

n° 2/2017



il Notiziario

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

Anno XX, Numero 2, Aprile – Giugno 2017



il Notiziario

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

Anno XX, Numero 2, Aprile – Giugno 2017

Direttore responsabile: dott. Mauro Giovanardi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

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 Lorenza Bonifazi Marsciani, presidente AMMI, sezione di Rimini
dott. Luigi Cappella, medico di medicina generale, sindaco del Comune di Casteldelci
dott. Antonino Grillo, U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva - Rimini
dott. Marco Magi, odontoiatra e presidente nazionale S.I.O.H.
dott. Massimo Montesi, direttore Scuola di Etica Medica omceo Rimini
dott. Luigi Rusconi, cardiologo
dott. Marcello Tonini, direttore generale AUSL della Romagna
dott. Luigi Veneroni, U.O. Chirurgia Generale - 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
• Non dimentichiamo i medici	
IL PUNTO REDAZIONALE	5
SANITÀ LOCALE	7
• Giuseppe Nardi Direttore dell'U.O. Anestesia e rianimazione degli Ospedali di Rimini, Riccione, Santarcangelo, Cattolica e Novafeltria	
• I tumori pancreatici. Sono possibili prevenzione e diagnosi tempestiva? Evento del 21 gennaio 2017 Palazzo dell'Arengo di Rimini	
FOCUS SULLA PROFESSIONE	14
• Osteoporosi: ieri troppo, oggi poco?	
• Comunicazione professionale	
• Dell'acqua	
• La S.I.O.H. nel Codice di Deontologia Medica	
• Caccia all'Hp	
• Vivere in salute	
VITA DELL'ORDINE	29
• Ottava giornata del medico e dell'odontoiatra	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE	
• I "forzati" del lunedì	
MEDICI MA NON SOLO.....	36
• Un Nobel che ha fatto discutere	
• Grazie!	
RECENSIONI	40
• Notizie di Roberto?	
SEMISERIA...MENTE.....	42
MEDICI E PADELLE	43
• Il brodetto: storia e vicende di un mito della cucina	
PILLOLE E CAVILLI	46
• Note introduttive alla Legge Gelli-Bianco. In attesa della giurisprudenza e dei decreti attuativi.	
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI.....	52
SPAZIO AMMI.....	53
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	54

“È compito del medico prolungare la vita e non è suo compito prolungare l'atto della morte”

(Thomas Jeeves Horder – 1871-1955)

Editoriale



di Maurizio Grossi

Non dimentichiamo i medici

Sempre più frequentemente ho la sensazione che intorno a me ci siano persone e gruppi sociali che si sentono dimenticati, trascurati dalla politica, ai margini di ogni forma di potere. Queste persone sono quelle che fino a poco tempo fa erano rappresentative di ceti in ascesa sociale, che oggi si trovano vicine all'emarginazione e che con il voto politico esprimono il proprio disagio, che è sempre "contro il potere", quel potere che si è dimenticato di loro.

Anche tra i medici si percepisce disagio.

La medicina è in una fase di straordinario sviluppo tecnologico, le scoperte scientifiche si susseguono con mirabolanti ricadute mediatiche.

Il medico, da un lato è stretto tra il desiderio del cittadino di una "eterna giovinezza" grazie alla guarigione da ogni male e dall'altro tra la crescente difficoltà di mantenere una relazione di cura. Il medico aveva antiche certezze e antichi valori, basati sulla tutela della salute dei cittadini i quali oggi vogliono invece decidere da soli utilizzando il medico quale strumento per soddisfare i propri desideri.

Inoltre i costi crescenti della sanità costringono gli amministratori a interferire in modo sempre più invasivo nell'operato medico, erodendo progressivamente gli spazi di autonomia.

In questa complessa situazione le organizzazioni professionali sembrano sempre più in difficoltà a proporre e ad accettare le sfide poste dai bisogni dei cittadini.

D'altro canto è difficile proporre qualcosa quando manca un interlocutore politico. Poco si parla di sanità nei programmi politici e se lo si fa è solo per dire come eseguire piccoli tagli per mantenere un sistema universale con risorse decrescenti e costi crescenti.

Molti medici percepiscono di essere ormai un intralcio agli amministratori della sanità, questi ultimi tutti impegnati al necessario controllo di gestione dell'impresa sanitaria.

Molti medici hanno la sensazione che il loro lavoro sia sottovalutato, che le loro istanze e quelle dei cittadini siano inascoltate da chi dirige la politica e l'economia.

Si ha l'impressione che il patrimonio di conoscenza e di esperienza dei medici conti sempre meno nelle decisioni di politica sanitaria. In altre parole i medici molte volte si sentono dimenticati.

È sempre più forte la percezione della lontananza della politica dalla nostra professione, sempre più burocratizzata con la conseguente, sempre più diffusa, insofferenza per l'amministrazione.

Il rischio è che anche in medicina, come nella società, l'irrazionale prevalga sul razionale solo e unicamente per affermare la propria presenza.

La politica e gli amministratori sanitari diano ascolto ai medici, per rinsaldare quell'alleanza d'intenti che è la sola strada percorribile per la sostenibilità del Sistema Sanitario.

Il punto redazionale



di Mauro Giovanardi

Cari colleghi, ritorno sull'argomento vaccinazioni - che nello scorso *Redazionale* avevo accennato a proposito dell'articolo del collega Francesco Pio Ruggeri (*Meningite: reale pericolo o esagerato allarmismo?*) - per segnalarvi una notizia che ai primi di maggio ha trovato risalto sulla stampa locale.

Il prof. Roberto Burioni, ordinario di Microbiologia e Virologia presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, ha vinto il Premio Asimov per la divulgazione scientifica istituito dal Gran Sasso Science Institute dell'Aquila. Il premio gli è stato assegnato da una giuria di oltre 1400 studenti italiani di 32 istituti, coordinati dagli atenei dell'Aquila, del Salento, di Lecce e di Cagliari, per il suo libro *Il vaccino non è un'opinione*.

Come molti di voi ricorderanno, il prof. Burioni presentò il libro a Rimini, il pomeriggio del 12 novembre scorso presso la Sala del Giudizio del Museo della Città, dopo aver relazionato, nella stessa mattinata, su "Vaccinazione e comunicazione", intervenendo al nostro convegno "LA MEDICINA IN DISCUSSIONE".

Mi piace riportare questa notizia per tenere ancora una volta vivo l'interesse della nostra categoria sull'argomento e per trarre un motivo di soddisfazione e di speranza, sulla diffusione della cultura vaccinale, dalla composizione della giuria, fatta di giovani (pur autorevolmente supervisionati) molti dei quali potrebbero un giorno diventare nostri colleghi.

Venendo ai nostri contenuti, altro motivo di soddisfazione è, finalmente, l'approvazione della cosiddetta legge Gelli-Bianco, su "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", entrata in vigore il 1° aprile scorso, che rappresenta un importante passo avanti nella definizione della responsabilità medica, poiché stabilisce, fra le altre disposizioni, il principio che debba essere il danneggiato a provare la colpa del medico e non viceversa.

La speranza è che si riducano conflittualità e ricorso alla giustamente vituperata medicina difensiva, con il non secondario risultato di guadagnare in serenità nel rapporto medico-paziente e risparmiare risorse da destinare all'assistenza anziché alla gestione dei contenziosi.

Troverete sull'argomento, nelle pagine centrali, un ampio e pun-

tuale commento di Mario Bartolomei, collega che fonde cultura medica e giuridica. Vi segnalo, fra gli altri, gli articoli di Antonino Grillo (*Caccia all'Hp*) e di Emilio Rastelli (*Osteoporosi: ieri troppo, oggi poco?*) che, pur con taglio specialistico, affrontano in maniera puntuale due argomenti che credo di particolare interesse per la Medicina Generale e l'articolo di Antonella Chiadini, che prosegue nella presentazione dei nuovi direttori di U.O. ospedaliera, questa volta con il dott. Giuseppe Nardi, direttore di Anestesia e Rianimazione.

Il direttore generale dell'AUSL della Romagna, dott. Marcello Tonini, ci ha inviato un articolo su "Comunicazione professionale", declinata nei tre aspetti fondamentali della comunicazione del sapere, della comunicazione inter-intraprofessionale - cioè tra clinici e tra clinici e struttura/organizzazione - e della comunicazione nella relazione medico-paziente.

Ringrazio il Direttore Generale per il contributo e mi permetto un brevissimo commento sull'ultimo dei tre aspetti - che di fatto è stato argomento dell'*Editoriale* del Presidente, ripreso nel mio *Redazionale*, del numero scorso - per ribadire come la relazione di cura, che vive appunto di comunicazione, ha bisogno di tempi adeguati, tempi che sono oggi spesso compressi in una logica di efficienza che non sempre si traduce in efficacia.

Come sapete ci piace raccontare l'attività dei medici dell'Ordine nel mondo: ne abbiamo fatto una rubrica che ha trovato spazio in numerosi numeri del *Notiziario*. Questa volta lo facciamo sotto forma di recensione, grazie a Luigi Casadei, che oltre a inviarci le sue argute vignette, ci segnala la storia e l'impegno di un nostro collega, Roberto Scaini, nella lotta all'Ebola, raccontata nel libro *Intoccabili* di Valerio la Martire.

Oltre a quelli citati, troverete numerosi altri contributi, anche di argomento extraprofessionale (perché siamo medici, ma non solo), che non vi anticipo e che lascio scoprire a chi avrà la voglia e la bontà di leggerci.

Perciò: *buona lettura!*

Giuseppe Nardi Direttore dell'U.O. Anestesia e rianimazione degli Ospedali di Rimini, Riccione, Santarcangelo, Cattolica e Novafeltria

Tra umanità e rigore

Siamo seduti uno di fronte all'altra, direttamente nella zona addetti ai lavori dentro la sala della Rianimazione da cui il dott. Nardi non può allontanarsi perché gli altri anestesisti in servizio sono impegnati tra emergenze e consulenze varie. Ambiente ovattato, apparecchi, monitor e sensori ovunque, pazienti che lottano tra la vita e la morte, badati a vista con i sistemi più moderni sotto lo sguardo vigile del personale che si muove con destrezza tra segnali acustici, pompe infusionali elettroniche, ago-cannule, cateteri e quant'altro. Dopo le prime battute piuttosto formali si profila una piacevole e interessante chiacchierata, per quanto interrotta da diverse chiamate di lavoro e da una brutta emergenza. Quando gli chiedo quale difetto e quale pregio si riconosca come persona, risponde: "In quanto a difetti, mi considerano 'rigido' ma non è così, piuttosto mi definirei 'rigoroso'. E come si sa, non è facile conciliare rigore con flessibilità, soprattutto quando le regole sono dichiarate e trasparenti, come quelle di reparto che, appena arrivato all'Infermi circa un anno fa, ho voluto costruire insieme ai miei collaboratori e reso operative. Ancora adesso nella settimanale riunione d'équipe del mercoledì si parla di lavoro, di organizzazione e di formazione. Sì la formazione, tanta formazione, che per me è basilare. In questo sono esigente e voglio che nessuno si adagi! La complessità della gestione di un reparto di Anestesia e Rianimazione, anzi dei cinque reparti ospedalieri (Rimini, Riccione, Cattolica, Santarcangelo e Novafeltria) con 70 unità mediche



