento nell'uso del dermatoscopio e nella diffusione dello stesso negli ambulatori dei MMG.

<http://www.ausl.rn.it/dermatologia/vademecum-dermatoscopia.html>

Alla luce di questa collaborazione si è recentemente tenuto un corso di aggiornamento per MMG che ha visto l'U.O. di Dermatologia fare il punto sullo stato dell'arte di alcune patologie dermatologiche, particolarmente «problematiche» per il MMG. Nel determinare il successo della giornata, oltre alla competenza dei relatori, ha sicuramente contribuito il particolare *format* adottato per rendere efficace l'aggiornamento: brevi comunicazioni (15 minuti) su argomenti preventivamente concordati con i relatori e che riflettevano i bisogni formativi dei MMG.

Le prime tre relazioni hanno trattato argomenti di dermatologia apparentemente "minore", che hanno tuttavia un significativo impatto dal punto di vista quantitativo negli ambulatori di MG. Problemi di acne, capelli e unghie rappresentano, secondo stime di letteratura, il 30-35% di tutti gli accessi dermatologici nell'ambulatori di MG: intercettare e risolvere una buona parte di questi problemi, significa sollevare lo specialista da un carico di lavoro notevole, permettendogli di dedicare tempo a casi più meritevoli. La dr.ssa Sorci - "... *mia figlia è piena di bugni*" - ha fatto

il punto sulle attuali possibilità terapeutiche in tema di acne: dalle terapie topiche nelle forme iniziali e meno gravi, fino all'impegnativa terapia con retinoidi orali, nelle forme più gravi che necessitano di un attento *follow-up*, specie nelle giovani pazienti, per la teratogenicità del farmaco. Secondo le più accreditate linee guida, l'acne infiammatoria grave di tipo nodulo-cistico, che ha nei retinoidi orali la terapia elettiva, è la sola forma per cui è indicato indirizzare il paziente allo specialista. I MMG sanno tuttavia quanto sia importante l'impatto psicologico dell'acne, così come frequenti siano le recidive e quanto tutto questo renda difficile «resistere» alle pressanti richieste di un secondo parere specialistico.

La relazione della dr.ssa Fiorentini "Dottore sto perdendo tutti i capelli" ha trattato un altro argomento fonte di frustrazione per i pazienti e i loro MMG. Escluse le forme secondarie di alopecia, di cui vanno sospettate e indagate le cause, la calvizie "ippocratica", dai tempi di Ippocrate, non ha ancora trovato una soluzione soddisfacente.

Il dr. Pallanti ha messo a fuoco, con largo uso di fonti iconografiche, il problema che, complice la martellante pubblicità televisiva di prodotti da banco, sembra avere assunto le caratteristiche di una epidemia e assilla sempre più frequentemente pazienti giovani e meno giovani: "... *non avrò un fungo alle unghie?*". In realtà, in una buona percentuale dei casi che si rivolgono al MMG con la faticosa domanda, oggetto della relazione del dr. Pallanti, si tratta di distrofie e dismorfismi ungueali di non difficile diagnosi anche per il MMG. Le distrofie ungueali sono un capitolo molto ricco di patologie e di forme cliniche: fra quelle più comuni, la distrofia artrosica della lamina ungueale, piuttosto comune dalla sesta/settima decade di vita dei pazienti e soprattutto a carico del sesso femminile e le distrofie ungueali post-traumatiche e da micro-

traumatismi (per utilizzo di calzature compressive o sportive per diverso tempo). Non vanno ovviamente trascurate, in diagnosi differenziale, tutte le possibili cause di onicodistrofia da malattie dermatologiche (come psoriasi o lichen ruber planus) che, oltre a interessare la pelle, si manifestano anche a carico degli annessi. Nei casi dubbi o d'incerta interpretazione, sarà dirimente l'esame micologico o la consulenza specialistica.

Chiuso questo primo blocco di dermatologia "minore", il dr. Morri ha affrontato argomenti di terapia, nello specifico per il trattamento della psoriasi "... *ci sono delle cure nuove per la psoriasi?*". Giova ricordare che la psoriasi, la cui prevalenza in Italia è del 3%, è gravata da frequenti riacutizzazioni, se non correttamente trattata, e nelle forme più gravi lo stato infiammatorio sottostante alle manifestazioni cutanee rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari. È proprio sulla infiammazione che agiscono i farmaci biologici di nuova generazione, utilizzati se i trattamenti tradizionali si rivelano inefficaci. Nella maggior parte dei casi hanno una notevole efficacia terapeutica, in tempi brevi, con riduzione degli effetti collaterali rispetto alle terapie tradizionali di tipo "chimico". Farmaci che, per costi e indicazioni selezionate, sono riservati all'utilizzo specialistico, ma di cui il MMG è opportuno abbia conoscenza per indirizzare al dermatologo i casi che si possono giovare di queste terapie innovative e per monitorare, in accordo con lo specialista, effetti terapeutici ed effetti collaterali.

"...*Ma i dermatologi sono bravi chirurghi?*".

È la domanda posta al dr. Landi, che ha esaurientemente risposto con una serie di esempi iconografici, dando l'esatta dimensione dei progressi fatti anche in questo campo dalla moderna dermatologia. Il principale campo d'azione della chirurgia dermatologica è l'exeresi di neo-

formazioni cutanee, il più delle volte di carattere neoplastico. Non sempre è possibile praticare l'asportazione di una neoformazione in modo semplice, la dimensione e la sede della neoformazione possono rendere necessari altri tipi di soluzioni. Tali tecniche si rendono opportune, ad esempio, quando l'area di demolizione è ampia e/o si trova localizzata in regioni dove la trazione, prodotta dalla sutura, determina la loro distorsione con sequele antiestetiche oltre che deficit funzionali. In alcuni casi, soprattutto per pazienti anziani, per particolari regioni e/o per motivi di sicurezza oncologica, è necessario procedere ad innesto cutaneo o creazione di lembi. I lembi cutanei rappresentano una validissima soluzione per le ricostruzioni delle sub-unità estetiche del volto. Si tratta di un vero e proprio trapianto di pelle da una sede donatrice verso una sede ricevente da ricostruire. A differenza dell'innesto, il lembo rimane collegato alla sede donatrice mediante un lato (peduncolo) dal quale riceve l'irrorazione sanguigna. Ciò permette di eseguire la ricostruzione con una maggiore valenza estetica perché la cute ha un aspetto simile alla sede da ricostruire e ha meno tendenza alle retrazioni cicatriziali, oltre a determinare un maggiore impatto estetico e soprattutto funzionale quando sono rimosse neoplasie in vicinanza di occhi e bocca. Esistono svariati lembi nell'arsenale terapeutico del chirurgo dermatologo. La scelta di uno piuttosto che di un altro sarà determinata dalla dimensione e dalla sede della regione da ricostruire e il dr. Landi ha mostrato con l'ausilio di un'ampia casistica come non vi siano in sostanza ostacoli di tipo tecnico all'exeresi di neoformazioni anche estese, con una buona *restitutio* sia estetica sia funzionale. Uditorio particolarmente interessato alla relazione successiva - "... *consigli per migliorare nostra pelle*" - non solo fra il pubblico femminile. La dr.ssa Maria Ileana Acqua ha fornito un'ampia ed esauriente documentazione delle

possibilità per mantenere sana ed esteticamente "gradevole" la nostra pelle. Altrettanto interessante l'esposizione delle caratteristiche dei trattamenti estetici su cui maggiormente sono richiesti consigli e informazioni da parte dei pazienti e i cui nomi "esotici" dilagano sulle riviste femminili e su internet: *botox*, *filler*, *lifting* non chirurgici, *peeling*, impianto di fili di biostimolazione o di trazione, etc. Detto correttamente che si tratta di pratiche a totale carico economico del richiedente nondimeno si deve rimarcare, soprattutto nella informazione ai pazienti, che si tratta di pratiche che, seppur ambulatoriali, richiedono competenza specialistica, strumentazione e *setting* di esecuzione adeguati e che, soprattutto, è da proscrivere il ricorso per tali pratiche a estemporanei "centri estetici" magari annessi a palestre o negozi di parrucchiera.

A conclusione dei lavori il direttore dell'U.O. di Dermatologia dr. Stefano Catrani ha svolto la sua relazione, come sempre brillante e documentata, mantenendo vivo l'interesse nonostante l'ora ormai tarda. "... *Le diverse facce di un nemico che dobbiamo riconoscere*" sono quelle del melanoma, il tumore maligno di competenza dermatologica che ha ancora, nonostante i progressi nella diagnosi e nella terapia, un alto tasso di letalità. Dopo un breve *excursus* sulle più recenti novità in tema di classificazione degli stadi evolutivi del melanoma, che hanno ripercussioni sulla prognosi *quoad vitam* e sulle promettenti terapie antitumorali, il dr. Catrani ha focalizzato e rimarcato l'attenzione sulla necessità di una diagnosi il più possibile precoce, per aumentare ulteriormente il tasso di guarigione della temibile neoplasia. Il richiamo alla diagnosi precoce mette in risalto il ruolo del MMG come «risorsa» per la possibilità di ampliare le occasioni di screening con cui individuare i pazienti a rischio da inviare agli specialisti. Oltre alle ovvie occasioni d'incontro con il paziente per problemi dermatologici, il MMG ha più am-

pie possibilità di poter svolgere uno *screening* "opportunistico", quando visita il paziente per altre problematiche (auscultazione del cuore o torace, ispezione degli arti per vasculopatie o artropatie, palpazione dell'addome). Esclusi i genitali, per motivi facilmente intuibili, si può dire che il MMG può «ispezionare» facilmente la cute dei propri pazienti in occasione di visita medica rilevando i primi segnali di possibile neoplasia cutanea e di fare opera di prevenzione verso quei pazienti a maggior rischio di sviluppo di melanoma (fototipo chiaro, colore dei capelli "biondo-rosso", colore occhi "verde-blu", numero totale dei nevi >100, età >15 anni, storia personale e/o famigliare di melanoma, scottature solari, immunosoppressione). Il dr. Catrani ha sottolineato come l'individuazione e la sorveglianza clinica di soggetti ad alto rischio può consentire di diagnosticare il melanoma in fase più precoce e come solo questo tipo di *screening* dermatologico sia costo-efficace. Secondo lo stesso dr. Catrani la sfida con i tumori cutanei nel nostro territorio dovrà essere condotta con un importante sforzo sia del MMG (riconoscimento delle lesioni benigne e individuazione dei soggetti a rischio) che del dermatologo (screening dei soggetti a rischio e miglioramento delle performance diagnostiche).

In quest'ottica, la collaborazione da tempo in atto fra l'U.O. di Dermatologia e i MMG, che si è concretizzata nella iniziativa a cui fa riferimento l'articolo, va sicuramente continuata e perfezionata soprattutto verso i più giovani colleghi MMG che stanno entrando nella professione e che andranno a sostituire gli attuali MMG che progressivamente lasceranno per raggiunti limiti di età.

(Si ringrazia il dr. Stefano Catrani per i suggerimenti e le integrazioni al testo).

Focus sulla professione



di Sante Cogliandro

A proposito di ormoni tiroidei, iodio e gravidanza

Lo scioglimento della quarta glaciazione, dilavando dello iodio le zone montane, ha creato le endemie gozzigene; ma anche le terre emerse più di recente sono relativamente povere in iodio, pur se la loro atmosfera ne è arricchita dall'acqua di mare che si condensa in pioggia. Ci si è domandati provocatoriamente come mai, nel corso dell'evoluzione, la via dello iodio e degli ormoni tiroidei sia stata selezionata e conservata nonostante la continua necessità di approvvigionarsi dell'elemento, tanto prezioso in termini di salute e di riproduzione. La carenza determina notoriamente uno spettro di anomalie che vanno dalle complicanze ostetrico-neonatali a vari gradi di difetti dello sviluppo somatico, neurologico e psichico fino ai cretinismi, neurologico (grave ritardo mentale, alterazioni striato-pallidali con paraplegia più sordomutismo da danno cocleare) e mixedematoso (ipotiroidismo, disgenesia epifisaria con nanismo disarmonico, scarso sviluppo sessuale, anomalie cranio-facciali, ritardo mentale più lieve e meno frequenti segni di danno neurale), che variamente si combinano nelle zone endemiche.