Dott. Giuseppe Nardi

e oltre 80 infermieri si può ben immaginare, o forse non del tutto. E tornando alle regole, penso che vadano prima condivise ma poi rispettate, con poche deroghe e solo in via eccezionale. Come pregio mi riconosco una certa propensione a 'fare squadra' e vorrei lasciare in eredità a chi

verrà dopo di me un reparto motivato e affiatato". Durante la nostra chiacchierata ripercorre gli studi universitari quando, dopo l'idea iniziale di fare lo psichiatra, al quinto anno di Medicina, si è fatto prendere dall'Ostetricia e Ginecologia, la sua prima specializzazione. Ha praticato per alcuni anni in quest'area avviando un ambulatorio dedicato



Dyana e Myrlande

alla contraccezione gratuita femminile, in quegli anni di grande fermento e riscatto della donna. L'incontro con questa specialità chirurgica lo ha portato poi all'Anestesia e Rianimazione, quello che sarebbe stato l'ambito professionale principale e definitivo. Non senza però interruzioni

importanti che dimostrano la grande umanità e quella tensione sociale insita in lui. Prima due anni in Congo, dove ha lavorato tra i Pigmei e successivamente, presa anche la specializzazione in Medicina Tropicale, un anno in Zimbabwe (che allora contava 86 medici per 10 milioni di abitanti!) in un grande ospedale dove erano solo in due medici a dover gestire tutta la casistica, compresi gli 8 mila parti nel distretto di riferimento. Dell'amore per l'Africa, oltre che nel cuore, è rimasto un segno tangibile in famiglia, anzi due, Dyana e Myrlande, le sue splendide ragazze adottive che ora hanno 16 e 23 anni. Perciò, appena può, corre a Roma dove vivono, per stare insieme a loro. Alla domanda se ama più il mare o la montagna, risponde così: "Sono friulano anche se casualmente milanese di nascita; ho avuto la fortuna di vivere tra il mare e la montagna; perciò sono un appassionato di vela e amo il mare, ma il fascino delle cime è parte di me che, per anni, sono stato direttore dell'Elisoccorso e membro del Soccorso Alpino del Friuli".

Sulla Sanità in generale, ritiene che in Italia ci sia una situazione a macchia di leopardo e che l'Emilia Romagna rappresenti una delle eccellenze. A Rimini ha trovato un reparto ben gestito e di qualità. Ci tiene a far sapere che il suo gruppo oggi non fa solo clinica ma anche ricerca ed è inserito (insieme a Brescia, unici due punti italiani) nel network europeo coordinato dall'Università di Utrecht per la prevenzione e ricerca sulle infezioni ospedaliere, in particolare in ambito di Terapia Intensiva.

Mentre parliamo mi cade l'occhio a quei fogli coloratissimi, uno sulla scrivania e un altro appeso in bacheca. Sigle e quadratini di tanti colori. Mi incuriosisce e gli chiedo cosa sia. Mi spiega che non è altro che il *planning* mensile con turni, presenze, orari dei medici divisi per settore: un gioco a incastro informatizzato, utilissimo per la programmazione del lavoro su un arco temporale più ampio rispetto a quello settimanale e che

va incontro all'esigenza delle persone di potersi organizzare nel lavoro ma, di conseguenza, anche nella vita privata.

"Rimini? Sono felice di essere in questa città a misura d'uomo. Poter usare la bicicletta in gran parte degli spostamenti, compreso il venire a lavorare, è impagabile. A Rimini, il prossimo ottobre, si terrà il Congresso Nazionale della Società Italiana di Anestesia e Rianimazione e sto lavorando perché i miei collaboratori si facciano onore con lavori, poster e relazioni autorevoli. Devo dire che il gruppo sta crescendo bene. Anche il rapporto con la direzione ospedaliera è positivo."

Il dott. Giuseppe Nardi, laureato all'Università di Trieste (1979), specializzato in Anestesia e Rianimazione all'Università di Verona, con master in prestigiose università italiane ed estere, ha collaborato con diverse Università sia in Italia che oltre confine. Ha diretto per molti anni l'U.O. Shock e Trauma dell'Az. Osp. "San Camillo-Forlanini" di Roma, dopo aver lavorato presso il 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Az. Ospedaliero-Universitaria di Udine. È stato direttore del Servizio Reg.le di Elisoccorso del Friuli Venezia Giulia. Per la Regione Lazio ha collaborato alla progettazione e coordinamento delle Reti regionali di Emergenza. Intensa la sua produzione scientifica come autore di pubblicazioni e testi specialistici e come relatore a congressi. È membro di prestigiosi gruppi internazionali di studio e ricerca in tema di traumi, emorragie e rianimazione. In particolare dell'ABCT Trauma (gruppo di 15 esperti europei per lo sviluppo e l'aggiornamento continuo delle Linee Guida Europee sulla Gestione dell'Emorragia Massiva da Trauma), del Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) del Gruppo Italiano di Valutazione delle Terapie Intensive (GiViTi) ed è un Membro Fondatore del Trauma Update Network.

Antonella Chiadini



di Luigi Veneroni

I tumori pancreatici. Sono possibili prevenzione e diagnosi tempestiva? Evento del 21 gennaio 2017 Palazzo dell'Arengo di Rimini

L'obiettivo dichiarato e verosimilmente raggiunto, perlomeno nella Provincia di Rimini, è stato quello di sdoganare il tumore del pancreas dai congressi di settore. I tempi sembrano maturi per farlo, in modo simile a quanto già avvenuto per il tumore della mammella negli anni 70 e 80.

L'iniziativa ha tentato di sensibilizzare il territorio rispetto a una neoplasia che ha rappresentato la terza causa di morte per neoplasia negli USA nel 2016. L'incidenza sarebbe in aumento dappertutto, anche in Italia, come confermato dal dott. Fabio Falcini, direttore del Registro Tumori della Romagna. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, la diagnosi di tumore del pancreas resta tardiva. Infatti, stando alla letteratura, al momento della diagnosi soltanto il 5-10% dei pazienti sono candidabili all'intervento chirurgico radicale, uno dei caposaldi della strategia di cura oncologica.

La preda è difficile: c'è bisogno di cacciatori perseveranti. Con questa immagine, in modo estremamente efficace, il dott. Gianfranco Francioni, direttore della Chirurgia di Rimini, e il dott. Davide Tassinari, direttore dell'Oncologia di Rimini, hanno sintetizzato le problematiche in campo, introducendo la giornata di studio (cfr. Giovanni Rinaldi, account Twitter, 21 gennaio 2017, "We need good and persistent hunters to improve survival").

Il successo dell'evento è dipeso non solo dal numero d'iscritti, ma anche dalla partecipazione dei numerosi Medici di Medicina Generale e, in particolare, dalla presenza attiva delle associazioni e delle fondazioni che hanno il compito essenziale di fungere da ponte tra i pazienti e le loro famiglie, da un lato, gli operatori sanitari che operano in strutture ospedaliere e sul territorio, la società civile e le istituzioni politiche, dall'altro lato. Occorre diffondere, in modo capillare e in tutto il Paese, consapevolezza sull'argomento. È di fondamentale importanza un censimento e una collaborazione di tutte le associazioni e le fondazioni che

lavorano in Italia, al fine di creare un'alleanza di intenti.

La politica sanitaria nazionale sta cercando di organizzarsi in macro-aree e in macro AUSL per assicurare la migliore cura ai pazienti e mantenere i costi sotto controllo. Se questa sarà la direzione, è verosimile che ogni macro-area avrà un centro di cure del pancreas ad alto volume. È facile intuire come queste politiche potranno avere successo se si creeranno le condizioni di un'integrazione e di un coordinamento tra centri ad alto volume (i.e., *Hub*) e centri periferici "vicini" ai pazienti (i.e., *Spoke*). A questo riguardo, saranno indispensabili percorsi diagnostico-terapeutici chiari, efficaci, tempestivi. Nei centri di cure *Hub* bisognerà poi creare le condizioni affinché le diverse competenze coinvolte siano sempre più integrate e dialoganti (i.e., Radiologia, Anatomia patologica, Gastroenterologia, Chirurgia, Oncologia, Diabetologia, Nutrizionistica). Infine, un discorso a parte per i centri universitari di terzo livello. Questi avranno il compito e la responsabilità della *leadership* culturale, clinica e scientifica, importante per la formazione dei nuovi centri di cure *Hub*. In rappresentanza di alcune associazioni e fondazioni, ciascuna con le sue origini, le sue finalità e le sue peculiarità, sono intervenuti:

- Francesca Gabellini (Oltre la Ricerca);
- Federica Valsecchi (Fondazione Nadia Valsecchi);
- Piero Rivizzigno (www.tumorepancreas.com);
- Fabrizio Misericocchi (Istituto Oncologico Romagnolo).

L'evento si è svolto utilizzando un metodo traslazionale: i numerosi professionisti sono intervenuti parlando della loro specifica attitudine professionale e/o di ricerca con l'intento comune di migliorare la prognosi dei pazienti che si ammalano di tumore pancreatico.

La relazione del dott. Luigi Veneroni, della Chi-

rurgia Rimini, dal titolo "Sintomi e segni precoci di tumore pancreatico", ha voluto sottolineare tre aspetti principali:

- sintomi e segnali precoci della malattia, basandosi su elementi clinici e sull'esperienza e il vissuto dei pazienti;
- auspicio che le diverse figure sanitarie "alzino le antenne" rispetto a questi sintomi e portino avanti un'indagine di sospetto di malattia, con particolare enfasi al ruolo dei Medici di Medicina Generale e a tutte quelle figure sanitarie che, a qualunque titolo, siano nella posizione di sospettare una patologia tumorale pancreaticata;
- creazione, all'interno degli ospedali, di un ambulatorio multidisciplinare dedicato alle malattie pancreatiche, in cui i pazienti con sospetta diagnosi di patologia pancreaticata possano incontrare una squadra medica con sensibilità ed esperienza, capace di arrivare in modo tempestivo alla diagnosi.

Il dott. Enrico Cavagna, direttore della Radiologia di Rimini, ha parlato dei segnali radiologici precoci di malattia e di tecnologie radiologiche TC e RM avanzate. Il dott. Nino Grillo, della Gastroenterologia di Rimini, ha approfondito i vantaggi della metodica ecoendoscopica.

Il dott. Paolo di Bartolo, della Diabetologia di Ravenna, ha parlato della relazione tra il diabete e il tumore del pancreas.

Il dott. Gabriele Capurso, della Gastroenterologia dell'Università La Sapienza, ha parlato della relazione tra i tumori cistici mucinosi pancreatici e il rischio connesso di degenerazione in senso maligno.

Il dott. Paolo Ulivi, dell'IRST di Meldola, ha compiuto un rapido *excursus* sulle caratteristiche generiche di un buon marcatore tumorale: non invasività, elevata sensibilità e specificità, basso costo. Dalla relazione è emerso chiaramente che l'unico marcatore disponibile per il tumore del pancreas, il Ca-19.9, non è adeguato per

uno *screening* preventivo della patologia e può essere utilizzato con molta attenzione come valutatore prognostico per i pazienti resecati.

La dott.ssa Kalliopi Andrikou, dell'Oncologia Medica del Policlinico di Modena, ha tenuto una relazione su "Genetica, immunità, infiammazione e tumore del pancreas".

Il dott. Franco Desiderio, dell'Oncologia di Rimini, ha introdotto gli aspetti legati alla nutrizione e alle medicine integrate, aiuti efficaci e in alcuni casi anche pratici per i pazienti.

La dott.ssa Silvia Carrara, della Gastroenterologia dell'Università Humanitas di Milano, ha spiegato le caratteristiche e le finalità del Registro AISP del tumore del pancreas familiare/geneticamente trasmesso.

Il dott. Giorgio Ercolani, direttore della Chirurgia di Forlì, ha illustrato il percorso del paziente con tumore del pancreas all'interno dell'AUSL Romagna specificando le caratteristiche che un centro deve avere per occuparsi di chirurgia pancreaticata e del numero di pazienti per anno che un centro deve poter trattare al fine di migliorare i risultati e, conseguentemente, la prognosi dei pazienti stessi.

La conclusione dei lavori congressuali è toccata al prof. Alessandro Zerbi, della Chirurgia dell'Università Humanitas di Milano, e al dott. Davide Tassinari. L'obiettivo comune è quello di arrivare a impattare il 100% dei malati per dar loro il massimo delle cure contemplate oggi per questa malattia. È stato positivamente sottolineato come l'evento sia stato voluto e sponsorizzato solo dalle associazioni e fondazioni.

Vogliamo ringraziare tutti i partecipanti, le autorità intervenute, i relatori, i moderatori e quanti hanno voluto dare alla manifestazione il proprio patrocinio¹.

Per incontrare la parte nord della Romagna è stato proposto un nuovo evento entro l'anno a Faenza. *Stay tuned!*

Breve bibliografia

G. Balzano, A. Zerbi, V. Di Carlo, *Effect of hospital-volume on outcome of pancreaticoduodenectomy in Italy*, Br J Surg, 95, 2008.

C. Bassi, *Criteria to identify the hospital units and the tertiary referral centers entitled to perform it. A proposal for esophageal, hepatic, pancreatic and colo-rectal surgery*, Updates Surg, 2016.

J.L. Cameron, J. He, *Two Thousand Consecutive Pancreaticoduodenectomies*, J of Am Coll of Surg, 2015.

M. Ravaioli, A.D. Pinna, G. Francioni, M. Montorsi, L. Veneroni, G.L. Grazi, G.M. Palini, F. Gavazzi, G. Stacchini, M. Serenari, A. Zerbi, *A Partnership model between High and Low Volume Hospitals to improve results in Hepatobiliary Pancreatic Surgery*. Annals of Surgery, 5(260), 2014.

Siddhartha Mukherjee *The emperor of all maladies. A biography of cancer*, tradotto e pubblicato in Italia da Einaudi.

1 COMUNE DI RIMINI, ORDINE DEI MEDICI DI RIMINI, IRST - MELDOLA, AISP (Associazione italiana studio pancreas), SIC (Società italiana di chirurgia), IOR (Istituto Oncologico Romagnolo), FONDAZIONE NADIA VALSECCHI.



di Marcello Tonini

Comunicazione professionale

L'affermazione che il successo di un'organizzazione si deve alle persone che l'abitano è solo un luogo comune se non si specificano i presupposti e le caratteristiche di concetti come autonomia, competenza, leadership, ruolo, valori, responsabilità, motivazione, proattività, delega, ecc. Ciascuno di questi aspetti è stato oggetto di studio e sviscerato da varie angolature. Ho maturato in questi anni una certa diffidenza verso i modelli organizzativi totalizzanti o iperprescrittivi, che tentano di ricomprendere e

dare un senso a tutte le variabili in gioco e mi sono limitato a favorire la crescita dell'organizzazione fluida e sufficientemente permeabile da permettere uno sviluppo che è tanto più efficace quanto più imprevedibile. L'unico limite invalicabile resta il rispetto delle regole condivise, su cui non si può transigere, pena lo scivolamento di tutta l'organizzazione sul piano inclinato dell'interesse particolare e manipolatorio.

Abbiamo concepito l'azienda USL della Romagna come composta da tre reti interagenti (strutturale, di supporto e clinico-professionale), in parte descritte nel documento "La nave va" del 2016. Ci possono essere infinite modalità d'integrazione tra le tre reti, perché ciascuna risponde a più nuclei identitari e di riferimento.

La comunicazione è l'elemento relazionale che determina la matrice di riferimento di nodi, legami e reticoli delle reti, facilitando od ostacolando il compito originario di tutta l'organizzazione: la salute delle persone.

Qui mi limiterò ad analizzare solo tre aspetti del ruolo della comunicazione nella rete clinico-professionale. Il primo elemento è il rapporto con l'evoluzione del metodo scientifico e la **relazione con il sapere** che ne deriva. Il ruolo di ogni direzione è minimo limitandosi a promuovere ed agevolare gli scambi, contribuendo ad accrescere la velocità e la massa delle informazioni disponibili, mentre risulta massimo il ruolo dei professionisti che devono custodire e applicare le conoscenze senza servirsene per avvantaggiarsene né gerarchicamente né tanto meno economicamente. È un compito veramente difficile perché viene messo continuamente alla prova dalla superbia, dall'avidità e dalla forza impositiva dei destini individuali. In più la situazione economica generale limita sempre più lo spazio di manovra dei professionisti costringendoli a ricercare continuamente la priorità delle priorità, in nome di un'inafferrabile "appropriatezza" che, per dirla con autori più accreditati di me, se non viene definita dagli stessi sanitari sarà inevitabilmente determinata da terzi. Come rendere il sapere strumento di crescita collettiva è centrale in ogni organizzazione particolarmente nelle fasi di trasformazione strutturale. Va assecondato un confronto più ampio delle proprie pratiche anche alla luce delle enormi potenzialità del Programma Nazionale Esiti.

Un secondo aspetto riguarda le **relazioni inter-intraprofessionali** dove la dialettica con la struttu-

ra organizzativa si fa più intensa e si crea una dinamica tra la visione classica ben collaudata (primario/aiuto/assistenti/unità operativa/dipartimento/ospedale/ecc.) e una ancora in gestazione (intensità di cura/equipe integrate transmurale/cure intermedie/mobilità professionale/ecc.), di cui ancora non ci si fida completamente. Una direzione generale può favorire nuclei innovativi che però devono essere animati da un corpo sanitario che si apre alla sperimentazione e accetta il confronto. Con l'istituzione di dipartimenti verticali e orizzontali, con l'avvio di Programmi e Reti abbiamo creato le condizioni per iniziare tali processi ma il loro sviluppo dipende dalla capacità dei professionisti di relazionarsi senza frapporre resistenze. Questo purtroppo accade raramente perché è più forte la tendenza a restare nei vecchi rassicuranti schemi di riferimento, conosciuti e dominati, mentre di fronte al nuovo si è tutti uguali ed un po' più indifesi. In realtà essere in tanti sopra uno stesso oggetto è estremamente vantaggioso perché i contributi divergenti permettono di affrontare anche fenomeni complessi e rari, ma non tutti accettano serenamente una collaborazione trasparente e leale se non coincidente coi propri interessi individuali. Con grande modestia bisogna favorire i contatti intraprofessionali, creando gruppi di lavoro, circoli del sapere, *lectures* comuni, bisogna rendere consuetudinaria la *second opinion* e la pratica di incontri *Morbidity and Mortality*. Una particolare attenzione va posta nella formazione dei collaboratori più giovani, rendendo indolore qualsiasi sostituzione.

Infine merita un cenno la **relazione con i pazienti** la cui "centralità" sembra sempre più difficile da garantire tra le sollecitazioni dei bilanci e la crescita di aspettative incoerenti con le risorse dedicate. I medici hanno sedimentato un senso della propria missione forse unico nella storia delle professioni, ma si ha la percezione che qualcosa stia mutando, per lo meno nelle modalità comunicative tra medico e paziente. Forse i contenuti relazionali profondi del rapporto di cura non sono realmente cambiati, perché quando ci si ammala seriamente si riattivano i nuclei più indifferenziati delle nostre personalità, tuttavia dobbiamo fare i conti con la polarizzazione tra chi considera la sanità un servizio come tanti (e quindi sottostà alle regole di mercato tra produttore e consumatore) ipotizzandone perfino una folle privatizzazione e chi si perde nei meandri dell'esoterismo sciamanico (ne abbiamo riscontri episodici accessuali ma una quota è sempre presente nel rapporto). Il medico sa benissimo che tenere la rotta tra questi due estremi è uno dei suoi compiti, che il Codice Deontologico può essere d'aiuto solo in parte. Occorre avere l'onestà intellettuale di conoscere e comunicare i propri risultati e metterli a disposizione dei pazienti (ci sono tante modalità per farlo) rendendo più facile la scelta e aumentando la loro consapevolezza. Mi accorgo di aver suscitato troppi punti di discussione ma mi conforta la convinzione che siano questioni su cui ciascun medico da tempo si confronta e affronta come può.

Focus sulla professione



di Emilio Rastelli

Osteoporosi: ieri troppo, oggi poco?

L'osteoporosi è una malattia vittima del "benessere farmaceutico", dell'epoca Poggiolini, quando l'assalto al SSN sembrava essere lecito.

Alcuni farmaci ebbero grande successo terapeutico, come le calcitonine in fiale da 50 e 100 mg, poi evolute in preparazione spray nasale, la cui efficacia terapeutica era pari al placebo.

Gli alti costi dei trattamenti farmaceutici, insieme alla scarsa efficacia, indussero le autorità regolatrici a mettere un drastico freno a tutto ciò, con il risultato che l'osteoporosi divenne una "non malattia" o, nel migliore dei casi, una malattia lieve.

La verità è però un'altra, il rischio di andare incontro nel corso della vita a una frattura osteoporotica a carico del polso, dei corpi vertebrali o del femore prossimale è di circa il 15% per ogni sito specifico e del 40% per tutti i siti. Nella popolazione italiana con oltre 50 anni d'età il numero di fratture di femore, in un anno, supera le 90.000. Alterazioni morfologiche vertebrali su base osteoporotica sono state riscontrate in oltre il 20% dei soggetti con più di 65 anni d'età di entrambi i sessi. Le fratture osteoporotiche hanno importanti implicazioni sociali ed economiche, oltre che sanitarie: nella popolazione geriatrica, costituiscono una delle maggiori cause di mortalità, incidono sul livello di autosufficienza e di istituzionalizzazione del paziente. I pazienti con frattura del femore presentano, entro un anno, un tasso di mortalità del 15-30%.

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata da una ridotta massa ossea e da alterazioni qualitative dell'architettura, con conseguente maggior fragilità. Vengono definite primitive le forme di osteoporosi che compaiono dopo la menopausa (post-menopausale) o con l'avanzare dell'età (senile).

Le cause secondarie di osteoporosi sono associate a malattie endocrine, ematologiche, reumatologiche, alla celiachia e al malassorbimento intestinale, all'insufficienza renale.

L'uso di alcuni farmaci quali glucocorticoidi, metotrexate, tiroxina, accelera il processo osteoporotico. Sappiamo tutti quale sia la funzione dello scheletro, ma occorre ricordare che l'osso non è paragonabile a una colonna in cemento, immutabile nel tempo, esso subisce un costante rimaneggiamento sotto l'azione degli osteoclasti, che lo demoliscono, e degli osteoblasti che lo ricostituiscono. L'armonia delle due componenti è influenzata da molteplici fattori, come l'apporto del calcio alimentare, la vitamina D, il paratormone, la calcitonina, gli ormoni sessuali, l'attività fisica, l'esposizione ai raggi ultravioletti.

L'esame che studia lo stato dell'osso, attraverso la valutazione del **BMD** (*Bone Mineral Density*), è la MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata) con tecnica DXA (*Dual X-ray Absorptiometry*), che rappresenta il test diagnostico obbligatorio per la definizione di osteoporosi e per la stima del rischio di frattura. I segmenti studiati sono la colonna vertebrale e il femore prossimale. Inutile, invece, la MOC *total body* che "sporca" i valori con l'analisi di segmenti ossei, non soggetti a fratture osteoporotiche come il cranio, l'omero, la tibia, il bacino.