Fino a circa metà gravidanza, ossia fino a maturazione del sistema portale ipotalamo-ipofisario fetale, è la madre a fornire l'ormone tiroideo, critico per lo sviluppo particolarmente del sistema nervoso centrale, e presente alla 12^a settimana, nelle due forme a tre e a quattro atomi di iodio, nella corteccia cerebrale, ma non in altri tessuti né nel siero. Un'insufficienza tiroidea materna condiziona lo status tiroideo fetale, nel senso che normalmente l'ormone materno continua a coprire fino al 50% dei livelli ormonali del feto anche dopo l'esordio funzionale della tiroide fetale ed è possibile che anche una lieve riduzione delle concentrazioni plasmatiche di tiroxina (T_4) della gestante non sia priva di

conseguenze negative sullo sviluppo cognitivo del nascituro.

La tiroide della madre è iperattiva, sia perché gli estrogeni placentari aumentano i vettori plasmatici e quindi la quota ormonale totale circolante, sia per effetto tireo-stimolante diretto della Gonadotropina Corionica che si sovrappone al TSH: tutto ciò contribuisce a garantire al nascituro un adeguato apporto di ormoni, ma anche ad aumentare il fabbisogno di iodio, da 150 a 250 mcg/d.

Il cretinismo neurologico è stato eradicato correggendo la carenza iodica nel periodo prenatale, soprattutto nei primi due trimestri di gravidanza, a ribadire l'importanza dell'ormone di origine materna. Tuttavia, alcuni decenni or sono prese piede l'assunto che la placenta bloccasse il trasferimento di T_4 dalla madre al bambino, che sarebbe così indifferente all'ormone tiroideo fino alla nascita.

Infatti:

- 1) nel neonato a-tiroideo la pronta somministrazione di T_4 previene lo sviluppo di cretinismo mixedematoso, mentre il cretinismo neurologico non ne beneficia;
- 2) i nati da madri ipotiroidiche non presentano cretinismo neurologico;
- 3) il miglioramento delle condizioni generali di vita (la dieta!) in molti paesi diminuiva l'incidenza di cretinismo senza toccare direttamente l'apporto iodico.

Entrambi i cretinismi sono dovuti a difetto di azione ormonale tiroidea, ma con differente cronologia: la forma neurologica suggerisce una sofferenza dello striato e della corteccia durante il secondo trimestre, ed è generalmente, ma non solo*, dovuto a severa ipotiroxemia materna su base iodo-carenziale durante la prima metà della gravidanza. Il cretinismo mixedematoso è invece dovuto a carenza più

tardiva, nel terzo trimestre o dopo la nascita; il bambino a-tiroideo non presenta alla nascita segni di ipotiroidismo non perché fino ad allora insensibile all'ormone tiroideo, ma perché protetto dall'ormone proveniente dalla madre.

Infatti, gli indici di sviluppo psicomotorio correlano con la tiroxina libera (fT_4) materna nel primo trimestre e non con il TSH, il cui aumento è incostante e meno pronunciato in situazioni di iodo-carenza rispetto ai casi di paragonabile calo della tiroxinemia da altre cause: e questo grazie a un'autoregolazione tiroidea, non interamente chiarita, ma che comprende la sintesi preferenziale, per così dire economica, dell'ormone a tre, anziché quattro, atomi di iodio, e che precede il rialzo di TSH da cui è indipendente, essendo conservata nell'animale ipofisectomizzato.

Ne consegue che in questi casi l'eutiroidismo definito dalla normalità dei livelli di TSH poggia precipuamente sulla normalità dei livelli di triiodotironina (T_3): ora, anche il cervello fetale dipende dalla T_3 , che è la forma ormonale attiva, ma non da quella di origine 'periferica', bensì dalla T_3 prodotta *in loco* per sottrazione di un atomo di iodio (desiodazione). Sia la placenta sia il feto dispongono infatti di attività enzimatiche di desiodazione degli ormoni tiroidei assai efficienti, che proteggendo il prodotto del concepimento da un'azione ormonale eccessiva o intempestiva, mantengono bassi i livelli fetali di T_3 e ne aumentano la produzione cerebrale dalla T_4 : la carenza di T_4 può dunque rendere il cervello fetale selettivamente ipotiroidico.

L'ipotiroidismo subclinico (inteso come rialzo anche modesto di TSH a fT_4 normale) in gravidanza va corretto senza se e senza ma; pare altresì indicato, in accordo con le linee guida internazionali, **per lo meno nel primo trimestre ricercare e correggere una fT_4 bassa** (senza

commisurato aumento di TSH), e **integrare in iodio** in previsione di una gravidanza, e naturalmente **dal concepimento fino a tutto l'allattamento al seno**.

* si pensi al caso estremo della **Sindrome di Allen-Herndon-Dudley**, da assenza *X-linked* di *Mono-carboxylated Transporter 8*, MCT8, che veicola l'ormone tiroideo all'interno del SNC: il bambino ha un severo ritardo mentale, non parla, non riesce a stare seduto né ad incedere carponi, non gattona.

Bibliografia

- 1) Portulano C. et al. The Na⁺/I⁻ Symporter (NIS): Mechanism and Medical Impact. *Endocr Rev.* 2014; 35 (1): 106-149.
- 2) Ahmed R G. Hypothyroidism and Brain Development Players. *Thyroid Res.* 2015; 8: 2.
- 3) Bernal J. Thyroid Hormones in Brain Development and Function. *Endotext - NCBI Bookshelf*, update September 2, 2015



di Girolamo Buono

Sul varicocele

Ne parliamo perché la diagnosi di varicocele, comparando nel corso della pubertà, viene a trovarsi in un'epoca di mezzo in cui si lasciano le cure del pediatra e si entra in quelle del medico di medicina generale e, se non ha l'occasione e l'opportunità di un controllo a tempo giusto, sfugge spesso alla diagnosi precoce. Oggi poi, mancando la visita per l'obbligo di leva, dove si ricercava in maniera sistematica e secondo me anche con una per-

severanza e meticolosità ingiustificata, la presenza del varicocele – che di fatto poteva implicare solo danni per la discendenza ma non compromettere la capacità di abbracciare e usare un fucile – dicevo quindi che la diagnosi spesso è fatta dallo stesso giovanotto, tramite passa parola con i suoi coetanei e la complicità dell'onnipresente web che, con sovrabbondanza e disordine dei suoi dati, rende confusa e allarmante oltre misura l'immagine di questa patologia.

Il varicocele è malattia molto frequente: il 15-20% dei ragazzi ne rimane affetto all'inizio della pubertà o subito dopo, è quasi del tutto asintomatica, è fondamentalmente benigna ma con risvolti malevoli; ancor oggi rimane misteriosa, non compresa nei suoi intimi meccanismi patogenetici.

Una percentuale variabile, sul 40% circa degli affetti, presenta un'*infertilità* – non sterilità, ci tengo a sottolinearlo – per un più basso numero di spermatozoi e una loro ridotta mobilità. La comparsa di questa complicanza resta imprevedibile e non è correlata al grado clinico della malattia.

Le varicosità del plesso pampiniforme sono quasi sempre a sinistra; sul motivo di questo, almeno, c'è il consenso unanime nell'attribuirlo a condizioni anatomiche: la vena spermatica interna sinistra si versa ad angolo retto nella vena renale omologa mentre la controlaterale va nella cava

inferiore con un angolo molto acuto ben più favorevole. Ma ci sono, fatti salvi i casi secondari ad altre patologie retroperitoneali, un numero anche se minimo di varicocele bilaterali o solo a destra: ricordare di cercarli per una diagnosi corretta.

Buio completo sui fattori prognostici e sul meccanismo etiopatogenetico dell'infertilità. È stato attribuito a ristagno di sangue poco ossigenato e ricco di metaboliti tossici, aumento della pressione venosa e capillare, aumento della temperatura del testicolo che, com'è noto, funziona a un grado inferiore a quella corporea: questo produrrebbe, secondo altri, indebolimento della barriera emato-testicolare con formazione di anticorpi. Quest'ultima teoria è l'unica a mio avviso che può spiegare come una patologia unilaterale ha poi influenza su tutta la funzione spermatogenetica danneggiando quindi anche la funzionalità dell'altro testicolo.

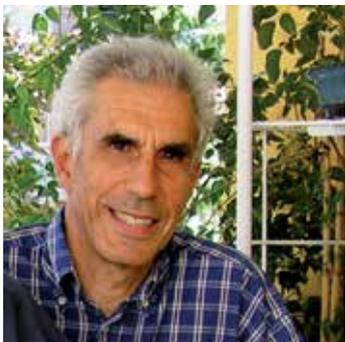
Quand'anche accettassimo uno o tutti insieme questi fattori, che possono spiegare l'esito sfavorevole di un varicocele, rimane altrettanto misterioso come l'altro 60% degli affetti, la maggioranza quindi, non risente di nessuna menomazione e anzi può annoverare tranquillamente tra le sue fila molti padri felici e orgogliosi di sana e numerosa prole.

La misteriosa malattia non esaurisce qui i suoi malefici. In alcuni casi si assiste a una riduzione di volume del testicolo fino a configurare una vera e propria ipotrofia (volume < 20 mL e lunghezza < 4 cm) arrivando a produrre anche un deficit di testosterone.

Non mi dilungo sulla diagnostica e la terapia in questa sede. La diagnosi è abbastanza semplice nella maggioranza dei casi, ma ricordo di sospettarla sempre nei casi di ipotrofia testicolare e in quelli con infertilità. Anche se non appare evidente, il varicocele può esserci nella sua forma subclinica, in questi casi è d'obbligo una ecografia doppler con analisi spettrale.

Cosa fare nei casi di adolescenti con varicocele asintomatico e sperma normale per evitare un *overtreatment* con tutto l'aggravio di costi e complicazioni che ogni procedura porta con sé? Ricordo i casi di recidiva, idrocele secondario, dolori neuropatici periferici, ecc.

Per assicurarci che apparterranno al gruppo di quel 60% senza complicazioni, dobbiamo seguirli con uno spermogramma ogni due anni e una ecografia ogni anno, soprattutto per valutare il volume del testicolo che non si riduca col passare del tempo.



di Sergio Grassia

Alimentazione vegana: benefici e rischi. Una rassegna della letteratura sull'argomento

Il **veganismo** è una filosofia di vita proposta nel 1944 da alcuni membri della Vegetarian Society. Essa consiste, sostanzialmente, nel rifiuto sia di considerare gli animali come subordinati all'uomo sia di utilizzare la loro opera o i prodotti del loro lavoro per il nostro abbigliamento, lo svago, l'alimentazione e per ogni altro scopo connesso alle nostre attività, inclusa la ricerca. È di supporto la convinzione, ad esempio, che le grandi estensioni destinate a pascolo potrebbero essere utilizzate, più proficuamente, per produzioni agricole.

Per quanto riguarda l'alimentazione, la dieta vegana è notoriamente un **vegetarismo** o **vegetarianesimo** portato a un livello estremo, escludendo oltre a ogni cibo carneo, frutto dell'uccisione di animali (compresi pesci, crostacei e molluschi), anche le uova, il latte e i suoi derivati, il miele: il loro consumo è concepito come un'indebita appropriazione a danno di altri viventi.

Il mangiare vegano attrae un numero crescente di persone, trainate anche dall'onda di una cultura ecologico-animalista e, in particolare, dalla persuasione, forse un po' dogmatica, di un comportamento virtuoso e salutare, oltre che dalla diffusione di informazioni – che circolano da qualche anno a questa parte – sulla “pericolosità” del mangiar carne (in Italia i vegani sono passati dallo 0,6% della popolazione nel 2014 all'1% della popolazione nel 2016, secondo i dati Eurispes).

La dieta vegana ambisce a essere ineccepibile da un punto di vista etico e presume di esserlo per l'aspetto più propriamente nutrizionale. Non si può negare che sia stato acquisito e sia ormai consolidato un generale consenso sugli aspetti favorevoli di un'alimentazione strettamente vegetariana rispetto a quella onnivora, relativamente alle malattie associate a dismetabolismo, in virtù dell'apporto di acidi grassi polinsaturi, di una varietà di antiossidanti, di fibre, di una bassa assunzione di sodio e di un ridotto introito calorico globale.