Nell'adulto, la diagnosi si fa valutando il T-score, cioè la differenza, espressa in "numero di deviazioni standard", fra il valore in esame rispetto a quello del campione di riferimento, rappresentato da soggetti sani dello stesso sesso e di età pari a 25-30 anni, ossia l'età in cui si raggiunge il picco di massa ossea.

L'OMS ha convenuto di adottare le seguenti definizioni:

- la **BMD normale** è definita da un T-score compreso fra +2,5 e -1,0: la BMD del paziente, si colloca cioè fra 2,5 DS (deviazioni standard) sopra la media e 1 DS sotto la media di un giovane adulto sano dello stesso sesso;
- l'**osteopenia** (bassa BMD, ovvero demineralizzazione ossea modesta, che costituisce però un campanello d'allarme) è definita da un T-score compreso tra -1,0 e -2,5 DS;
- l'**osteoporosi** è definita da un T-score inferiore a -2,5 DS;
- l'**osteoporosi conclamata** è presente quando c'è un T-score inferiore a -2,5 DS e una o più fratture da fragilità.

Gli esami di primo livello, la cui normalità esclude nel 90% dei casi altre malattie o forme di osteoporosi secondarie, sono: PCR, emocromo, calcemia, fosforemia, fosfatasi alcalina totale, creatinemia, calciuria e fosfaturia delle 24 ore.

Gli esami di secondo livello, se la clinica lo richiede, sono: calcio ionizzato, TSH reflex, paratormone sierico (PTH), 25-OH-vitamina D sierica, cortisonemia salivare, testosterone libero nei maschi, protidemia con elettroforesi, immunofissazione.

I markers specifici del turnover osseo, sono di competenza specialistica.

I pazienti che necessitano di trattamento farmacologico, devono essere individuati attraverso l'analisi del profilo di rischio individuale e dell'entità della perdita di tessuto osseo valutata con MOC DXA.

I principali fattori di rischio per le fratture osteoporotiche, indipendenti dalla densità minerale ossea, sono l'età, le pregresse fratture, la terapia cortisonica cronica, un aumentato rischio di cadute, un ridotto apporto di calcio, la carenza di vitamina D, la familiarità per fratture, la menopausa

precoce, la magrezza, il fumo e l'abuso etilico. I dati epidemiologici dimostrano che il rischio di frattura è più alto con bassi livelli di densità ossea (T-score < -2.5 DS), ma anche, che il numero maggiore di fratture avviene con livelli di densità ossea "osteopenici" (T-score tra -1 e -2.5 DS), apparentemente meno compromessi. C'è una chiara indicazione a trattare chi ha già avuto una frattura osteoporotica: in questi soggetti una terapia ben condotta può ridurre della metà il rischio di ulteriori fratture.

Per stabilire invece l'opportunità di una terapia preventiva, occorre una valutazione clinica integrata dei fattori di rischio e della densità ossea che oggi può essere sottratta alla soggettività attraverso strumenti matematico-statistici quali l'algoritmo FRAX®, sviluppato sotto l'egida dell'OMS, che utilizza parametri quali l'età, il peso, l'altezza, le pregresse fratture osteoporotiche, la familiarità positiva per frattura: il FRAX calcola il rischio di frattura a 10 anni sia per le fratture osteoporotiche maggiori che, più specificatamente, per quelle di femore.

La linea guida della *National Osteoporosis Foundation* raccomanda di iniziare una terapia farmacologica per osteoporosi quando il rischio di frattura a 10 anni, calcolato dal FRAX, sia superiore al 20% per le fratture osteoporotiche maggiori o superiore al 3% per le fratture femorali.

Quali sono i farmaci di validata efficacia per la cura della osteoporosi?

I **Bifosfonati** (Alendronato in particolare, ma anche Risedronato, Zoledronato, Clodronato) Correlato a questa classe di farmaci, l'osteonecrosi asettica della mandibola, è un effetto collaterale ben noto in ambito onco-ematologico, ove si è verificata la grande maggioranza dei casi. Si tratta di una necrosi del tessuto osseo che si può manifestare nei pazienti trattati con bifosfonati (ma anche con farmaci attivi

sull'osso appartenenti ad altre classi) a seguito di manovre odontoiatriche invasive.

I casi segnalati in pazienti in trattamento con bifosfonati orali per osteoporosi sono scarsi e aneddotici, tuttavia anche in questi soggetti è opportuno seguire alcuni criteri:

nei pazienti già in trattamento e con procedure odontoiatriche differibili, il bifosfonato deve essere sospeso per 3-6 mesi. In questo tempo non ci si può aspettare la scomparsa del farmaco dal tessuto osseo, data la lunghissima emivita dei bifosfonati, ma un periodo di clearance è comunque consigliato;

nei pazienti già in trattamento e per procedure non differibili, l'odontoiatra presterà particolare attenzione a operare con la massima asepsi e il minimo traumatismo possibili, procedendo a un'adeguata profilassi antibiotica.

Il **Ranelato di stronzio**, per l'aumentata incidenza di tromboembolia venosa, vede limitato il suo utilizzo.

La **Teriparatide** (Forsteo, penna preriempita da 2,4 ml, 20 mcg/die, iniezioni sottocutanee giornaliere) è un farmaco prescrivibile con piano terapeutico e a uso specialistico, costituito dai primi 34 aminoacidi dell'ormone paratiroideo, ottenuto con la tecnica del DNA ricombinante; ha un effetto anabolizzante osseo con spiccato aumento dei parametri densitometrici e riduzione sull'incidenza delle fratture vertebrali e non vertebrali, nella prevenzione secondaria dell'osteoporosi postmenopausale.

Altro farmaco soggetto a prescrizione con piano terapeutico è il **Denosumab** (Prolia, somministrazione semestrale con auto iniettore), un anticorpo monoclonale efficace nel ridurre le fratture vertebrali, non-vertebrali e femorali.

L'osteoporosi, differisce dall'osteomalacia, ma le due condizioni possono coesistere, per cui, occorre valutare il dosaggio della vita D e se necessario integrarla.

Calcio e vit. D, non sono una terapia specifica

per l'osteoporosi, ma occorre correggere i deficit, per far sì che la terapia sia efficace.

Utilizzando solo pochi dei farmaci sopra elencati è possibile fornire una risposta valida ed economica alla maggior parte dei pazienti: l'Alendronato è un farmaco ad ampio spettro di utilizzo e può rappresentare una prima scelta in svariate situazioni cliniche.

Teriparatide, Denosumab, Ranelato di stronzio, sono farmaci di seconda scelta a prescrizione specialistica, mentre gli estrogeni non sono indicati quando il *target* primario è il trattamento dell'osteoporosi e i **SERMs** (*selective estrogen receptor modulators*) - accreditati di una buona efficacia sulle fratture vertebrali ma per i quali non vi sono ancora chiari dati di efficacia sulla riduzione delle fratture d'anca, a fronte di aumentati rischi di tipo trombo-embolico venoso - sono farmaci di nicchia.

Non ultimo, consigliare ai pazienti di non fumare, camminare regolarmente, eliminare tappeti in casa per ridurre il rischio di caduta, essere prudenti nella deambulazione, controllare la MOC dopo 2 anni.

Bibliografia

- 1) Linee Guida per la Diagnosi, Prevenzione e Terapia dell'osteoporosi della SIOMMMS 2013
- 2) Cinzia Calla, Franca Pagani. *I marcatori biochimici di rimodellamento osseo: dalla biologia all'utilizzo clinico (Rassegna). LA ligandassay. Vol 17- n° 3. 2012*
- 3) Manuela Caizzi (1), Giorgio Paladini (2). *Ruolo della diagnosi di laboratorio nel paziente con osteoporosi*
 1. S.C. Ematologia Clinica; Azienda Ospedaliero-Universitaria, Ospedali Riuniti di Trieste
 2. S.C. Ematologia Clinica, Dipartimento Oncologia e Dipartimento di Medicina di Laboratorio; Azienda Ospedaliero - Universitaria, Ospedali Riuniti di Trieste



di Girolamo Buono

Dell'acqua

Tutti sappiamo che dobbiamo bere. L'acqua idrata la pelle, spiana le rughe, depura l'organismo dalle tossine, reintegra le perdite, mantiene la mente chiara e limpida. L'acqua è essenziale alla vita. Nel corso di esplorazioni e ricerche spaziali, quando si scoprono o si studiano pianeti e satelliti, il prerequisito per poter ipotizzare l'esistenza di forme di vita, così come noi le concepiamo, è quello di trovare l'acqua, in ogni sua forma fisica.

La pubblicità commerciale, richiamandosi a presunti dati scientifici, stimola e invoglia a un consumo sempre maggiore di acqua. Molte aziende invitano a bere, decantando le proprie acque. Sembrerebbe che ciascuna di esse sia dotata di virtù terapeutiche uniche e rare, comunque "salvifiche". A questo proposito, l'Italia è un Paese con un altissimo consumo *pro capite* di acque in bottiglia.

Spesso si arriva a una vera e propria dipendenza da acqua, fino a raggiungere livelli impensabili in termini di litri assunti. Il fenomeno dell'*aquaholism* (i.e., la dipendenza da acqua) si sta diffondendo e inizia a preoccupare per i possibili effetti sulla salute. Bere molta acqua, in alcuni casi, può essere dannoso se non addirittura mortale.

I bevitori compulsivi rischiano di alterare l'equilibrio idro-elettrolitico del corpo. È di poco tempo fa il caso di una donna di 59 anni vittima di una vera e propria *overdose* d'acqua. I medici del King's College Hospital di Londra, dove era stata ricoverata d'urgenza, hanno potuto constatare che la paziente aveva i segni tipici dell'iponatriemia ipotonica euvolemica, con un quadro clinico riconducibile agli effetti di un sottostante edema cerebrale, caratterizzato da confusione, convulsioni, coma.

Un'altra conseguenza per la salute è l'insonnia: quando ci addormentiamo, il nostro cervello rilascia l'ormone antidiuretico o ADH che ha, tra le altre, la funzione di ridurre la diuresi, evitandoci di interrompere il sonno per andare a fare pipì. Tuttavia, se si beve

troppa acqua, il livello di liquidi nell'organismo supera un certo valore-soglia, spegnendo la fisiologica secrezione di ormone ADH.

In ogni caso, c'è da osservare come, con il tempo, il comandamento di bere sia diventato un assioma inscalfibile che non necessita più di alcuna dimostrazione. Fa bene punto e basta, sempre e per tutti, giovani e anziani, uomini e donne.

Il dott. Imran Rafi, responsabile di Ricerca e Innovazione Clinica, ha commentato: "Bere una giusta quantità di acqua è importante per mantenersi in buona salute, sia fisicamente che mentalmente". E avrebbe aggiunto che "Non c'è una quantità di acqua raccomandata al fine di rimanere in buona salute. La cosa fondamentale è essere idratati e che le urine abbiano un colore chiaro".

Sul New York Times il prof. Aaron Carroll, docente alla Scuola di Medicina dell'Indiana, spiega che non c'è alcun fondamento scientifico dietro a uno dei consigli che nella stagione calda spopolano sui giornali, ossia quello di bere 2,5 litri di acqua al giorno. L'equivoco, spiega il docente, sarebbe nato nel 1945 con una raccomandazione del "Comitato per il cibo e la nutrizione", secondo cui ogni persona avrebbe bisogno di 2,5 litri di acqua al giorno. Peccato che quasi nessuno si sia spinto alla frase successiva che chiarisce che la maggior parte di questa quantità di acqua è contenuta nei cibi che ingeriamo, dalla frutta alla verdura, dal vino ai succhi di frutta, dal tè al caffè.

Non solo. Il prof. Mark Whiteley – uno dei massimi esperti dell'iperidrosi, malattia che affligge chi suda in maniera eccessiva e che può essere trattata anche con rimozione chirurgica delle ghiandole sudoripare tramite laser – ha dichiarato che in molti casi i pazienti semplicemente bevono troppi liquidi. Il consiglio di bere dai 6 agli 8 bicchieri di acqua al giorno è senza senso. Nuovamente, bisogna bere quando si ha sete, mantenendo le urine di un colore "giallastro chiaro".

Resta da chiedersi: perché far bere molto un paziente iperteso o un anziano già afflitto da nicturia e magari con un'insufficienza renale lieve, con un'ipertrofia prostatica benigna - che passerà la notte quasi insonne con il rischio di ritenzione acuta di urina e di cadute mentre si reca in bagno - o un cardiopatico con un aumentato rischio di scompenso? Ancora, perché dire di bere molto durante una colica renale, se l'ecografia spesso ci conferma che il rene è bloccato e si è già sviluppata un'idronefrosi e delle falde liquide sotto-capsulari da eccesso di diuresi? Infine, i soggetti affetti da vescica iperattiva – una patologia un po' misteriosa e purtroppo in aumento, meglio diagnosticata con le tecniche disponibili al giorno d'oggi – se limiteranno l'assunzione di liquidi al necessario, potranno parzialmente alleviare il loro fastidioso disturbo, ricorrendo soltanto a questo rimedio.

Bere allora fa bene, in base però alle vere necessità!



di Marco Magi

La S.I.O.H. nel Codice di Deontologia Medica

La **S.I.O.H.** (Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap) **www.sioh.it** è stata fondata nel 1985 da illuminati colleghi

che hanno avuto la grande intuizione professionale e umana di capire prima di altri l'importanza di organizzare una Società scientifica di Odontoiatria speciale a favore di pazienti (collaboranti e non) portatori di disabilità. È con grande piacere che ricordo i soci fondatori: il dott. Luciano Dall'Oppio (Bologna), il dott. Angelo Vito Albanese (Arezzo), il dott. Andrea Pagnacco (Vicenza), il prof. Luigi Balercia (Ancona) e il dott. Michele Guida (Arezzo). A loro il nostro profondo grazie.

La SIOH promuove, quindi, i principi della "Odontoiatria Speciale" (*Special care in Dentistry; Special Oral e Maxillofacial Care*) quale branca medico-chirurgica atta a fornire ai pazienti con disabilità una risposta specialistica su tutti i problemi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie che coinvolgono il distretto oro-maxillo-facciale.

La SIOH si propone di aggiornare culturalmente e professionalmente i soci, promuovendo corsi di aggiornamento, convegni, congressi, riunioni, tavole rotonde.

Tutti i corsi, convegni, congressi SIOH sono, per noi, un tramite di conoscenza in Odontoiatria speciale dentro la nostra libertà di un Incontro, di un'esperienza: scientifica, clinica, di ricerca, nella responsabilità di un rapporto umano.

La SIOH è, inoltre, *membership* della I.A.D.H. (*International Association for Disability and Oral Health*) e partecipa alla vita associativa della medesima.

Nei decenni addietro, le malattie orali erano considerate di secondaria importanza rispetto alla menomazione principale del paziente con disabilità e il soggetto ricorreva all'intervento dell'odontoiatra solo nei casi di emergenza, dove il trattamento il più delle volte, consisteva nell'avulsione dentale.

Oggi viene data notevole importanza all'atteggiamento e all'approccio psicologico per curare il paziente con disabilità in anestesia locale. L'approccio psicologico è la fase più delicata: da un corretto primo contatto dipende la possibilità d'instaurare un appropriato procedimento terapeutico. Fondamentali sono le nostre capacità e la collaborazione del paziente. Ogni odontoiatra ha il dovere deontologico di "provare" a curare il paziente fragile in anestesia locale, prima di inviarlo a un collega più esperto o in anestesia generale. Nel sito della SIOH **www.sioh.it** stiamo riaggiornando i Centri di Odontoiatria speciale pubblici in Italia come servizio per colleghi e famiglie.

Con il passare degli anni la prevenzione di patologie del cavo orale e l'esigenza sia funzionale che estetica hanno assunto un corretto rilievo grazie agli specialisti, ma grazie anche ai genitori, alle associazioni di volontariato, ai *caregiver* e a tutti coloro che si occupano di persone con di-

sabilità. Di conseguenza, le condizioni igieniche e di salute dento-parodontale (lesioni cariose, placca, tartaro e gengivite) sono notevolmente migliorate.

Gli studi sui portatori di handicap hanno dimostrato che, se il paziente è inserito in un programma di efficace *follow-up*, si ottengono ottimi risultati in termini di prevenzione e controllo delle recidive, anche se le possibilità di successo rimangono sempre strettamente legate alle condizioni generali del paziente e alla sua collaborazione.

Per la terapia sarà necessario, volta per volta, modellarsi su ogni singolo paziente con fragilità in base alle sue reali necessità e concrete possibilità di collaborazione. Il professionista deve riconoscere la persona con disabilità, *in primis* come persona, come paziente, reagendo alla sua unicità e individualità, non in modo standardizzato allo stereotipo dell'handicap.

In molti casi si prospetta l'inserimento dei pazienti in un'équipe multidisciplinare dove, oltre al dentista e all'igienista dentale vi sia una stretta collaborazione e condivisione del problema con altri specialisti. Tutti attenti sia al fine clinico-scientifico, sia al valore umano della persona portatrice di handicap.

Considero tre i cardini sui quali valorizzare il nostro lavoro all'interno della S.I.O.H.:

- 1) attraverso la nostra opera quotidiana verso i pazienti fragili (Art. 8: *Dovere di intervento* e Art. 20: *Relazione di cura*); non solo come prestazione clinica, ma anche come gesto umano verso le famiglie di soggetti diversamente abili, troppo spesso isolate nell'affrontare i problemi di natura odontoiatrica.
- 2) attraverso la formazione culturale, professionale e l'aggiornamento verso i colleghi, soprattutto i giovani colleghi in un tramite generazionale. L'odontoiatra ha il dovere di aggiornarsi (Art. 19: *Aggiornamento e*

formazione professionale permanente). La SIOH, con i suoi eventi, nazionali e regionali, rappresenta una grande opportunità di studio e di aggiornamento sempre tesa al miglioramento professionale e personale.

- 3) Attraverso il rapporto con le Istituzioni in due punti principali: chiedere a livello politico una maggiore sensibilità e applicabilità legislativa tesa a una tutela dei pazienti fragili favorendo e potenziando le strutture pubbliche con colleghi preparati, sensibili che si occupano di Odontoiatria Speciale. Sapere ascoltare le tantissime richieste dei genitori per le esigenze funzionali ed estetiche, in ambito odontoiatrico, dei loro figli; chiedere all'Università, pur riconoscendo agli Atenei l'importante e fondamentale ruolo istituzionale/formativo, di favorire anche corsi di comunicazione/psico-pedagogici e di Odontoiatria Speciale, per formare i nuovi odontoiatri anche a tali conoscenze e competenze: sono, queste, esigenze ed espressioni di una realtà quotidiana nella nostra professione.

Come Medici Odontoiatri, nella specificità della nostra professione, solo riappropriandoci del nostro ruolo centrale possiamo essere "protagonisti" nel significato etimologico più profondo, ma anche e soprattutto nel significato etico e deontologico. Di conseguenza, solo nel rispetto del nostro ruolo, delle nostre competenze e nei nostri ambiti di intervento potremo mettere il nostro paziente "speciale" al centro dell'attenzione attraverso l'ascolto, un'adeguata relazione umana, un'alleanza terapeutica e nell'umanizzazione del rapporto medico-paziente (Art. 20 C.D.).

La relazione fra medico e paziente con disabilità implica l'Educazione ed è proprio nell'Educazione (*educere*) che si evince la responsabilità di un rapporto umano: abili a dare una risposta. Ricordiamoci, sempre, che fare di più non signi-

fica fare meglio! Negli ultimi anni sono profondamente cambiate la figura e la definizione del soggetto fragile (vedi Art. 32 del *Codice di Deontologia Medica* del 2006 e del 2014), come pure sono cambiate le aspettative funzionali ed estetiche dei pazienti. Infatti - in questo inizio di millennio - è scientificamente e umanamente difficile effettuare una sorta di recensione delle possibili tipologie di "fragilità" che ci è dato incontrare nei nostri studi.

Anche l'Odontoiatria, come la Medicina, ha vissuto un cambiamento repentino sia nella ricerca e sia nella clinica (materiali e metodi), per questo nella nostra professione dobbiamo - nel bene o nel male - ridefinirci, ricontestualizzarci continuamente rispetto ai cambiamenti stessi anche nella qualità della prestazione clinica.

C'è un fattore che non dovrebbe mai cambiare: la nostra identità di medico. Dobbiamo tenere alto il significato del valore del tempo che dedichiamo al paziente: la prima visita come atto medico unico e insostituibile, l'importanza non solo del curare, ma del prendersi cura dei nostri pazienti, a maggior ragione per un paziente fragile. Sono queste opere, non delegabili, che ci possono rendere diversi da chi rende l'Odontoiatria una mercificazione, eludendo quanto

sopra esposto (Art. 8 C.D.).

Nella vita, nella Storia, non è importante solo chi dice cose straordinarie, solo chi fa cose meravigliose, ma chi quotidianamente sfida il reale con la propria umanità.

La sfida di essere medico dentro la S.I.O.H. non è solo trasmettere il sapere e i valori, non è solo curare, ma cercare possibilmente di prendersi sempre cura dei nostri pazienti: andare oltre la cura! È questa una ricerca continua che ci deve interpellare quotidianamente. Scriveva Platone: «Solo chi ama si pone in una dimensione di ricerca».

Grazie allora a tutti coloro che lavorano nella ricerca di questo bene, senza conflitto di interessi, per la costruzione di un'opera che è la S.I.O.H. (Art. 30: *Conflitto di interessi*).

Grazie al grande lavoro di tutto Consiglio direttivo SIOH - eletto nel novembre 2015 - che ho l'onore di presiedere, fatto da seri professionisti e persone vere a cui va tutto il mio profondo ringraziamento e la mia stima per la collaborazione a questa Presidenza.

«Da soli si arriva prima, ma in compagnia si arriva più lontano».

CONSIGLIERI NAZIONALI S.I.O.H.:

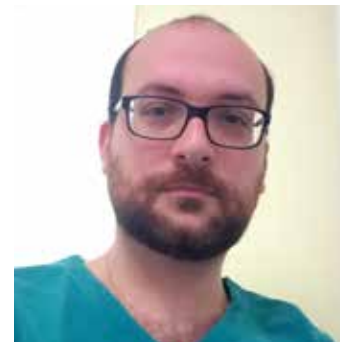
Marco Magi (Presidente),
Fausto Assandri (vice-Presidente), Gabriella Clarich (vice-Presidente),
Elena Pozzani (Segretario), Paolo Ottolina (Tesoriere),
Pamela Armi, Anna Maria Baietti, Angelo Giampaolo,
Franco Goia, Paola Morgagni, Roberto Rozza, Roberto Russo

REVISORI dei CONTI:

Oscar Pagnacco, Benedetta Bellettini, Simone Buttiglieri

PROBI-VIRI:

Enrico Calcagno, Roberta D'Avenia, Ettore Valesi Penso



di Antonio Grillo

Caccia all'Hp

Sebbene già Bizzozzero, nel lontano 1893, avesse identificato dei batteri spiraliformi nello stomaco animale, la consapevolezza che un'infezione batterica (presente nonostante l'acidità dei succhi gastrici) potesse determinare una patologia gastrica dovette ancora attendere circa un secolo.