L'American Dietetic Association, fin dal 2003, in una sua pubblicazione segnala un BMI (*i.e.*, *Body Mass Index*) mediamente inferiore, una minore incidenza di diabete mellito di tipo 2, ipertensione, sindrome metabolica e una minore mortalità per patologie cardiache. Da un'ampia revisione di 86 studi basati su campionamento trasversale e di 10 studi osservazionali, pubblicata di recente su *Critical Reviews of Food Science and Nutrition*, emerge l'effetto preventivo nei riguardi della cardiopatia ischemica con una riduzione del 25% di incidenza e mortalità a favore di tutte le diete vegetariane rispetto a quelle onnivore, mentre gli eventi vascolari risultano invariati. In tema di patologia neoplastica, i dati osservazionali su una popolazione di oltre 60.000 individui (fonte: *American Journal of Clinical Nutrition*, gennaio 2016) indicano, a vantaggio della dieta vegana, una riduzione del 15% d'incidenza dei più comuni tipi di cancro, confermando le osservazioni riportate

in precedenti pubblicazioni. In aggiunta, diversi autori riferiscono una minor frequenza di malattia diverticolare del colon e di nefrolitiasi.

Peraltro, una revisione della letteratura internazionale sugli effetti di un'alimentazione rigidamente vegetariana ridimensiona di certo l'entusiasmo e le rivendicazioni circa una “alimentazione inequivocabilmente salutare”. Dalle metanalisi sopra riportate, dopo opportuni aggiustamenti degli *hazard ratios* per i principali fattori di rischio (*i.e.*, la popolazione vegana ha generalmente uno stile di vita più salutare), non emergono differenze nella mortalità globale tra vegetariani, onnivori con moderato consumo di carne e consumatori di diete vegane, nonostante il più favorevole profilo metabolico, la minore incidenza di sindromi coronariche e di neoplasie. Evidentemente i fattori protettivi e le risorse proprie di un'alimentazione vegetariana sono controbilanciati da elementi non favorevoli, soprattutto per il fatto che le diete vegetariane – e principalmente vegane – si caratterizzano per essere “esclusive”. Vediamo di seguito i singoli aspetti.

Vi è unanimità riguardo al rischio reale di ipovitaminosi B₁₂. Una rassegna di quaranta studi, pubblicata nel maggio 2014 su *European Journal of Clinical Nutrition*, riporta un deficit di vitamina B₁₂ nel 45% dei bambini, nel 17-40% delle donne in gravidanza, mentre in un'altra revisione di lavori sull'argomento, comparsa nel febbraio 2013 su *Nutrition Reviews*, il deficit raggiunge il 62% nelle gestanti e il 90% negli anziani. Quadri neurologici conclamati di carenza di vitamina B₁₂ sono stati osservati in neonati di madri vegane (fonte: *British Medical Journal*, aprile 2014).

È nota la relazione tra la carenza di vitamina B₁₂, nelle sue diverse forme biologiche, e l'iperomocisteinemia, che è uno dei diversi fattori di disfunzione endoteliale e si associa anche a svariate condizioni neurodegenerative (fonte:

Journal of Clinical Neurology, ottobre 2014). L'iperomocisteinemia è un *marker* piuttosto frequente nella popolazione vegana: è documentata in 15 studi su 17 di una rassegna pubblicata nel marzo 2013 dal *British Journal of Nutrition*.

L'alimentazione vegana può indurre un deficit di IGF-1 o somatomedina, fattore di protezione endoteliale inversamente correlato al rischio di ictus (fonte: *Medical Hypotheses*, settembre 2003) e di demenza di Alzheimer (fonte: *Neurology*, maggio 2014).

Per quanto riguarda sia la vitamina D sia il calcio, vi è un generale consenso nel raccomandarne un'integrazione, in particolare durante l'infanzia, poiché sono stati riscontrati, in quasi tutti gli studi, introiti e concentrazioni plasmatiche inferiori a quanto mediamente atteso in una popolazione apparentemente sana. Una *review* del 2006, riguardante la letteratura esistente su questo tema, è orientata verso il rilievo di una bassa densità minerale ossea nella popolazione vegana. Allo stesso tempo, lo studio EPIC-Oxford, che include 1.126 vegani, fa emergere un aumentato rischio di fratture (*i.e.*, +30%). In ogni caso, non mancano pareri e conclusioni discordanti. Ma le raccomandazioni per una supplementazione di vitamina D possono essere più stringenti qualora si consideri il ruolo che essa sembra svolgere anche a livello vascolare, miocardico, immunitario. Come per altri fattori nutrizionali, le carenze di vitamina D e di calcio riguardano comunque percentuali più o meno grandi di individui, ma non tutta la popolazione vegana: una disomogeneità dovuta a variabili quali l'assunzione di integratori, per un verso, e l'incapacità di adottare una dieta vegetale rigorosamente variegata, per altro verso.

Una bassa assunzione di iodio nella dieta vegana è un dato ricorrente nella letteratura e una supplementazione di 150 microgrammi di iodio al giorno è raccomandata per le donne durante

la gravidanza (a margine si evidenzia come il problema potrebbe essere aggirato inserendo nella dieta cibi a base di alghe). Dati contrastanti si hanno invece per il ferro.

Diversi autori hanno segnalato insufficiente apporto di zinco, selenio, metionina, cisteina, carnitina, niacina, riboflavina. Risultano bassi anche i livelli di fosfolipidi (i.e., glicerofosfolipidi e sfingolipidi) e di acidi grassi omega-3, virtualmente assenti nella dieta vegana con l'eccezione dell'acido linoleico (fonte: *Medicine Journal of Australia*, agosto 2013; *American Journal of Clinical Nutrition*, dicembre 2015).

In conclusione, non appaia presuntuoso guardare con perplessità a una formula nutrizionale che si propone come congeniale, efficiente, oltre che eticamente corretta, ma che, per tutto il tempo in cui viene adottata, andrebbe sempre integrata (prestando particolare attenzione a situazioni critiche per lo sviluppo dell'individuo, come la gestazione, l'allattamento e l'età evolutiva), tramite il ricorso a formulazioni a base di vitamina B₁₂, vitamina D, calcio, carnitina, acidi grassi omega-3, zinco, selenio.



di Emilio Rastelli

Nessun medico riesce a guarirmi

Che avrà mai la mia paziente, iniziamo con il raccogliere l'anamnesi...

Quanti anni ha?

Sa dottore, a una signora non si chiede, ma il medico è il confessore del corpo, come il prete lo è dell'anima, quindi scriva pure fra i 30 e i 60.

Mi racconti i suoi disturbi.

Iniziamo pure con il dire, che ho male dappertutto, il corpo è spezzato, duro, mi fanno male tutti i muscoli, mi sento rigida, non c'è nulla che non mi faccia male.

Mi sveglio più stanca di quando vado a letto, non dormo praticamente tutta la notte, poi ho disuria, soffro di colon spastico, dismenorrea, mal di testa, acufeni.

In questi anni ho consultato molti medici, ortopedici, ago-puntori, omeopati, neurologi. Guardi quanti esami ho fatto.

Signora, me li lasci, che li guarderò con calma... metta il pacco sulla scrivania, concentriamoci su quelli degli ultimi mesi.

Vede dottore, RMN di tutto il corpo, TAC encefalo e lombare, Elettromiografia, doppler vari, esami ematici nella norma, "batteria reumatica", niente. Referti specialistici con terapia a base di FANS, steroidi, antispastici, miorilassanti, ansiolitici, antidepressivi, omeopatici, infiltrazioni.

Tutto inefficace, io sto male come prima. (continua a pag. 27).

Bene, bene, bene, procediamo all'esame obiettivo:

Articolazioni mobili e non dolenti, non tumefazione articolari.

Aaaaaaah, dottore non mi tocchi gli stinchi, mi fanno un male del diavolo!

Procediamo, nulla al cuore, polmoni, fegato, corda colica. Dolenti numerosi tenders points.

Signora lei soffre di...

Grazie dottore, mia dia una buona cura, solo lei mi potrà curare.

Vede, signora, la prima cura è rendersi conto che questo disturbo non le causerà invalidità, non è un' artrite reumatoide, per quanto anch'essa curabilissima. Il dolore è causato dalla sua tensione muscolare, non si rilassa mai nemmeno quando dorme.

Sante parole, vero, è vero, sono sempre incordata.

Avrà momenti di netto miglioramento e altri di ricaduta, comunque facciamo qualche esame, per sicurezza, iniziamo la cura, ci rivediamo fra un mese.

Grazie professore.

Dottore, signora, solo dottore. Vada, vada, ci sentiamo fra un mese.

Grazie, sento che migliorerò con la sua cura

La nostra signora soffre di fibromiagia reumatica!

La fibromiagia reumatica, da non confondersi con la polimialgia reumatica, vera connettivite, è un reumatismo extrarticolare, di natura funzionale.

Identificata nel 1977, solo nel 1992 l'OMS la classifica fra i reumatismi extrarticolari.

Il dolore muscolare, le astenie, i sintomi devono essere presenti da almeno tre mesi, la rigidità muscolare non perdurare oltre i sessanta minuti.

Sono presenti i cosiddetti *tenders point* (vedi immagine), questi sono dolenti a una pressione di 4 kg, devono esserne presenti almeno 11 su 18 testati.

La fibromiagia può essere primaria o secondaria ad alte affezioni reumatiche.

Un esempio di fibromiagia secondaria è quella associata all'artrite reumatoide o all'osteoartrosi.

La fibromiagia primaria colpisce il 2% della popolazione, con un rapporto maschi/femmine di 1/9. Si ipotizza una possibile diminuzione del livello di serotonina encefalica, con minor tolleranza al dolore.

La prognosi è incerta, talvolta il soggetto è più sofferente di un paziente affetto da una delle malattie reumatiche infiammatorie quali connettiviti o artriti infiammatorie (Artrite reumatoide, artrite sieronegativa).

Si dice che: "La fibromiagia non toglie un'ora di vita, ma può avvelenare ogni ora di vita".

La difficoltà nella gestione della paziente, fa sì che molti medici rinuncino al suo trattamento, che è il più vario ed empirico.

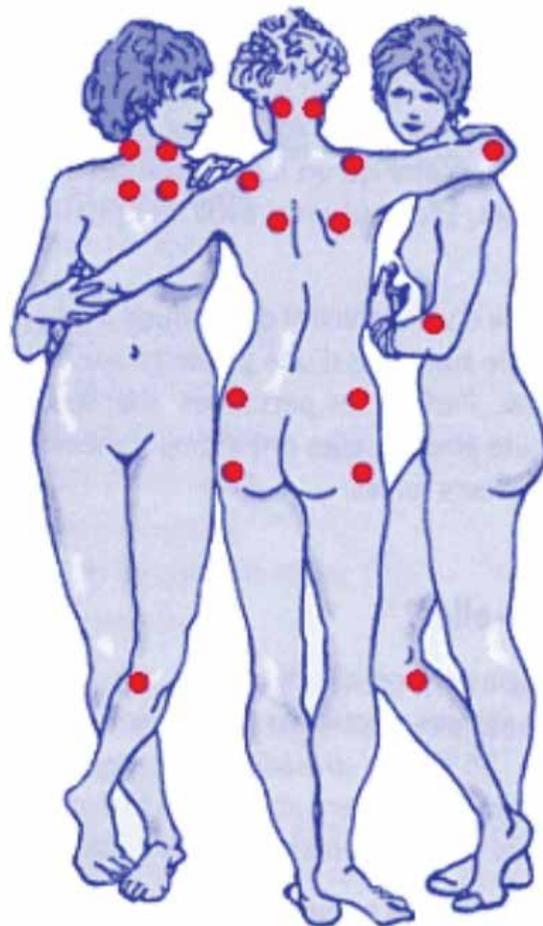
Ogni trattamento può essere efficace o inefficace, dipende da chi lo prescrive e dal rapporto medico-paziente.

Spunti terapeutici: esercizio aerobico, massaggio superficiale, antidepressivi, ansiolitici, miorilassanti, analgesici, supporto psicologico, impiego della terapia iperbarica.

Non trovano, a mio avviso, spazio i FANS e gli steroidi, che anzi non portano alcun beneficio.

Il coinvolgimento nella cura del soggetto, controlli ravvicinati, rassicurazioni sulla benignità dell'affezione, sono le fondamenta su cui costruire la terapia, ogni medico che si interessa di questa malattia ha le sue preferenze e il proprio approccio terapeutico, spesso non condiviso dal collega, solo il giudizio del paziente sarà giudice.

Tenders point



Curare il mal di testo

PER SCRIVERE IN MODO CORRETTO

a cura della dr.ssa Paola Russo



Siamo così sicuri di saper predisporre un testo correttamente? Con i nostri lunghi anni di studio alle spalle, per la grammatica, come si suol dire, "io speriamo che me la cavo!"