Solo nel 1963 fu pubblicato su *Lancet*, da Robin Warren e Barry Marshall, un articolo sul riscontro e l'isolamento di batteri spiraliformi nei succhi gastrici reputati fino ad allora sterili.

La scoperta - che assicurerà ai due ricercatori il Nobel nel 2005 - sarebbe stata conseguenza di un evento casuale: pare che i due indaffaratissimi ricercatori avessero dimenticato nell'armadietto del loro laboratorio delle piastre contenenti succhi gastrici. Dopo alcuni giorni notarono la formazione di una patina sulla superficie delle piastre: erano colonie batteriche di *Helicobacter pylori* (*H. pylori*).

Poiché si valuta che l'80% delle ulcere gastriche e il 90% di quelle duodenali derivi dall'infezione di questo batterio, la scoperta ha determinato un cambiamento straordinario nella terapia di tali patologie. Nel tempo si è inoltre osservato che ceppi di *H. pylori* particolarmente virulenti (soprattutto CagA +), attraverso lo stimolo continuo esercitato dall'infiammazione cronica, possono aumentare il rischio di sviluppare neoplasie gastriche. Nel 1994 la *International Agency for Research on Cancer* della WHO ha inserito l'infezione da *H. pylori* nei "cancerogeni di gruppo I" (al pari del fumo per il tumore del polmone).

Sull'onda di tali dati è iniziata la "caccia all'*H. pylori*" con massicce campagne di ricerca ed eradicazione del batterio.

Nel 1997 fu pubblicato il primo *report* del gruppo europeo sullo studio dell'*H. pylori* (conosciuto come *Consensus Report Maastricht 1*) che identificava la terapia con amoxicillina + claritromicina + PPI in doppia somministrazione giornaliera per 7 giorni, come prima scelta nell'eradicazione dell'*H. pylori* (conosciuta come triplice classica).

Col passare del tempo però - e come conseguenza dell'ampio e spesso inappropriato impiego di questi antibiotici in infezioni dell'apparato respiratorio e urinario - si è osservata una sempre più bassa percentuale di eradicazione, dovuta al progressivo incremento di resistenza agli antibiotici, in particolare alla claritromicina. Sebbene non vi siano studi estesi a tutta la popolazione italiana, si stima oramai che la percentuale di resistenza alla claritromicina in Italia (isole comprese) sia superiore al 20%.

Anche nei confronti dei fluorochinoloni (levofloxacina), altri farmaci chiave nel trattamento dell'infezione da *H. pylori*, si è osservato per gli stessi motivi un analogo, progressivo incremento di resistenze.

Poiché il trattamento dell'infezione da *H. pylori* avviene nella pratica clinica su base empirica, cioè senza conoscere la sensibilità agli antibiotici impiegati, è importante indagare su precedenti trat-

tamenti a base di macrolidi o fluorchinolonici che potrebbero aver favorito la prevalenza di ceppi resistenti.

Queste considerazioni hanno determinato la necessità di individuare nuovi schemi terapeutici per il trattamento della infezione da *H. pylori*.

Recentemente sono state pubblicate le linee guida del Gruppo di studio italiano sull'*H. pylori* (III edizione del 2015)¹ e il *report* dell'ultima *Consensus conference* del Gruppo di studio europeo², che affermano chiaramente che nel nostro territorio deve essere abbandonata la triplice classica (PPI + amoxicillina + claritromicina x 7 gg) in favore di nuovi schemi di prima linea, caratterizzati dal prolungamento della c.d. "triplice standard" o dall'uso, "concomitante" o "sequenziale", di associazioni che comprendano metronidazolo/tinidazolo.

Schemi terapeutici per il trattamento di prima linea		
Regime terapeutico	Durata	Farmaci e dosi
TRIPLICE "ALLUNGATA"	14 giorni	PPI a dose standard x 2/die + Amoxicillina 1 gr x 2/die + Claritromicina 500 mg x 2/die
CONCOMITANTE	10 giorni	PPI a dose standard x 2/die + Amoxicillina 1 gr x 2/die + Claritromicina 500 mg x 2/die + Metronidazolo/Tinidazolo 500 mg x 2/die
SEQUENZIALE	10 giorni	PPI a dose standard x 2/die + Amoxicillina 1 gr x 2/die x 5 gg poi PPI a dose standard x 2/die + Claritromicina 500 mg x 2/die + Metronidazolo/Tinidazolo 500 mg x 2/die x ulteriori 5 gg

Le tre terapie di prima linea (contenendo tutte amoxicillina e claritromicina) possono essere considerate equivalenti, ma è obbligatorio ricordare che in caso di fallimento di una di esse è sconsigliato effettuare un secondo tentativo di terapia con un'altra di questo gruppo in quanto la possibilità di successo risulta estremamente esigua.

In tale evenienza è necessario utilizzare una terapia di seconda linea, non contenente claritromicina, a base di levofloxacina o bismuto.

Il bismuto, a lungo non disponibile in Italia dopo la "scomparsa" del Denol dalle nostre farmacie, è oggi "ricomparso" in un nuovo farmaco, il Pylera, che lo contiene in una sola compressa associato

a tetraciclina e metronidazolo e che ha di fatto reintrodotta lo schema di "quadruplica terapia".

Schemi terapeutici per il trattamento di seconda linea		
Regime terapeutico	Durata	Farmaci e dosi
TRIPLICE con LEVOFLOXACINA	10 giorni	PPI a dose standard x 2/die + Levofloxacina 250 mg x 2/die + Amoxicillina 1 gr x 2/die
QUADRUPlice con BISMUTO	10 giorni	PPI + (bismuto + tetraciclina + metronidazolo) In Italia disponibile in associazione: Pylera) Omeprazolo 20 mg due volte al giorno + Pylera 3 cp dopo colazione + 3 cp dopo pranzo + 3 cp dopo cena + 3 cp prima di coricarsi

Questi ultimi due schemi terapeutici non hanno alcun antibiotico in comune perciò, qualora uno di essi fallisca, è possibile utilizzare l'altro come terapia di terza linea.

Poiché quasi tutti gli schemi adottati contengono amoxicillina, in pazienti con allergia nota o sospetta alle penicilline si potrà utilizzare la "quadruplica con bismuto" (Pylera) come terapia di prima linea, riservando l'utilizzo della levofloxacina (250 mg x 2/die) associata alla claritromicina (500 mg x 2/die) e al PPI in doppia somministrazione per la durata di 14 gg, come terapia di seconda linea.

Un dato importante nella scelta della terapia più adatta deriva inoltre dalla considerazione dell'area geografica di origine del paziente, che potrebbe essere portatore di un ceppo "esotico" di *H. pylori* resistente ad antibiotici differenti.

Da tempo è nota la doppia resistenza alla claritromicina e al metronidazolo degli *H. pylori* di origine cinese. Pertanto i pazienti di provenienza recente da tali aree geografiche potranno beneficiare della "triplice con levofloxacina".

In seconda linea è disponibile una terapia triplice con rifabutina, ma raramente è necessaria.

La necessità di incrementare la durata della terapia e l'utilizzo di antibiotici a sempre maggiore spettro di azione, può favorire l'insorgenza di effetti collaterali quali nausea, vomito e diarrea, che possono essere causa di interruzione precoce della cura, con conseguente crollo della possibilità di eradicazione. L'assunzione concomitante di **Saccharomyces boulardii** per tutta la durata della terapia sembra aumentare la possibilità di eradicazione di *H. pylori* di circa il 5%, sebbene non sia

chiaro se per riduzione degli effetti collaterali, con conseguente migliore aderenza alla terapia, o se per competizione diretta con il batterio.

L'utilizzo del *Saccaromyces boulardii* inoltre, sembra ridurre, per competizione diretta, il rischio di sovrainfezione da *Clostridium difficile* in corso di terapie antibiotiche prolungate.

Qualora, nonostante ripetute e variate terapie, si riscontri un ceppo tenace di *H. pylori* sarà necessario rivalutare l'effettiva necessità di trattamento ed eventualmente ricorrere all'esecuzione di biopsie con antibiogramma per valutare il *cocktail* più adeguato da "servire" all'ospite indesiderato.

Benché siano in studio terapie con antibiotici alternativi come la sitafloxacin (chinolonico ad ampio spettro di ultima generazione) o con l'utilizzo di antiacidi più efficaci (es. vonoprazam: antiacido competitore della pompa potassio recentemente autorizzato in Giappone) il futuro della terapia dell'*H. pylori* sembra indirizzato verso lo sviluppo di un vaccino.

I primi dati di efficacia di un vaccino a somministrazione orale sono stati estrapolati da uno studio su popolazione pediatrica cinese ma ancora la strada sembra in salita.

Quando il vaccino sarà disponibile l'*Helicobacter pylori* potrà divenire un "animale" raro non più da cacciare.

Bibliografia:

1. Zagari RM et al. *Guidelines for the management of Helicobacter pylori infection in Italy: The III Working Group Consensus Report 2015*. Dig Liver Dis 2015;47(11):903-12
2. Malfertheiner P et al. *Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report*. Gut 2017;66(1):6-30



di Luigi Cappella

Vivere in salute

Il benessere di una persona dipende da una molteplicità di fattori.

Oggi, da ex medico di famiglia con 38 anni di attività che continua a far visite e a suggerire stili di vita o percorsi terapeutici come volontario, in collaborazione con tutti i colleghi che esercitano la professione di medico a vari livelli, vedo le cose da un contesto più libero e più rilassato.

Da questa privilegiata condizione, vorrei dare un piccolo contributo a chi ha compiti importanti di governo a livello regionale e di Azienda sanitaria.

- 1) Le nuove tecnologie sono una grande opportunità. Ma non vanno usate in eccesso; dice un vecchio proverbio: "Il troppo stroppia". Non c'è macchina che possa sostituire il rapporto umano medico-paziente. Ascoltare in silenzio una persona, darle con parole semplici la consapevolezza della situazione in cui si trova, guardarla negli occhi, nella bocca o metterle una mano sulla pancia per poi condividere le scelte da intraprendere, sono azioni fondamentali per il buon esito della "visita" in termini di salute. 2) Le paure, gli allertamenti non appropriati, le soluzioni miracolistiche, le ossessive proposte di accertamenti fanno male alla salute. Comincerei con proporre alcuni piccoli provvedimenti: a) chiedere a tutti i laboratori pubblici e privati, l'eliminazione dai referti, di asterischi o stelline (*).

Sono un'offesa alla dignità professionale dei medici e un dannoso allarme per le persone che corrono sulla "rete" a complicarsi la vita;

- b) proibire alle strutture private di promuovere "Pacchetti a prezzi scontati" di accertamenti (analisi del sangue, ecografie, ECG, ecc.) magari al sabato mattina. I cosiddetti check-up autoprescritti vanno assolutamente scoraggiati;
- c) è facile incontrare nelle piazze "unità mobili" dove si misura la pressione arteriosa o si eseguono dosaggi del colesterolo, della glicemia o altri esami ancora più delicati. Stesse cose si fanno ormai in tutte le farmacie. A mio parere la conseguenza di tutto ciò, non sarà "più salute per le persone" ma un uso inappropriato e devastante di farmaci e indagini diagnostiche.

Temo, che se si va avanti così, assumeranno ipotensivi, statine e inibitori di pompa protonica (maldestramente chiamati "gastroprotettori") anche lattanti e bambini!

Credo nel progresso. Credo in una scienza a servizio dell'uomo. Credo che il futuro, anche in termini di benessere psicofisico, possa essere molto meglio del passato. Non facciamoci del male con le nostre mani. Non facciamoci fare del male da chi considera i disagi, che in termini di salute, inevitabilmente ogni persona incontra nella vita, solo un'occasione per far soldi. Anno 2017, spero in alcune "rivoluzioni" pacifiche e culturali, si intende!

Nei giorni scorsi, in qualità di Sindaco, ho parlato di "rivoluzione" per costruire pacifiche relazioni fra uomo e uomo. Amorevole rapporto uomo e natura. Fruttuosi "patti" fra montagna, collina e costa. Oggi dopo aver incontrato alcuni miei concittadini come medico "volontario", mi è venuta voglia di parlare di una nuova ma urgente "rivoluzione" nell'approccio alla salute, cosa così tanto cara a ciascuno di noi.

Vita dell'Ordine

Ottava giornata del medico e dell'odontoiatra

Sabato 13 maggio 2017

Centro Congressi

Grand Hotel Rimini, Parco Federico Fellini



Paolo Parini

Il professor Paolo Parini, Direttore della divisione di Chimica Clinica del prestigioso "Karolinska Institutet" di Stoccolma, sabato 13 maggio 2017 è stato nostro ospite alla Ottava Giornata del Medico e dell'Odontoiatra che si è tenuta presso il Centro Congressi del Grand Hotel di Rimini.

Di fronte a una vasta platea di oltre 180 persone - di cui 50 medici e odontoiatri neolaureati che hanno letto il solenne giuramento professionale e ai decani della medicina, che hanno ricevuto un riconoscimento per i 50 e 60 anni di laurea - il professor Paolo Parini ha tenuto una *lectio magistralis* sul tema "Rapporto tra Scienza ed Etica".

Il professor Paolo Parini, riminese, iscritto all'ordine dei medici di Rimini, consegue la maturità scientifica presso il Liceo Einstein della nostra città per poi laurearsi in Medicina con lode all'U-

niversità di Bologna e specializzarsi sempre con lode in Gastroenterologia.

Attualmente Direttore di Chimica clinica del Karolinska Institutet Stoccolma è oggi uno dei massimi esperti mondiali della clinica del metabolismo lipidico e delle relative applicazioni al trattamento delle patologie cardiovascolari e delle nefropatie.

Alla cerimonia erano presenti il vescovo di Rimini, monsignor Francesco Lambiasi, il prefetto dottoressa Gabriella Tramonti, il sindaco dott. Andrea Gnassi, il questore dott. Maurizio Improta, il comandante Guardia di Finanza dott. Luciano Tripodero.

Quest'anno oltre a tre medaglie d'oro per i 50 anni di laurea assegnate ai dottori Gioele De Luigi, Ettore Ranocchi e Giuseppe Tassani, sono state consegnate cinque medaglie per i 60 anni di laurea ai dottori Annamaria Bernacchia, Lucio Buzzoni, Luigi Fabbri, Attilio Mazzocchi e Adriano Zanca.



Niccolò De Siena



Chiara Michelotti



Francesco Lambiasi, Andrea Gnassi e Paolo Parini



La figlia Daniela per Gioele De Luigi



Ettore Ranocchi



Annamaria Bernacchia



Il figlio Alessandro per Lucio Buzzoni

Rubrica di Medicina generale



Luigi Fabbri



Attilio Mazzocchi



Adriano Zanca



I "forzati" del lunedì



di Marco Grassi

Lunedì è il primo giorno della settimana. Per molti pazienti che frequentano l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG) il lunedì, invece, sembra essere l'unico giorno della settimana. Due giorni di chiusura degli ambulatori di Medicina Generale (tre, eccezionalmente, in caso di festività) mandano alcune tipologie di pazienti in "crisi d'astinenza".

Il prototipo di questo tipo di pazienti si presenta con largo anticipo rispetto all'orario di apertura. Ha con sé la busta degli esami da cui dipenderà la prognosi *quoad vitam* per i prossimi sette giorni, fino al prossimo lunedì. Nel porgere i referti lamenta che la moglie ha due fogli di analisi, lui solo uno. È questo il "metro" con cui taluno, neanche raro, misura la scrupolosità del proprio curante: dal numero degli esami prescritti. Tranquillizzo il paziente esigente: «Sua moglie ha fatto l'esame delle urine che occupa mezzo foglio da solo, lei in compenso ha fatto il PSA. Vuol mettere?». Non so se l'ho convinto.

Avanti il secondo: signora anche lei con referto da visionare. Si tratta nientemeno che di una RM articolare richiesta dallo specialista, richiesta inutile - o non appropriata secondo il burocrate aziendale - ma tant'è. Con questo non biasimo lo specialista, siamo tutti sulla stessa barca a remare controcorrente. Come ampiamente previsto in base alla clinica si tratta di una "banale" gonartrosi. «E adesso?» chiede ansiosa la paziente. «Mi dà una cura per l'artrosi?».

La terza paziente da "lunedì tipo" reca con sé alcuni fogli ben ripiegati. Non sono referti, ma la diligente documentazione dell'andamento della sua pressione sanguigna. Conto le misurazioni: 27 in tre giorni, nove al giorno, una all'ora nelle ore diurne, quasi un holter pressorio "fai da te". «Cos'è successo, signora, si è sentita male, qualche problema?» chiedo curioso. «No, sto benissimo ma ho sentito alla televisione che la pressione alta fa venire l'ictus, così mi sono controllata. Vede? per tre volte ho avuto 160! sono un po' preoccupata». Con tutto il tatto di cui sono capace e le argomentazioni scientifiche del caso cerco di rassicurare la paziente spiegando che occorrono trent'anni di ipertensione, non bastano tre ore per far venire l'ictus.

Un'altra categoria di affezionati del lunedì sono i "ripetitori compulsivi" di ricette, quelli che temono di rimanere senza farmaci da un giorno all'altro. Capirei se si presentassero il venerdì, ci sarebbe un che di razionale. Invece no: sono più frequenti il lunedì. A corroborare l'osservazione, c'è il tipo che è venuto venerdì ad accompagnare la moglie e torna lunedì a prescrivere i suoi farmaci o i tanti che vengono a ripetere la ricetta dell'ansiolitico, hanno una settimana davanti per fare rifornimento, ma preferiscono fare lunghe code nell'affollato lunedì: misteri della mente umana. Altro mistero insondabile è il motivo che porta molti pazienti a consultare il proprio MMG proprio il lunedì al solo scopo di far prendere visione di esami o accertamenti di qualche mese

addietro, tutti peraltro perfettamente normali. Vorranno essere ulteriormente assicurati, probabilmente.

Poi ci sono i sedentari che solo alla domenica si riscoprono uomini di fatica o mezzofondisti. C'è il tipo piegato in due dal "colpo della strega" per aver spostato per l'ennesima volta il divano su indicazione della moglie: «Ma non va bene neanche così » si lamenta l'infortunato, più per le bizzesse della consorte che per il feroce mal di schiena. Oppure il pacioso pensionato sovrappeso che decide all'improvviso di dedicarsi, senza alcun allenamento, al *nordic walking* "che fa tanto bene", con il risultato di scompensare una già labile funzionalità articolare.

Poi un ginocchio sbucciato, un dito affettato al posto del salame, varie dispepsie da eccessi alimentari della domenica (tagliatelle, grigliata e sangiovese sono un mix micidiale per stomaci non "allenati").

Verso metà mattinata arrivano i malati "veri" e i "cacciatori" di certificato di malattia (non sempre le due categorie coincidono). Al più "grave", quasi moribondo a sentir lui, stilo una prognosi di una settimana. Sorpresa! Gli basta il lunedì. "Sgamato" al volo: è uno che deve riposarsi il lunedì dalle fatiche del *week-end*. Gli prospetto l'alternativa di un giorno di ferie: «Sa, coi tempi che corrono non vorrà mica passare per un fannullone?». A malincuore accetta il consiglio. Il tran-tran di ricette ripetute, esami in visione, certificati, misurazioni di pressione, tossi, raffreddori e malanni vari scorre abbastanza velocemente interrotto da rari, per fortuna, frequentatori non abituali che intendono "capitalizzare" il tempo perso nell'attesa: «Io ho aspettato mezz'ora, adesso aspettano gli altri...». Difficile poter sostenere il ritmo della conversazione di questi soggetti. Lei, si tratta spesso di donne, riesce a proferire un numero colossale

di parole. Anche se "l'informazione" che quelle parole portano è debole, il corpus del messaggio è veramente impressionante. Riesco a far fronte a tale ridondanza di inutili parole "appisolandomi" internamente, cullato dal profluvio a volte cantilenante.

Alla fine si "accontenta" della misurazione della pressione e di una veloce auscultata di cuore e polmoni. Intanto, fra un paziente e l'altro, mi giunge dalla sala d'aspetto la voce garrula di una paziente che "anima" la conversazione fra i presenti. Quando giunge il suo turno, neanche il tempo di oltrepassare la porta e ha già fatto "l'ordinazione": «Due scatole della medicina per mio marito», che attende impaziente in piedi. Il tempo di stampare la ricetta e scomparire, così velocemente com'è entrata.

Poi per un'altra mezz'ora continuo a sentire la sua voce inconfondibile in sala d'aspetto. Incuriosito mi affaccio e le chiedo se ha dimenticato di dirmi qualcosa. «No, no, dottore. Ho incontrato due amiche e ci facevamo due chiacchiere». Ah, ecco una spiegazione "ragionevole" dell'affollamento del lunedì: si approfitta per fare un po' di conversazione, scambiarsi pettegolezzi e incontrare amiche. Una specie di succedaneo delle "sala the" che non esistono più.

Lunedì è anche il "paradiso" dei ritardatari, certi che l'ambulatorio non terminerà all'orario programmato (cioè a mezzogiorno) ma proseguirà a oltranza. Verso le 11.45, infatti, la sala d'aspetto come d'incanto si rianima, a mezzogiorno solo posti in piedi. Qualcuno si arrende prima del suo turno e se ne va per non far raffreddare la pastasciutta, altri resistono stoicamente compreso il sottoscritto. All'una e mezza arriva comunque l'ora di infilare la chiave nella toppa e chiudersi l'ambulatorio alle spalle. Non senza incontrare per le scale l'ineffabile ritardatario sorpreso che abbia già chiuso: «Sono un po' in ritardo, forse è meglio che torni domani». Il giorno dopo, naturalmente, non si è fatto vivo.

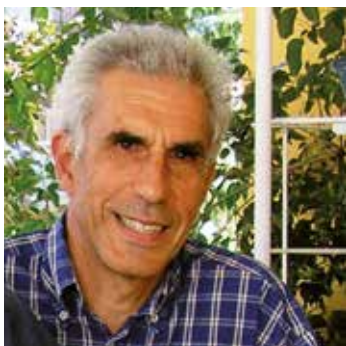
Anni fa medici inglesi¹ svolsero una ricerca su modelli teorici di spiegazione delle cause del ricorso al MMG. Allora, si parla di una ventina d'anni fa, ciò che spingeva il paziente a consultare il MMG era la percezione di gravità dei sintomi accusati (per frequenza, durata e causa) e la ragionevole certezza di efficacia delle cure prestate dal medico rispetto all'autocura, mentre poco o nulla incidavano i *mass-media*.