Non è sempre così invece per le regole di scrittura, legate anche all'ormai consueto uso della tastiera di cui spesso siamo autodidatti. Battute di spazio, punteggiatura, accenti, trattini, maiuscole, minuscole, corsivi, citazioni, a capi, punti elenco... particolari che non sono affatto banali e per i quali il correttore automatico può non esser sufficiente.

Con queste premesse, il comitato di redazione del Notiziario ha promosso il 16 maggio scorso l'incontro intitolato Curare il "MAL DI TESTO". Paola Russo (laurea in lettere moderne, esperta nel campo della comunicazione, dall'editoria alla pubblicità) ha brillantemente illustrato le principali norme per redigere qualsiasi scritto. Ne sono scaturite le linee guida riassunte in questo inserto staccabile, da tenere a portata di mano e da consultare al bisogno.

Antonella Chiadini

Le tre fasi della revisione di un testo

1. Revisione del contenuto
2. Revisione dell'esposizione
3. Revisione della forma

Qui ci occupiamo di:

Revisione della forma

La revisione della forma deve considerare i vari aspetti relativi allo stile redazionale del testo, laddove per "stile redazionale" si intende l'insieme degli accorgimenti di un testo redatto in modo professionale. Un testo pronto per andare in stampa.

Revisione della forma: a cosa pongo attenzione?

- Maiuscolo e minuscolo
- Punteggiatura e spazi
- Date e numeri
- Il plurale
- delle parole straniere
- Abbreviazioni, simboli e sigle
- Accenti e apostrofi
- Citazioni
- Corsivo
- "D"eufonica

Parola d'ordine: COERENZA

La preparazione di un testo richiede attenzione ai dettagli:

- si dovrà decidere se scrivere un termine in maiuscolo o in minuscolo;
- se usare le lettere oppure le cifre per scrivere un numero;
- se fare uso di una certa abbreviazione o di un certo simbolo;
- se usare il corsivo per le parole straniere oppure lasciarle in tondo.

È fondamentale mantenersi coerenti alle proprie scelte redazionali.

ABBREVIAZIONI, SIMBOLI E SIGLE

Punto finale

L'abbreviazione è seguita dal punto

- all. = allegato
- app. = appendice
- cfr. = confronta

Iniziale

Il maiuscolo/minuscolo iniziale dell'abbreviazione rispecchia quello del termine originale

cap. = capitolo

Trib. = Tribunale

Cost. = Costituzione

Spaziatura

Quando l'abbreviazione è formata da due sole lettere entrambe puntate, non viene messa alcuna spaziatura tra le due

a.C. - d.C. vale anche per n.d.a. - n.d.c. - n.d.t. - n.d.r.

Plurale

L'indicazione del plurale è ottenuta di norma con un raddoppiamento della lettera finale dell'abbreviazione

voll. = volumi

pp./pagg. = pagine

nn. = numeri

Indicazioni di misura

m - km - cm - mm - g - kg - km/h... **sono simboli che fanno parte del Sistema Internazionale (SI), non abbreviazioni e non devono avere il punto.**

I simboli degli elementi chimici si scrivono senza punto e con la prima maiuscola

Ag - Cl - Na...

Generalmente, per motivazioni prevalentemente estetiche,

le sigle (o acronimi) sono preferibilmente senza punti fra le lettere e in maiuscolo

USA - FAO - UNICEF - UTET - SSN...

Tuttavia quando l'acronimo è divenuto un termine di uso comune, può essere dato in carattere normale e iniziale maiuscola

Onu - Ocse - Nato - Aids

ACCENTI E APOSTROFI

È obbligatorio l'accento su determinati monosillabi che potrebbero generare ambiguità

è (verbo essere) - e (congiunzione);

dà (verbo dare) - da (preposizione);

sì (affermazione) - si (pronome);

sé (pronome riflessivo) - se (congiunzione);

dì (nel senso di giorno) - di (preposizione);

né (negazione) - ne (pronome);

là (articolo) - là (avverbio di luogo);

lì (pronome) - lì (avverbio di luogo).

ATTENZIONE

Le vocali a, i, o, u si scrivono sempre con l'accento grave (à, ì, ò, ù)

La vocale e invece può avere l'accento grave o acuto.

Vogliono la "è" (accento grave)

è, ahimè, caffè, cioè, tè (bevanda, e non the),
inoltre tutte le parole di origine straniera:
bignè, canapè, gilè, lacchè...
ma anche i nomi propri e i cognomi:
Giosuè, Mosè, Giuffrè...
e infine alcune forme tronche di uso antico:
piè, diè...

Vogliono la “é (accento acuto)
perché, finché, giacché, altroché,
poiché, dopodiché, affinché, cosicché,
granché, dacché, mercé, scimpanzé,
viceré, testé, macché...

i composti di tre (ventitré)
le forme del passato remoto (poté, rifletté)

Vanno accentate anche:

però, così, ciò, perciò, giù, più, lunedì, martedì...
e le forme del futuro: andrò, farò, dirà...

Le vocali maiuscole: È e così anche per CITTÀ, PERÒ...

Richiedono invece l’apostrofo:

po’ (poco)
mo’ (modo)
di’ (imperativo: tu dici)
be’ (bene, è accettata anche l’esclamazione “beh”)
fa’ (imperativo: tu fai)
sta’ (imperativo: tu stai)
va’ (imperativo: tu vai)

Nota bene: Non vanno mai accentati né apostrofati sta, va, fa in terza persona singolare

“un” femminile seguito da parola che inizia per vocale vuole l’apostrofo

un’amica - un’omissione - un’azione...

“un” maschile non lo richiede mai: un amico - un umore - un amore...

Stessa regola vale per i composti: nessun altro - qualcun altro / nessun'altra - qualcun'altra

È corretto scrivere qual è e tal è

Davanti a vocale si usa l’apostrofo se la stessa forma non può sussistere davanti a consonante:

Posso scrivere qual è / tal evento / buon anno

Perché posso scrivere qual sarà / tal caso / buon Natale

Posso scrivere buon’azione / pover’uomo

Perché non posso scrivere buon passeggiata / pover diavolo

CITAZIONI

Una citazione può essere inserita nel testo o isolata da esso a seconda della sua lunghezza.

Se è breve sarà inserita nel testo e racchiusa tra “virgolette alte” o «caporali».

Se invece è lunga può essere eventualmente scorporata dal testo e composta in corpo minore e separata da una riga di spazio sopra e sotto.

Così impaginata, la citazione non ha più necessità di venire racchiusa tra virgolette.

Le citazioni dovranno riprodurre fedelmente il testo originale.

In presenza di **errori dell’originale** questi andranno riportati nella citazione ed eventuali refusi saranno segnalati fra parentesi quadre con il segno convenzionale [sic]

CORSIVO

Il *corsivo* all’interno di un testo in tondo viene utilizzato per dare rilevanza a parole, termini, nomi e titoli anche nel tentativo di differenziarli dal contesto in cui sono inseriti.

Alle stesse condizioni, in un testo completamente corsivo, si userà il tondo.

Quando si usa il corsivo

- **titoli delle opere dell’ingegno** *La dolce vita* di Fellini stasera su RaiMovie.
- **nomi di documenti ufficiali** *La Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo* fu votata dalle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948.
- **espressioni o termini stranieri, dialettali o latini** *Spiegare de facto e de iure*
- **termini o espressioni cui si voglia dare particolare significato (ironico, enfatico)** Chi è quell’*artista* che ha imbrattato il muro?

LA “D” EUFONICA

Le forme ed, ad, od, sono comunemente usate soltanto quando la parola seguente comincia rispettivamente per e, a, o.

Andando **ad** Ancona mi sono fermato **a** Orvieto, città che, insieme **a** Erice **ed** Empoli è tra le più belle.

Nota bene: La forma od è ormai sempre più rara, anche davanti a o.

Fa spesso eccezione, per consuetudine, ad esempio.

MAIUSCOLO E MINUSCOLO

L’uso del maiuscolo, necessario in alcuni casi e opinabile in altri, è sempre stato oggetto di controversie e differenti modi di applicazione.

Quando ci troviamo di fronte a un problema pratico dobbiamo scegliere una soluzione e rispettarla ogni volta.

Si scrive **Monte Bianco**, **monte bianco**, **Monte bianco** o **monte Bianco**?

Alcuni esempi

I nomi dei mesi, dei giorni della settimana e delle nazionalità vanno minuscoli (a differenza dell'inglese), quindi: giugno, mercoledì, italiano, americano

I nomi di stati esteri, continenti, città e aree geografiche o suddivisioni storiche e politiche vanno maiuscoli: Roma, Italia, Europa, America, il Lazio, l'Impero Romano, il Neolitico

I nomi comuni che fanno parte di nomi propri: il Monte Bianco

I nomi dei monumenti e i nomi astronomici vanno maiuscoli: la Torre di Pisa, Urano, però sole, luna e terra, intesi in senso generico, vanno minuscoli, quindi: il pianeta Terra, oggi c'è il sole

Si usa la lettera minuscola per i termini geografici comuni: il mare, a nord, il territorio ligure, l'equatore, i tropici, le stelle, il mar Mediterraneo

Soprannomi: Lorenzo il Magnifico, Il Perugino, Il Tintoretto, Il Santo (per San Francesco o Sant'Antonio)

Nomi astratti personificati, nomi di personaggi immaginari: Pulcinella, la Befana, Babbo Natale, il Tempo, il Male

Anche la prima parola di un titolo di un libro, di un'opera teatrale, di un film è maiuscola: La sera del dì di festa ma **I Promessi Sposi** e **La Divina Commedia**

Titoli e cariche che si accompagnano al nome:

di politici: il presidente Pertini, l'onorevole Bianchi

di militari: il colonnello Bernacca

di religiosi: suor Germana, don Tarcisio

professionali: l'avvocato Rossi

nobiliari: la principessa Carolina

Titoli usati da soli: l'Ammiraglio, il Cardinale, il Generale, il Primo Ministro, i ministri europei

Enti, istituzioni, organizzazioni: ONU, Organizzazione delle Nazioni Unite

Manifestazioni e festività: le Olimpiadi, la Fiera di Milano, il Giro d'Italia, la Pasqua, la Quaresima, il Ramadan, il Columbus Day, il Primo Maggio

Premi e decorazioni: la Legion d'Onore, il premio Oscar, il premio Strega, il Campiello

Religioni (nomi ufficiali maiuscoli, gli altri minuscoli): la Chiesa Cattolica, l'Islam, la Chiesa Evangelica, il Buddismo, i cattolici, i musulmani, i mormoni, i francescani, le chiese cristiane

Vie, piazze: via Cavour, piazza Indipendenza, il quartiere Giambellino, Porta Pia, Porta Nuova, Ponte Vecchio

Palazzi e monumenti: il palazzo municipale, palazzo della Borsa, il liceo Serpieri, Palazzo Pitti, Maschio Angioino, Palazzo Chigi

Punti cardinali: si diresse a nord, i paesi del Nord, America del Nord, i rapporti Est-Ovest, i problemi del Meridione

PUNTEGGIATURA E SPAZI

Di seguito alcuni suggerimenti per utilizzare correttamente la punteggiatura.

Eliminare i doppi spazi tra una parola e l'altra (si può fare automaticamente con il comando trova “__” [digitare due spazi] e sostituisci “_” [digitare uno spazio])

I segni di punteggiatura (. , : ; ! ? ...) vanno sempre attaccati alla parola che precede e staccati con uno spazio dalla parola che segue.

I puntini di sospensione sono sempre in numero di tre; anche questi, come gli altri segni di punteggiatura, vanno attaccati alla parola che precede e staccati con uno spazio dalla parola che segue: Paolo... che dici?

È scorretto usare più di un punto di domanda e più di un punto esclamativo (!!! ???) al massimo è consentito l'uso combinato per dare una certa enfasi “?!” o “!?”; da evitare assolutamente grafie del genere “...!!!!?!!?!”

Controllare che alla fine di ogni frase (specialmente se si va a capo) ci sia il punto fermo “.” oppure il punto esclamativo “!” o interrogativo “?”

Controllare che le parentesi e le virgolette siano sempre chiuse.

Il trattino breve “-” che si usa solitamente per le parole composte va attaccato alle parole che precedono e seguono: artistico-letterario, Milano-Napoli, nord-est.

Il trattino medio “ – ” si usa per gli incisi e va sempre separato con uno spazio dalle parole che precedono e seguono: Giovanni – che si sentiva ancora giovane – amava andare in discoteca.

DATE E NUMERI

I numeri si scrivono in cifre arabe: Il 23 novembre 1974.

Con quel nuovo fertilizzante la pianta arrivò a 1,71 m.

Abito al numero 29 di via Sardegna.

La pagina 112 non è stata fotocopiata.

La città dove vivi ha 110.000 abitanti.

Fanno eccezione le annate, i corpi d'armata, le flotte, le flotte aeree che si scrivono con cifre romane senza l'esponente: La V flotta americana.

A seconda del contesto (e del buon senso) si preferirà scrivere: Vinse tre medaglie. Lo attese per un anno intero. Ha un cugino dodicenne (mai 12enne!).

Il puntino va sempre messo alle migliaia

(3.000; 12.000; 100.000), ad eccezione degli anni nelle date e del numero delle leggi

Nacque nel 1959. La legge 24 dicembre 1954, n. 1254.

Va segnalato l'uso anglosassone del punto nei numeri decimali (0.9 - 1.3) e, specie se è in maggioranza all'interno del testo, uniformare al criterio italiano della virgola (0,9 - 1,3).

Naturalmente, nei testi in lingua inglese conviene mantenere l'uso del punto.

Le cifre non si contraggono:

nell'indicazione delle pagine Pp. 15-16, 130-138, 1359-1360, 1199-2002.
nelle date di nascita e morte Charles Darwin (1809-1882).

In tutti gli altri casi:

Sbagliato	Corretto
1963-4, 1963-'64	1963-1964
marzo '63	marzo 1963
22-3-1963	22 marzo 1963
20° secolo	XX secolo

Nota bene: è soggetta a scelte redazionali la forma relativa ai secoli e agli anni: Ottocento oppure '800; anni Cinquanta oppure anni '50.

Le ore del giorno (da: <http://www.sergiolepri.it/consigli-per-una-corretta-scrittura/>)

Le ore: in cifre, ma meglio in lettere in un testo narrativo ("alle 9 di stamani, ma, meglio, "alle nove di stamani"). Meglio dividere il giorno in dodici e dodici ore ("alle otto di stamani", "alle cinque del pomeriggio", "alle otto di sera"). "A mezzogiorno" è meglio che "alle dodici"; si dica "a mezzanotte", non "alle ventiquattro".

Ore e minuti: in lettere e in maniera discorsiva in un testo narrativo ("le otto e dieci", "le nove e un quarto", "le dieci e venti", "mezzogiorno e mezzo", "l'una meno un quarto", "dieci minuti all'una" o "dieci minuti prima dell'una"); negli altri casi, non narrativi (es. programmi radiofonici, televisivi, orari di avvenimenti, tempi di gare sportive e altro) le ore e i minuti sono dati in cifre e le ore sono separate dai minuti con un punto, "24.00" indica la mezzanotte ("00.00" è negli orari ferroviari).

Ore, minuti, secondi: nelle gare sportive si separano con un punto ("3.04.35"); in maniera discorsiva nella cronaca ("Il vincitore ha impiegato tre ore, quattro minuti e 35 secondi").

Zero: è un modo burocratico (solo a volte necessario: negli orari dei treni e degli aerei); da non usare al posto di "mezzanotte" ("Lo sciopero comincerà a mezzanotte di domenica", non "alle zero di lunedì").

Una: si dica "è l'una", non "sono le una".

Nella lettura di testi inglesi o americani (giornali o agenzie) si ricordi che le ore vanno da 0 a 12, seguite dalla specificazione AM o Am o am (dal latino "ante meridiem") oppure PM o Pm o pm ("post meridiem"); in genere le ore sono separate dai minuti con due punti (per es. "14:20 pm"). Nelle agenzie di stampa internazionali le ore di trasmissione delle notizie sono accompagnate dall'ora gmt o sono espresse in ore gmt; in quasi tutte le agenzie l'ora segnata in calce alla notizia indica l'ora di inizio di trasmissione della notizia, non la fine.

IL PLURALE DELLE PAROLE STRANIERE

I nomi stranieri italianizzati, di comune utilizzo, diventano indeclinabili: **non** assumono pertanto la forma plurale. Il senso singolare o plurale va espresso attraverso il contesto: molti film, due chalet, i best seller, gli sport, i computer, gli stakeholder. Fanno eccezione le parole entrate nella nostra lingua proprio al plurale peones, tapas, avances, jeans.

Vita dell'Ordine

Convention FNOMCeO a Rimini



Si è svolta a Rimini il 19, 20 e 21 maggio 2016 la terza Conferenza nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica sul tema: *Guardiamo al futuro. Quale medico, quale paziente, quale medicina nel SSN?*

Le prime due conferenze si erano svolte a Fiumicino nel 2008 (*I medici per una buona sanità*) e a Roma nel 2010 (*La qualità professionale per la qualità delle cure*).

Organizzata dalla FNOMCeO, ha visto la partecipazione dei 106 Ordini dei medici nazionali, dei sindacati medici e delle società scientifiche. Nella giornata inaugurale del 19 maggio, dopo i saluti del presidente della FNOMCeO dott.ssa Roberta Chersevani, del presidente dell'Ordine dei medici di Rimini



dott. Maurizio Grossi e delle autorità, si è svolta una tavola rotonda dal titolo: *L'evoluzione, il contesto, i problemi e i principi fondanti della professione medica e odontoiatrica.*

La giornata principale è stata quella del 20 maggio con quattro *workshop* intitolati *Quale medico – Quale paziente – Quale medicina – Quale organizzazione*, ognuno dei quali ha prodotto un documento.

Nella stessa giornata è intervenuto il ministro della Sanità on. Beatrice Lorenzin che ha tenuto un lungo discorso esaltando la figura del medico come elemento fondamentale del SSN, ha ribadito di non volere in alcun modo la “proletarizzazione” della professione medica e infine ha espresso la sua preoccupazione



sulle vaccinazioni, specialmente a Rimini, dove vi è una delle più basse percentuali di vaccinati. Nella giornata conclusiva di sabato 21 maggio in assemblea plenaria sono stati presentati i documenti prodotti dai quattro *workshop*, destinati a confluire in un unico documento che verrà approvato dal Consiglio nazionale della FNOMCeO. In questo documento verrà tratteggiato il profilo della Sanità dei prossimi 5-10 anni dal punto di vista del mondo medico.

Franco Mandolesi



XVII edizione del torneo di doppio giallo misto "Esculapio"



A Cattolica il 28 maggio, nella bella cornice del Circolo tennis Cerri, si è tenuta la XVII edizione del torneo di doppio giallo misto "Esculapio" riservato a medici, informatori farmaceutici e amici.

I sedici partecipanti hanno dato il via alle gare nel primo pomeriggio: la formula scelta per l'occasione è stata quella dei gironi all'italiana con sorteggi di abbinamento per ogni coppia e rispettivi avversari, per dare a tutti la possibilità di scaldarsi adeguatamente e potersi conoscere tra colleghi e amici attraverso il gioco. La prima fase è servita all'organizzazione per determinare la griglia dei quarti di finale, dove sono arrivate le prime eccellenti esclusioni: il talentuoso Matteo Bruglia, il giovane emergente Jacopo Mainardi e il veterano Gianluca Costantini, recordman del torneo avendo partecipato a tutte le edizioni dell'"Esculapio". Proseguivano la loro avventura in semifinale i padroni di casa cattolichini Giorgio Gerboni (direttore del torneo) ed Emanuele Romani, che insieme affrontavano – avendone la peggio – i lanciatissimi Roberto De Luigi e la vera *outsider* del torneo, l'arcigna e tenace Sonia Pivi. Nella seconda semifinale si sono sfidati fino

all'ultima palla Roberto del Prete, un vero gentleman dei gesti bianchi, in coppia con un irruento Mariano Ticchi, i quali hanno avuto la peggio contro il navigato e plurifinalista Marcello Mancini e l'inatteso ma sorprendente Gigi (il cui cognome purtroppo ci sfugge). Siamo dunque arrivati alla finale dopo un pomeriggio di sfide. Il sorteggio, a dire il vero pilotato, ripropone Pivi-De Luigi vs Mancini-Gigi. L'avvio è tutto per la coppia maschile che si porta avanti nel set, ma un deciso De Luigi e un'eroica e stoica Pivi si aggrappano al *match*: i pallonetti assassini di Sonia e le accelerazioni vincenti di Roberto fanno il resto, determinando la rimonta fino al 6 pari e la chiusura di un drammatico *tie-break* col punteggio di 10 a 8.

Per la prima volta nella storia del torneo una coppia mista vince. De Luigi è un habitué della vittoria e scrive per la quinta volta il suo nome nell'albo d'oro, ma per Sonia Pivi si tratta della prima vittoria (la prima del gentil sesso): complimenti e onore a lei da tutti i partecipanti che durante la finale hanno preso senza esitare la sua parte.

Guido Carlotti

Medici nel mondo

Fare sanità in Zimbabwe. L'Ospedale Luisa Guidotti di Mutoko



Le attività a favore dell'Ospedale Luisa Guidotti, retto per tanti anni e portato alle dimensioni attuali dalla dott.ssa Marilena Pesaresi e guidato ora dal dott. Massimo Migani sono incalzanti: Rimini tutta è invasa dalle ormai famose insegne multicolori di "Rimini for Mutoko". Giorgio Casadei, la moglie Barbara e tutti gli amici del loro staff sono al lavoro per l'organizzazione di eventi destinati alla raccolta fondi. La Fondazione Marilena Pesaresi con il suo presidente, prof. Leonardo Cagnoli, darà concretezza alle generose donazioni dei riminesi con la gestione dei numerosi progetti di assistenza sanitaria e di funzionamento generale dell'Ospedale.

Un po' di storia

- 1930 i Gesuiti fondano la missione cattolica *All Souls*, localizzata in una zona rurale a circa 25 Km dalla città di Mutoko.
- 1932 le Suore Domenicane giungono alla missione e aprono un ospedale al suo interno.
- 1968 l'ospedale è accreditato dalla Afmms (Associazione Femminile Medico-Missionaria) La dott.ssa Maria Elena Pesaresi e l'infermiera Caterina Savini facevano parte dello staff.
- 1969 la dott.ssa Luisa Guidotti sostituisce la dott.ssa Pesaresi, che viene chiamata ad operare in un ospedale missionario in Zambia.
- 1976 l'ospedale è ufficialmente accreditato presso le autorità locali come "Ospedale Missionario" con la dott.ssa Guidotti direttore medico e Caterina Savini (Rina) direttore del personale infermieristico.
- 1979 la dott.ssa Luisa Guidotti è trucidata da forze di sicurezza durante la guerra di indipendenza.
- 1982 la dott.ssa Maria Elena Pesaresi ritorna ad *All Souls* come direttore medico.
- 1983 l'ospedale, fino ad allora denominato "*All Souls Mission Hospital*" viene rinominato "*Luisa Guidotti Hospital*".
- 2014 il dott. Massimo Migani è nominato direttore dell'ospedale in sostituzione della Dott.ssa Marilena che ha raggiunto l'età del meritato riposo.

Abbiamo accennato alla guerra di indipendenza e siamo convinti che non si possa parlare del funzionamento di un ospedale in Africa senza fare riferimento alla situazione del paese nel quale è situato. Lo Zimbabwe è stato l'ultimo stato dell'Africa a conquistare l'indipendenza. In realtà già nel 1965, nel paese, i bianchi rhodesiani si erano unilateralmente staccati dalla Gran Bretagna creando un sistema di *apartheid* simile a quello del Sud Africa. Dopo la guerra civile degli anni Settanta, nel 1980 viene proclamata l'indipendenza e il paese diviene ufficialmente Zimbabwe con riconoscimento internazionale.

Dapprima paese ricco, tanto che era conosciuto come la Svizzera d'Africa, lo Zimbabwe si è progressivamente impoverito e in particolare dagli anni Duemila inizia una crisi culminata con una rapida crescita dell'inflazione, che nel 2008 ha raggiunto il 355.000% annuo (studi indipendenti di università occidentali danno un incredibile valore di 10²¹% annuo). La moneta nazionale è stata forzatamente abbandonata e da allora sono in uso dollaro americano e rand sudafricano.

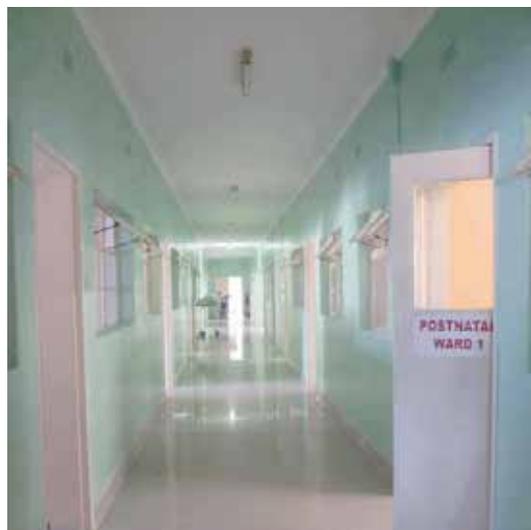
In questa drammatica situazione il sistema sanitario è in forte crisi e si regge principalmente grazie ai programmi di collaborazione sanitaria internazionale. Si stima che il 90% degli ospedali non abbiano tutti i farmaci essenziali in magazzino e che lavorino in generale al 30% del loro potenziale, che solo il 10% della popolazione abbia una qualche copertura assicurativa sanitaria e che di conseguenza un enorme numero di pazienti rinunci a rivolgersi al medico per mancanza di denaro.

L'Ospedale oggi

Il Guidotti è di proprietà dell'Arcidiocesi di Harare e ha 120 posti letto registrati con le seguenti unità funzionali: Dipartimento dei pazienti ambulatoriali (*Outpatient Department*), Farmacia, Medicina Uomini e Donne, Reparto Pediatrico, Maternità con sala parto, Reparto Isolamento, Reparto Chirurgico e Sala Operatoria, Laboratorio Analisi, O.I. Clinic (per il follow-up e il trattamento dei pazienti HIV positivi), Reparto di Riabilitazione, Reparto Odontoiatrico e Oculistico.

Il personale medico è composto al momento da tre unità, due medici africani e una dottoressa siciliana, infettivologa, che ha preso servizio da pochi mesi, dopo numerosi e anche prolungati periodi di volontariato e studio in Zimbabwe. Il personale infermieristico, tecnico e amministrativo è tutto africano.

Il suo bacino di utenza diretto è di 9.729 cittadini ed è un centro di riferimento per le circostanti cliniche rurali (*"rural clinics"* con personale esclusivamente infermieristico) delle aree di Mutoko Est



e Nord e di alcune cliniche del confinante Mudzi District con una risultante popolazione totale di 60.205 abitanti.

Per altro, specialmente per alcuni servizi, l'Ospedale riceve pazienti anche da altre aree, incluso la capitale Harare e altre province.

Statistiche dei pazienti ricoverati ed ambulatoriali

Nel 2015 sono stati ricoverati 2.077 pazienti ed è stata data assistenza a 20.789 pazienti ambulatoriali. Da segnalare che i numeri sono sempre in crescita dagli anni precedenti e la mortalità, nel 2015 del 4,4%, sempre in diminuzione, con una controtendenza nell'anno in corso, la cui probabile causa viene attribuita all'aggravarsi della crisi economica e della concomitante siccità che ha colpito il paese e in particolare diverse zone rurali (tra cui l'area in cui è situato l'ospedale).

O.I. Clinic (Opportunistic Infections clinic)

Al Luisa Guidotti è attiva una clinica per HIV positivi che assicura assistenza a pazienti con HIV e terapia antiretrovirale (ART).

Nel 2015 sono stati seguiti 994 pazienti dei quali 73 bambini. I pazienti vengono periodicamente



per la fornitura di farmaci, per le visite e per il monitoraggio del numero dei linfociti CD4. Se necessario, è assicurata la presenza di medici. C'è anche un programma di visite presso centri rurali periferici (*rural clinics*) per assicurare il funzionamento di gruppi di *counselling* e supporto di laboratorio, il tutto supervisionato da un medico specialista in malattie infettive.

PMTCT (Prevention of mother-to-child transmission). Programme Maternal and Perinatal Mortality Rates

Il 2015 ha visto un notevole incremento dei Servizi di maternità con un +36,9% di parti eseguiti in ospedale rispetto al 2014 (458 nel 2014 vs 627 nel 2015). Nonostante il miglioramento generale degli indicatori per questo settore clinico, quali ad esempio l'indice di mortalità perinatale (in calo del 50% dal 2014), i valori restano purtroppo ancora distanti dai riferimenti europei e per questo ulteriori sforzi saranno necessari. Purtroppo si sono avute tre morti materne (una malaria complicata, un incompleto aborto spontaneo, una paziente cardiopatica *defaulter* dalla terapia).

Per contro, grazie a un programma di aiuti alimentari volto a incentivare le prime visite precoci per le donne in gravidanza, si è passati dal 17,9% al 36,4% di prime visite effettuate entro il primo trimestre di gravidanza. Questo dato è in costante crescita e al di sopra della media nazionale. L'indice di parti cesarei è anche in crescita e nel ran-



ge dei parametri raccomandati dall'OMS (7% nel 2015 ed intorno al 9% nel 2016).

Dental Department

Avviato e condotto dal dott. Massimo Migani ha nel 2015 realizzato 1018 interventi odontoiatrici fra chirurgia orale e parodontale, terapia conservativa, protesica e implantologica.

L'attività è importante e molto richiesta per il rapporto costo/qualità estremamente favorevole e comunque, come accade per tutti i servizi dell'Ospedale, è fornita a titolo gratuito ai non abbienti.

"Operazione Cuore" programme

Nel 1985 la Marilena Pesaresi ha chiesto aiuto al fratello Antonio, cardiologo all'ospedale di Rimini, per dare aiuto ai bambini cardiopatici. Da allora molti pazienti sono stati inviati per intervento cardiocirurgico in Italia usufruendo di fondi pubblici, in particolare negli ultimi anni, della Regione Emilia-Romagna che dal 2012 ci permette di intervenire su 15-20 minori/anno. Attualmente anche la Lombardia e la Liguria, pur in modo meno prevedibile ci permettono di curare un buon numero di bambini e adolescenti. Alcuni cardiologi di Rimini insieme a cardiologi pediatrici dell'Istituto di Cardiologia di Bologna svolgono due-tre missioni all'anno per rivedere i pazienti operati e per valutare nuovi inserimenti in lista operatoria.

Nel 2015 sono stati operati un totale di 27 pazienti di cui sette in Kenya da una equipe di cardiocirurg-

ghi italiani. I viaggi e la permanenza dei bambini che vengono in Italia sono gestiti dalla Caritas Diocesana di Rimini, diretta da don Renzo Gradara, nella persona della sig.ra Sara Barraco, che coordina anche l'ospitalità presso le famiglie riminesi.

INR monitoring programme Un programma per monitorare localmente i pazienti che sono stati operati per sostituzione valvolare e quelli che sono in lista per intervento con indicazione a terapia anticoagulante è stato creato nel 2013 per iniziativa del dott. Flavio Bologna e della ex caposala di Cardiologia Cesarina Marchini. L'attività è finanziata in toto dalla *Fondazione Mission Bambini* di Milano e attualmente coinvolge più di 50 pazienti, in parte afferenti al Luisa Guidotti in parte alla zona di Harare.

Il programma è basato su connessioni via Internet fra i medici in Italia e i medici e infermieri dello staff del Guidotti.

L'aderenza dei pazienti ai controlli ha raggiunto più del 95% in media durante l'anno 2015 nella zona di Harare con l'unica limitazione dovuta alle difficoltà economiche di alcuni a raggiungere la sede di prelievo. Per questo sono stati previsti aiuti specifici.

Tutti i pazienti hanno la loro dose di Warfarin entro le ore 17 del giorno di sessione prelievi.

L'obiettivo è quello di rendere completamente autonomo il personale "africano" nella gestione della terapia anticoagulante.

Biochemistry, hematology and microbiology laboratory

Sono stati eseguiti, nel 2015, 41.236 esami, con un aumento del numero complessivo del 31% rispetto al 2014. Questo grazie al potenziamento delle capacità diagnostiche del laboratorio, con particolare riferimento alla biochimica in seguito all'introduzione di nuova apparecchiatura.

Radiology

Sono stati effettuati 1605 esami diagnostici nel 2015 (radiologia osseo-toracica); con questo volu-

me di esami, il Luisa Guidotti Hospital si conferma un centro di riferimento per la diagnostica per immagini per i Distretti di Mutoko, Mudzi e Murewa.

La politica dell'Ospedale

Le prestazioni sono fornite alla popolazione a tariffe fortemente agevolate ed i pazienti indigenti sono curati gratuitamente. In questo modo si garantisce, seppur in modo molto parziale, la sostenibilità della struttura e si riesce a orientare correttamente i rapporti con l'utenza.

L'assistenza alla povertà è comunque un obiettivo prioritario per l'Ospedale se si tiene in considerazione ad esempio che un volume di 1.605 prestazioni radiologiche viene erogato a un costo di 14.346 USD rispetto ad un costo in strutture private sempre in Zimbabwe valutabile in 56.125 USD e 6.598 interventi odontoiatrici ad un costo di 6.598 USD rispetto a 151.153 USD.

Le conclusioni

Il panorama nazionale e internazionale pone problemi di sopravvivenza dei servizi.

Seppur nel 2015 al Guidotti si sia riusciti a fornire cure primarie e specialistiche con un budget diretto di circa 50,1 USD/anno per paziente (inclusi i costi di tutto il personale ospedaliero), è sempre più difficile, soprattutto a seguito dell'imponente crisi economica che colpisce il paese, garantire nel lungo periodo la sostenibilità di quanto si è raggiunto insieme in questi anni.

Ringraziando tutti coloro che ci aiutano a continuare, secondo quell'ideale alto da sempre sostenuto dalla dott.ssa Pesaresi, cercando di fare del proprio meglio per garantire il meglio possibile per questi nostri fratelli dello Zimbabwe, rinnoviamo il nostro impegno di continuità di servizio, per le comunità di Mutoko e di questo bellissimo paese.

dott. Massimo Migani
dott. Antonio Pesaresi
dott. Flavio Bologna

Rubrica di Medicina generale



di Gianni Morolli

Il medico di medicina generale non è un controllore

Ci sono molti problemi complessi nella società. Tutti capiscono che occorre fare qualcosa ma spesso nessuno è in grado di dire cosa o come fare per migliorare.

Si pensa al MMG come al controllore di spesa (scandali e mazzette della sanità regionale a parte), il *gatekeeper*, o guardiano del cancello del mondo anglosassone, colui che decide o avalla ogni successivo passo verso i vari percorsi del SSN.

Al punto tale che qualcuno potrebbe pensare che la sanità sia altrove e non cominci proprio da lui, il MMG, che sembra stare al

SSN come il *triage* del Pronto soccorso all'ospedale... anche se, tutto sommato, dovendo recarsi dal proprio medico, ci si va volentieri, mentre l'idea di rivolgersi al pronto soccorso, fa rizzare i capelli. Ma questo non è argomento da trattare ora. Mi viene il sospetto che ci sia la tentazione, e l'idea, che il lavoro del MMG possa essere svolto da paramedici, motori di ricerca sulla rete, algoritmi del computer. Fermo restando il modello biomedico "a gradini" del SSN, il MMG è un "interprete" della medicina al quale le persone raccontano storie di sintomi, esperienze, emozioni, contesti sociali, paure e speranze. Al medico il compito di sintesi di questo materiale indifferenziato per dare un senso al paziente e un significato per i servizi che si occupano della salute. Talvolta ciò sfocia nella diagnosi, talvolta no, ma il risultato è quello di arruolare il paziente a partecipare a ciò che può e deve essere fatto. Il ruolo dell'interprete è cruciale per la qualità della cura e per la riduzione dei costi.

Inoltre il paziente percepisce l'approccio olistico e un conto è conoscere cosa dovrebbe essere fatto per un dato problema, un altro è condividere le prospettive, i valori, le circostanze per decidere cosa andrebbe fatto. Per essere buoni interpreti, è necessaria ampia conoscenza della medicina, eccellente abilità di consulto, capacità di capire gli aspetti psicologici del malessere e avere esperienza e pratica per gestire l'incertezza e il rischio. Una relazione che dura nel tempo tra medico e paziente è un valore aggiunto. L'interprete seleziona i pazienti ad alta probabilità di malattia organica che necessitano di invio, semplificando e rendendo più efficiente la medicina di secondo livello. Senza questa operazione assisteremmo a una grande frammentazione dell'approccio olistico, a un eccesso di esami diagnostici, a sovra trattamento, ad aumentata iatrogenicità.

Resta il fatto che non tutti gli aspetti delle cure primarie necessitano direttamente del MMG e richiedono diverse figure professionali (nurse, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, addetti a politiche di prevenzione) ma nessuna di queste è addestrata a occuparsi della persona nella sua globalità. Il MMG è come un allenatore-giocatore: può non essere in campo, ma è il tattico e lo stratega che assicura che il *team* che si occupa del paziente faccia risultato. Quindi interprete, medico generalista ma soprattutto guida, per dare un senso, spiegare, dare una mano.

Se chiediamo ai pazienti, molti ci diranno che questo è ciò che vedono nel loro MMG.

Medici ma non solo



di Franco Magnoni

Del Diavolo

È stato detto che la più grande astuzia moderna del Diavolo sia quella di convincere gli uomini della sua inesistenza, cancellandosi nelle nostre coscienze tecnocratiche come una vecchia e tramontata superstizione.

Questa "tattica" è magistralmente esposta in un colloquio epistolare tra demoni, ne *Le lettere di Berlicche* di Sinclair Lewis, dove lo zio Berlicche tenta di educare il nipote Malacoda a traviare gli umani. «Sua potente Abissale Sublimità il Sottosegretario Berlicche» istruisce suo nipote Malacoda, un giovane diavolo apprendista tentatore. Ma oggi a me pare che il «principe di questo mondo», come Cristo definisce il Diavolo, non si preoccupi molto di mimetizzarsi, di cancellare dal male che sparge sulla terra le proprie impronte digitali o, se si preferisce, la propria metafisica sigla. Pare che ai tempi nostri il mondo non si trova *nell'ombra* ma smaccatamente *sotto il sole* di Satana, un Satana ben percepibile, se non nitidamente certo nel crudo barbaglio dei suoi crimini. Non che sia più facile credere nel Diavolo che in Dio, ma poter anche risalire alla certezza di Dio dal Diavolo, dopo aver cioè sperimentato e vissuto la presenza, la strapotenza, la fantasia instancabile del cosiddetto Maligno.

A suo tempo Gustavo Bontadini, filosofo esponente del movimento neotomista dell'Università Cattolica di Milano, scrisse che «il male è tanto che sembra superare l'abilità dell'uomo, la nequizia, il cinismo, la belluinità anche dell'uomo peggiore. Di qui il Diavolo come adeguata causa». Viene da ricordare i tempi dei campi di sterminio, l'atomica, i genocidi, l'ascesa del *jihadismo*, l'organizzazione terroristica ora più potente, le tensioni in Medio Oriente, le incapacità e il collasso dell'Unione Europea, gli imponenti flussi di profughi ove anche l'accoglienza può essere *business* così che il male appare tanto che sembra superare l'abilità dell'uomo. È dunque possibile credere, più che secoli fa, all'esistenza oggi del Diavolo?

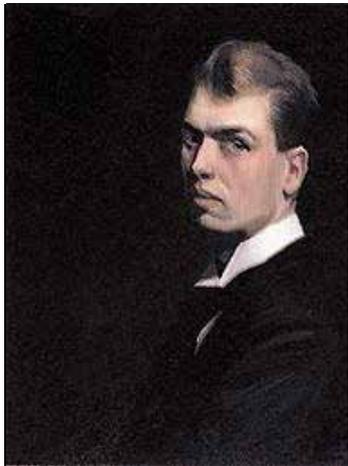
Del Diavolo la vecchia teologia ci ha parlato di angelo ribelle poi precipitato dal Cielo per una libera sfida di orgoglio e opposizione

a Dio, di sua eterna sopravvivenza come intelligentissimo spirito del male, tentatore degli uomini quaggiù in terra. La nuova teologia, quella più spinta, americana, radicale, della cosiddetta "morte di Dio", probabilmente revisionista sull'argomento Satana, è distratta e reticente sul conto di lui. Ma a noi interessa, forse, più di una definizione teologica del Diavolo – impossibile e ardua in questa sede – accennare al rapporto di lui con noi, il suo modo d'intervento nelle nostre cose, sul nostro modo di essere di viventi. Ci viene da pensare che, oltre al mutarsi della sua figura concettuale e iconografica, Satana mostri di avere mutato anche l'essenza delle sue seduzioni, dei suoi metodi e delle sue baratterie nei confronti dell'uomo.

Un tempo (i tempi goethiani del dottor Faust), per possederle il Demonio offriva alle anime ricchezze, voluttà, giovinezza. Oggi, mi sembra, Mefistofele preferisce avvelenare le anime con l'angoscia, col tedio e la noia, strapparle a Dio con gli ingredienti della depressione e della disperazione piuttosto che con gli entusiasmi mondani. Perfino il sesso – il supremo dittatore del nostro costume, nonché il più brillante stratega di Satana – è ridotto a tale frenetica inflazione che, a spodestarlo, si sono già affacciati gli allucinogeni.

Il Diavolo pare si annidi oggi, preferibilmente, nelle nostre nevrosi, le inventa e le alimenta, sguazzando in Freud, così come inventa e alimenta – per sgretolare la forza di Dio in noi – le moderne superstizioni. Abusando della nostra tristezza e del nostro vuoto serale e domenicale, ci tenta a premere l'acceleratore dell'utilitaria. Ci regala la velocità come spensierata, puerile scorciatoia all'omicidio. Così, in tanti dei nuovi comportamenti, Satana si rivela certo, se non più intelligente, sicuramente ben aggiornato. Perché il Diavolo non è sempre lo stesso, si sa aggiornare e i suoi "aggiornamenti" devono soddisfare non poco la sua ambizione e la sua vanità di Super-Divo, assetato di pubblicità. Visto che, come detto all'inizio, se ci sono tempi in cui il Diavolo non sa nascondersi, quei tempi sono i nostri.

Recensioni



Edward Hopper

Il più noto e affascinante pittore americano del XX secolo manifestò con la sua arte la propria attenzione verso le figure e i paesaggi caratterizzanti la vita nella prima metà del 1900.

La luminosità e il dettaglio ne rappresentano il tratto più emblematico, così come la cura quasi fotografica dell'immagine. L'artista newyorchese, vicino alla scuola del realismo, che contestava le idee manieristiche dell'inizio secolo, era un fautore dell'immediata trasposizione della vita moderna dalle strade alla tela.

Nonostante i suoi primi tradizionali tentativi di esordio nel mondo dell'arte in collettive a Manhattan, Hopper trovò la propria strada nel campo dell'illustrazione pubblicitaria, che lo impegnò fino agli anni Trenta. Nei primi decenni del 1900, si recò in Europa per prendere contatti con l'arte postimpressionista e rimase

alcuni mesi a Parigi, dimorando nel quartiere latino, assai ricco di fermenti culturali. Iniziò così a mostrare i primi segni del suo stile personale ed espressivo, non partecipando a precisi atelier pittorici, ma girovagando per la città, osservando e dipingendo quanto vedeva, senza farsi contaminare dalle nuove correnti del fauvismo, cubismo e astrattismo. Il suo stile, inizialmente basato su colori cupi e sulla descrizione di spazi ristretti, con dettagli di ponti, cortili e stradine, divenne successivamente più luminoso e aereo, con vedute della Senna, di personaggi ed edifici con un diverso e ampio respiro.

Tornato definitivamente negli Stati Uniti, Edward Hopper si diede alla ricerca di uno stile autenticamente americano, basato sulla descrizione della vita quotidiana, dei suoi soggetti e ambienti, in particolare sulla narrazione urbana di New York e sui paesaggi marini del New England. Nel 1918 prese parte al Whitney Studio Club, il più noto e attivo centro culturale del tempo e nel 1920 vi tenne la sua prima personale; nel 1924 espose alcuni suoi acquerelli alla Rehn Gallery, incontrando notevole fortuna di pubblico e di critica, permettendogli così di porre fine all'attività di illustratore di riviste e dedicarsi all'arte *tout court*. Hopper divenne il caposcuola dei pittori realisti che dipingevano la "scena americana", raggiungendo un successo sempre più eclatante, fino a



esporre nel 1933 la sua prima retrospettiva al MoMa. Nel 1934 acquistò una casetta nei pressi di Cape Cod, ove soggiornò spesso nei mesi estivi, descrivendone con efficacia e personalità il paesaggio marino con le sue spiagge, case e fari in numerosi dipinti. Nel 1967, a 85 anni, morì nel suo studio nel centro di New York, dove aveva da sempre abitato.

Il pittore viene spesso ritenuto il precursore della pop art, utilizzando uno stile del tutto personale, con un taglio cine-fotografico che si staccava ed evolveva da quello degli impressionisti francesi, che pure avevano influenzato le opere dei suoi primi anni. Lo stile di Hopper è personalissimo, improntato a un estremo realismo, con l'utilizzo efficace di colori anche brillanti, ma spenti in uno spazio simil-metafisico, quasi di impronta "alla De Chirico". Egli è stato definito "il pittore del silenzio", per la geometrica composizione dei suoi quadri, per la cura attenta dei dettagli, per il freddo gioco delle luci, spesso artificiali. Importante è la presenza della figura femminile, quasi astratta dalla scena, in splendida e meditabonda solitudine, immersa in un silenzio totalizzante e con sguardi e atteggiamenti persi al di fuori dei limiti del dipinto. La visione solitaria della realtà e l'atteggiamento struggente e assente dei soggetti danno alle sue opere una poetica del tutto personale, portandolo a dire «non dipingo quello che vedo, ma quello che provo» e «se potessi dirlo a parole, non ci sarebbe alcun motivo per dipingere», in stretta sintonia con il carattere schivo e taciturno del pittore.

Nella splendida cornice Carraccesca di Palazzo Fava a Bologna si è tenuta, dal 25 marzo al 24 luglio 2016, un'esposizione delle opere di Edward Hopper, provenienti dal Whitney Museum of American Art di New York, che ha ospi-

tato la pressoché completa produzione dell'artista (i.e., tremila opere, fra disegni, dipinti e incisioni). Unitamente ad acquerelli e disegni dell'artista sono state esposte 60 opere, tra cui i celebri capolavori **South Carolina Morning** (1955), **Second Story Sunlight** (1960), **New York Interior** (1921), **Le bistro or The Wine Shop** (1909), **Summer Interior** (1909) e **Soir Bleu** (1914). Essi descrivono compiutamente la poetica dell'artista, il suo preciso realismo, la solitudine e l'alienazione umana, con un taglio decisamente cinematografico che influenzerà anche una certa fase cinematografica USA ed europea, in particolare i film noir.

Il percorso espositivo è stato articolato in sei sezioni ed è servito a percorrere un ordine cronologico e tematico che si è dipanato lungo tutta la vita dell'autore. Dai primi anni francesi della produzione di Hopper, fino al periodo "classico" e più famoso degli anni '30 e '40 e degli anni '50 e, di seguito, alle più intense immagini dell'ultimo periodo, l'esposizione ha evidenziato tutta la più significativa opera dell'artista, ponendo l'accento non solo sulle più famose immagini di edifici urbani e dei loro abitanti, ma anche su vedute di dettagli apparentemente anonimi di spazi abitativi e di scorci di vita degli appartamenti *middle class*.

I dipinti evocano storie ed eventi quotidiani, pur lasciando nel vago e nell'irrisolto le azioni dei personaggi ritratti, mettendo in evidenza una vera e propria "cifra hopperiana".

Giustamente è stato sottolineato che «Il suo modo di guardare alla realtà è metafisico e, in certi casi, addirittura minimalista. Freddo ed essenziale, immediato e privo di giudizio. Sarà più ciò che anticipa di quel che rielabora dal passato, tradizionalista, ma mai minimalista».

Maurizio Della Marchina

Semiseria... mente



di Saverino La Placa

Passatempo

Indovinello

Più la pulisci più diventa nera... cos'è?

Rebus

$$\text{Apple} + \text{Apple} + \text{Apple} = 30$$

$$\text{Apple} + \text{Banana} + \text{Banana} = 18$$

$$\text{Banana} - \text{Grape} = 2$$

$$\text{Grape} + \text{Apple} + \text{Banana} = ??$$

Gioco con numeri

Un problema di multipli

Trovare quanti euro ci vogliono in modo che, se sono divisi, a 2 persone rimane 1 euro, divisi per 3 persone ne rimane sempre 1 e, ugualmente, se divisi per 4, per 5 o per 6 persone ne rimane sempre 1, ma se viene diviso per 7 non rimarrà nessun euro.

Soluzioni dei giochi del numero precedente:

$$(55+40+5 = 100 \text{ €}) (1+9+80+10 = 100 \text{ porci})$$

1 ferro e 9 scrofe, 40 euro per 80 porcelli. Con i rimanenti 5 euro compra altri 10 porcelli.

Spiegazione del gioco con numeri precedente: *In E S (nes)*

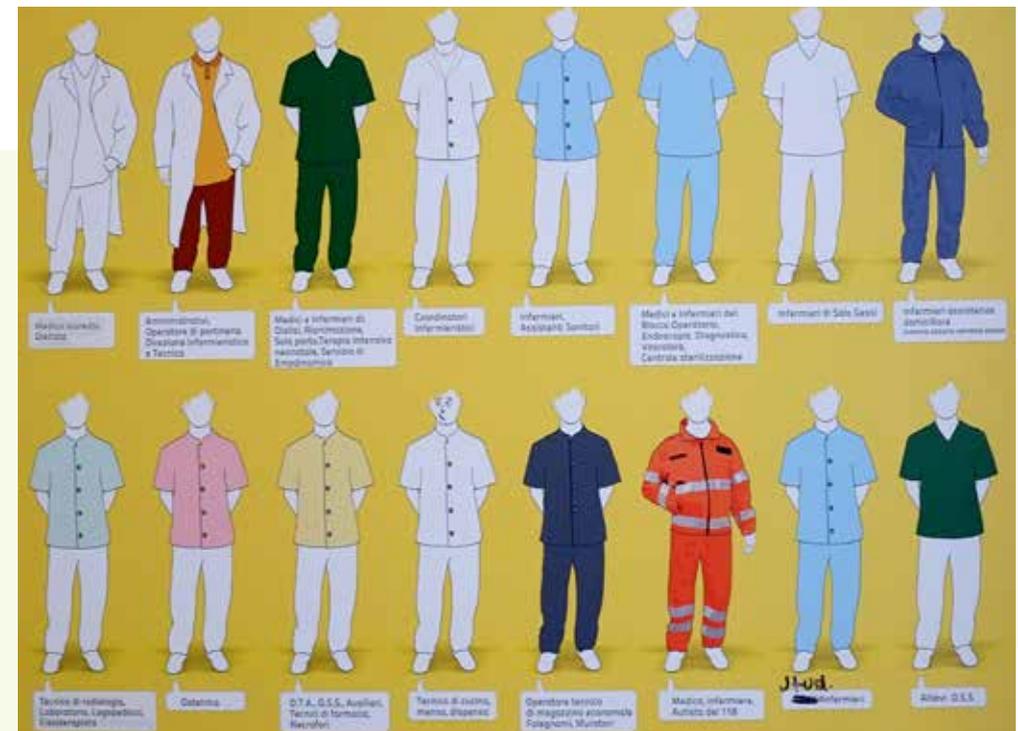
Spiegazione dell'indovinello precedente: *Non peccai perché Mela mangiai*

I colori dell'AUSL

Come noto (vedi foto) l'AUSL di Rimini ha da tempo adottato una serie di divise di diversa foggia e colore per distinguere medici, infermieri, tecnici, OSS, etc. Per una più facile e intuitiva individuazione di medici e relative specialità si suggerisce l'adozione di questi colori:

- cardiologi: rosso scarlatto
- ematologi: rosso vermiglio
- flebologi: blu
- ostetrici: rosa (o azzurro)
- radiologi: bianco e nero
- nefrologi: giallino pallido
- urologi: giallo paglierino
- epatologi: giallo
- gastroenterologi: marrone
- infettivologi: verde muffa
- dermatologi: macchiato
- ortopedici: gessato
- patologi: bianco lenzuolo
- otorini: tono su tono
- medici legali: color carta (bollata)
- diabetologi: carta da zucchero
- epidemiologi: a quadretti
- chirurghi: qualsiasi colore purché di ottimo taglio
- neurologi: a riflessi (cangianti)
- dentisti: avorio
- chirurghi plastici: Double face
- senologi: doppio petto
- anestesisti: qualsiasi colore purché riposante
- pediatra: arlecchino
- psicologi: grigio
- psichiatri: nero
- MMG: incolore

Marco Grassi



Corsi, convegni, congressi, attività culturali

CORSO REGIONALE AIUC DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE SULLA CURA DELLE ULCERE CUTANEE"

15 novembre 2016 – Palacongressi di Rimini

Iscrizioni e info: Centro Iperbarico Srl Ravenna 0544 509078, direzione@iperbaricoravenna.it

Presso la Segreteria dell'Ordine è disponibile il programma dell'evento

CENSIS 2016: 11 milioni di italiani rinunciano alle cure per difficoltà economiche



Spazio Ammi

AMMI e il 2 Giugno Settantesimo compleanno della Repubblica Italiana

Il nostro Prefetto, a Rimini da poco più di un anno, è donna e da subito ha accettato di essere nostra socia onoraria, essendo moglie di un medico. L'abbiamo incontrata in due occasioni: il 16 aprile in occasione della **VII Giornata del Medico e Odontoiatra**, e il **2 Giugno**, Festa della Repubblica. In entrambe le circostanze è emerso nei suoi discorsi che l'essere moglie di medico è stato ed è importantissimo nella sua vita. Blandizie o sincerità? Nella prima giornata potevano essere blandizie,



dato che il pubblico era completamente formato da giovani medici che sottoscrivevano il giuramento d'Ippocrate e da medici a fine carriera cui veniva riconosciuta la fedeltà alla professione per i cinquanta, sessanta, sessantacinque anni di Laurea in medicina. Ma nella seconda occasione, Festa della Repubblica, ci ha voluto al suo fianco per un'iniziativa molto simpatica, fresca e allegra: festeggiare il primo bambino nato a Rimini nella giornata del 2 Giugno.

Così, secondo le indicazioni di Sua Eccellenza, abbiamo acquistato una targa d'argento in cui abbiamo fatto incidere "Anche tu come me sei nata il 2 Giugno. Firmato La Repubblica Italiana". Abbiamo aggiunto un bel mazzo di fiori per la neo-mamma e un pupazzetto di peluche per la piccolina, entrambi abbelliti da un fiocco tricolore e alle ore 15 ci siamo incontrate in ospedale per portare l'omaggio alla piccola.

Cosa di meglio per la nostra associazione di mogli di medici? Avevamo già partecipato nella mattinata alla manifestazione cittadina dell'alzabandiera portando con orgoglio il nostro labaro assieme alle associazioni più importanti di Rimini, subito dietro ai gonfaloni dei comuni della nostra provincia e ora la nostra presidente insieme al prefetto Peg Strano Materia, nel nostro Ospedale, festeggiava la nascita della piccola italiana settant'anni dopo la nascita della nostra Repubblica e del nostro primo suffragio universale.

Alessandra Babini Corvetta

Spazio Federspev

Legittimato il “furto” sulle pensioni più ricche

Ricevuto da: Carmen Marini Spanedda,
presidente FEDERSPeV, sezione di Rimini

La Consulta ha “salvato” il contributo di solidarietà sulle pensioni superiori 14-20 e 30 volte il minimo INPS previsto dalla legge di stabilità 2014 del Governo Letta.

La Corte ha respinto tutti i rilievi di incostituzionalità sollevati da numerosi tribunali ordinari, amministrativi e contabili (saranno tutti incompetenti questi giudici e la sapienza giuridica regna sovrana solo in quel palazzo? Oppure si potrebbero ipotizzare motivazioni politiche?) sentenziando che questo prelievo non ha natura tributaria in quanto i risparmi rimangono all'interno del settore previdenziale (?) ed è giustificato, in via del tutto eccezionale, dalla crisi contingente e grave del sistema. Ha ritenuto, inoltre, che il prelievo rispetta il principio di progressività ed è di natura temporanea pur comportando (bontà sua) innegabilmente un sacrificio per i pensionati.

Ma perché si fa cenno, come fosse una giustificazione, alla “progressività” del contributo quando proprio la progressività, oltre alla universalità, è carattere peculiare del prelievo tributario (art. 53 Costituzione) negando poi al contributo in questione la natura di tributo?

Come si può ritenere che la legge Letta abbia rispettato i “paletti” posti dalla Corte su questa materia (eccezionalità, temporaneità, ragionevolezza) quando il prelievo interessato è triennale e fa seguito ad altri interventi analoghi nel triennio 2000-2002 (Legge Prodi) e nel quadriennio 2011-2014?

Come può farsi riferimento alla “crisi contingente e grave del sistema” (evidentemente previdenziale) quando il nostro sistema previdenziale è perfettamente sostenibile solo che fosse sollevato dal peso improprio del sistema assistenziale?

Né si è peritata la Corte, di chiedersi che fine abbiano fatto questi quattrini che si sono dispersi nel bilancio degli enti previdenziali.

La Legge Letta 147/2013, infatti, precisava che le risorse provenienti dal taglio delle pensioni avreb-

bero dovuto finanziare gli interventi a favore degli esodati; mentre gli importi provenienti dai vitalizi dei politici avrebbero dovuto alimentare il fondo di garanzia per le piccole e medie imprese e quello per la prima casa (la Corte, però, si è ben guardata dal pronunciarsi nel merito rinviando il tutto a data da destinarsi).

La legge di stabilità, sostengono, fra l'altro, i legali dei ricorrenti, è minata da “irragionevolezza” come, peraltro, rilevato dalla sentenza 116/2013 della stessa Consulta che aveva dichiarato incostituzionale la norma del governo Monti che istituiva un contributo di solidarietà.

Si verifica, infatti, un paradosso secondo cui un soggetto con un reddito di 150-300 mila euro non pensionistico, contribuisce di meno rispetto al pensionato che percepisce la stessa somma.

Tesi questa rigettata totalmente dall'Avvocatura dello Stato secondo cui il contributo è ispirato a “un principio di solidarietà sociale, progressivo e temporaneo... in un'ottica di solidarietà intergenerazionale” (e la Corte ha inopinatamente condiviso tale interpretazione).

Da rilevare, infine, che gli importi derivati dal prelievo (150 milioni di euro lordi circa) non sono sicuramente tali da risolvere la crisi profonda in cui versa l'INPS, ma la sentenza apre un'autostrada (senza pedaggio) al governo offrendo uno strumento in più in vista del varo della legge di stabilità.

Infatti le risorse da trovare per evitare l'aumento dell'IVA e delle accise nonché finanziare la riduzione fiscale sono enormi e la possibilità di reiterare ulteriori “furti temporanei e solidaristici” sulle pensioni d'oro da 2-3 mila euro lordi mensili può rivelarsi molto utile.

Noi continueremo le nostre battaglie in Europa e forse troveremo “un giudice a Berlino, pardon, a Strasburgo”.

Roma, 7 Luglio 2016

di Michele Poerio - Segretario Generale CONFEDIR.

Variazioni agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 14 GIUGNO 2016

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. FABIOCCHI Luca
dott.ssa FELETTI Valentina
dott. GIAMPAOLO Luca
dott. MENNILLI Giacomo

trasferimento da Bologna
trasferimento da Bologna
trasferimento da Bologna
trasferimento da Chieti

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BENVENUTI Maria Chiara
dott.ssa RINALDI Eleonora

trasferimento a Monza e Brianza
trasferimento a Forlì-Cesena

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa RENZI Giorgia

trasferimento da Bologna

Nulla Osta al trasferimento:

dott. ssa RINALDI Maria Francesca

trasferimento a Bologna

Variazione NOME e CODICE FISCALE:

da BATTAGLINO Maurizio Giacinto

a BATTAGLINO Maurizio

Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI

dott.ssa ZANGOLI Mariagrazia

di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 3 AGOSTO 2016

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BARTOLETTI Michele
dott.ssa BONINI Ilenia
dott. CAPRA Francesco
dott. ssa DE GRAZIA Alessia
dott. GALASSI Matteo
dott.ssa PARLADORI Roberta
dott.ssa PARMEGGIANI Serena
dott.ssa REGGIANI Letizia
dott.ssa ZAMBIANCHI Carlotta
dott.ssa ORTOLANI Patrizia

di Pietracuta
di Misano Adriatico
di Rimini
di Rimini
di Serravalle (RSM)
di Rimini
di Riccione
di Rimini
di Rimini
trasferimento da Ravenna

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BRIGHI Walter
dott.ssa RINALDI Maria Francesca

decesso 09.07.2016
trasferimento a Bologna

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. VENTURELLI Francesco

di Bellaria-Igea Marina

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. SURCINELLI Erasmo

cessata attività

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 1916 – Albo Odontoiatri nr. 372