Sarebbe interessante ripetere oggi tale ricerca: se ne vedrebbero delle belle.

1 A van de Kar, A Knottnerus, R Meertens, V Dubois, G Kok - *Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision*. Br J Gen Pract. 1992 Aug; 42(361): 313-316.



Medici ma non solo



di Sergio Grassia

Un Nobel che ha fatto discutere

L'assegnazione del premio Nobel per la letteratura 2016 al cantautore americano Robert Zimmerman, in arte Bob Dylan, si dice sia stata accolta con qualche perplessità nei circoli letterari, non essendo il destinatario - per la seconda volta nella storia del Nobel - uno scrittore nel senso stretto del termine. Nei giorni seguenti, come noto, ha suscitato sconcerto quel suo protratto silenzio dopo la designazione, quello sfuggire alle interviste,

quell'impertinente giocare a nascondino con chi lo aveva così altamente gratificato.

La stampa ha indugiato su questi aspetti più di quanto non abbia evidenziato o fatto emergere il merito letterario intrinseco. Peraltro, già da qualche anno, questo compositore e autore di testi aveva guadagnato l'attenzione del mondo letterario per una corposa opera pluridecennale (quasi cinquecento brani) che ha fatto di lui il "cantore di un'intera generazione". Nel 2008 gli fu assegnato il prestigioso premio letterario Pulitzer. Anche in quell'occasione c'è stato chi con disappunto ha obiettato "Cosa hanno a che fare le canzoni con la letteratura?".

Vero è che ai testi di queste sue canzoni, siano essi provocatori, inquietanti, allusivi, ironici o perfusi di malinconia, abbiano toni lirici oppure velleità "messianiche", è stata riconosciuta una dignità che li eleva a qualcosa di diverso dalla scrittura che solitamente accompagna una composizione musicale. Si è ritenuto che non vi si possa ravvisare una sottomissione della parola alla musica, che cioè non sia stata forzata, piegata, la parola, per costringerla nel guscio di norme metriche, di battute e ritmi musicali. Nei brani che seguono il lettore avrà l'immediata sensazione che ciò che ha di fronte può ben vivere di vita autonoma, quasi che una melodia non possa aggiungervi alcunché. E se non fosse la presenza di un ritornello a suggerire che la struttura è quella di una canzone, difficilmente si potrebbe pensare di trovarsi davanti a una composizione di musica leggera.

Fra i temi ricorrenti nell'opera di Dylan: l'ansia di libertà del recluso che canta *I shall be released* (Sarò liberato), i personaggi senza futuro, il fallito di qualsivoglia condizione, il perdente sconfitto più dall'assurdità del vivere che da vicende ostili.

È per costoro che suonano *Chimes of freedom*, le campane della libertà: per "coloro che cercano su sentieri di ricerca senza parole", per "le lingue senza un luogo ove portare i loro pensieri/ costrette in situazioni scontate", per "le madri maltrattate senza compagno", per "ogni mite anima innocua confinata dentro una prigione".

Dylan si fa sovente interprete di un rapporto conflittuale, pessimistico con un mondo spesso incomprendibile, e con la società, dove gli uomini sono dominati da passioni grette e dalla voglia di distruggersi l'un l'altro:

"Buio allo scoccare di mezzogiorno,/ ombre persino nel cucchiaino d'argento./ La lama lavorata,

il pallone del bambino/ eclissano sole e luna. E rendersi conto/ che non ha senso neppure provare./ Minacce acuminata ti spaventano, ti disprezzano.../ ... e non temere se senti un suono strano alle orecchie,/ non è niente, mamma, sospiro soltanto..." (da *It's alright Ma*)

In *My back pages* canta la fragilità delle illusioni giovanili: "...Pregiudizi distrutti solo in parte balzavano fuori/ stracciate ogni odio - io gridavo -/ Menzogne che la vita sia bianca o nera./ Sognavo eventi romantici, moschettieri/ radicati chissà quanto in profondità./ Ah, ma ero molto più vecchio allora, sono più giovane adesso".

Si tratta di un dissidio con il mondo - anche quello interno - non perenne, non insanabile. Il nostro autore sembra a volte riconciliarsi con la vita anche attraverso la bellezza dell'esistente, della donna, del richiamo dei forti legami, del fascino dei suoni.

Nascono canzoni il cui testo ha toni più lievi e accenti gentili, in un linguaggio evoluto: "Amai un tempo una fanciulla; la sua carnagione era bronzo./ Con l'innocenza di un agnello era gentile come una cerbiatta./ La corteggiavi con orgoglio; ma adesso lei è andata/ andata come le stagioni..." (da *Ballad in plain D*); fino alle venature liriche di *Dark Eyes*: "...ma io vivo in un altro mondo/ dove di morte e di vita si fa memoria,/ dove la terra è avvinta alle perle degli amanti..."

In *Eternal circle*, la delicata atmosfera creata dal suono di una chitarra e da una giovane che

ascolta è risolta in echi, respiri, chiaroscuri di luce: *Cantavo lento la canzone/ mentre lei stava ritta nell'ombra./ Avanzò nella luce,/ mentre le mie corde d'argento fremevano./ Mi chiamava con gli occhi sulla melodia che suonavo/ Ma la canzone era lunga ed io avevo appena iniziato. /Attraverso una pallottola di luce/ il suo viso rifletteva le parole/ che si spegnevano in fretta/ scorrendo giù dalla mia lingua./ I suoi occhi erano accesi di uno sguardo distante./ Ma la canzone era lunga, ce ne era ancora da cantare.*

È un quadretto che rievoca gli scenari sereni dei canti di Tagore: "*I miei occhi danzarono in cerchio/ sul suo nitido profilo./ Col capo piegato da un lato/ mi chiamò di nuovo/ mentre la melodia si spingeva in giro./ Respirò fondo attraverso l'eco./ Ma la canzone era lunga e mancava molto alla fine/ ... Quando la melodia alla fine si spense/ misi giù la chitarra e cercai la ragazza/ che era rimasta lì così a lungo./ Ma la sua ombra era sparita, per quanto scruttassi./ E allora sollevai la chitarra e iniziai una nuova canzone.*"

Sono solo alcuni spunti. Non è facile districarsi tra qualche centinaio di testi di canzoni e altre composizioni non musicate e in una varietà di stili per delineare un percorso, o sintetizzare, in poco spazio, tutti i temi di un'opera iniziata nei primi anni Sessanta e tuttora in corso.



di Luigi Rusconi

Grazie!

Qualche anno fa, rovistando in un cassetto di cose vecchie e dimenticate, mi capitò tra le mani una lettera di padre Bernardo Coccia. Era datata Natale 2006 e mi ringraziava per aver sostenuto un suo progetto di aiuto all'infanzia in Etiopia. Me ne ero dimenticato, sia del contributo economico, sia di padre Bernardo, sia del suo lavoro e la cosa un po' mi dispiacque.

Quando nel 2015 andai in Etiopia per turismo, decisi di contattarlo. Fu lieto di vedermi e di spiegarmi alcuni dei progetti che stava portando avanti, sempre tra innumerevoli difficoltà. È stato l'incontro che mi ha stimolato a condividere il suo impegno e a devolvergli i pur modesti proventi derivati dal mio hobby, la fotografia.

Per diversi motivi devo essere grato all'Ordine dei Medici di Rimini: tante opportunità di crescita etica e professionale. In particolare voglio ringraziarvi per esservi resi disponibili, nel dicembre 2015, a proporre il mio libretto di fotografie e brevi scritti, finalizzato alla raccolta di fondi per padre Bernardo. Furono reperiti 165.00 euro che prontamente inviai in Etiopia. Qualche tempo dopo, mi arrivò una busta con una lettera e tanto di foto, in cui padre Bernardo ringraziava tutti coloro che avevano contribuito e mi comunicava che, con quella somma, era stato costruito un pozzo per l'orto rurale di Kasim Nagaw, un uomo senza un braccio, con 2 mogli e 5 figli. "Un Cappuccino che aiuta un uomo con due mogli?" mi chiedo, incredulo. Ma poi penso: "E io, un non credente, che aiuto un frate?". Certo, nella mia professione, non chiedo chi sto curando.

Padre Bernardo Coccia

Padre Bernardo Coccia nasce il 5 Giugno 1949 a Montalto (AP). Figlio di una famiglia di operai, cresce nelle Marche insieme alla sorella. Frequenta le scuole dei frati e nel 1976 viene ordinato frate dell'Ordine dei Cappuccini. Nel 1979 parte per l'Etiopia, la sua terra di missione.

Nel 1988, in Addis Abeba, hanno inizio le attività del C.E.D. "Centro Educativo-Didattico per orfani" che si occupa di adozione a distanza e affettiva per l'istruzione primaria (fino alle terza media). Gli uffici che lavorano per le adozioni vengono inaugurati nel 1993 e, da quel momento, si contano circa 2500 bambini adottati nella sola area di Addis Abeba e 2270 bambini nella zona di Kofele, a circa 280 km dalla capitale. Per questo progetto viene costruita una scuola (terminata nel 2006) che ospita più di 600 studenti, e, sempre nel 2006, inizia la costruzione dell'asilo M. Maria Rubatto. Inoltre si inaugura la clinica di San Raffaele, un piccolo ambulatorio ma grande punto di riferimento per molti malati della capitale.

Nel 2008 a Kaliti, città a circa 15 km da Addis Abeba, viene avviato un nuovo progetto di laboratori per il sostegno al lavoro e all'avviamento professionale.

Nel 2011 viene inaugurata a Shashamane una casa di accoglienza per la valorizzazione della don-

na, dall'economia domestica all'emancipazione professionale.

Nel 2012, ad Addis Abeba, viene aperta un'altra casa per ospitare tutte le persone desiderose di conoscere la Missione e il suo operato e di dare una mano.

Nel 2013 padre Bernardo diventa parroco di Kofele, al posto di padre Angelo Antolini, attuale vescovo della prefettura di Robe. Parallelamente avvia alcuni progetti di promozione umana per le persone più bisognose (vedovi, disabili, orfani, ecc.) costruendo laboratori per la produzione di scarpe, bambù, bigiotteria e sartoria.

Man mano si rende conto dei bisogni primari di questi piccoli villaggi e, dopo aver creato un comitato, avvia la costruzione di piccoli pozzi d'acqua rurali. Finora ne sono stati realizzati quaranta.

Parallelamente parte un progetto di micro-credito che mette a disposizione della popolazione locale materiali, competenze e soldi. Così sono potute iniziare diverse attività produttive nel campo dell'allevamento, dell'orticoltura e della falegnameria.

Tra la fine del 2013 e l'inizio del 2014 è partito il progetto di alfabetizzazione rurale con tre case rurali adibite a scuole per i villaggi lontani di Gode, Denda e Karso.

Nel 2015 è iniziata la costruzione della grande scuola di Herero, ultimata nel 2016, frequentata da oltre 500 bambini tra elementari e medie.

Sito: <http://www.centromissionarioriccione.it>

Mail: CED@ethionet.et



Recensioni



di Luigi Casadei

Notizie di Roberto?

Sono al computer: è il maggio 2017. Un'altra annata storta per Inter e Milan; e anche le primarie del PD sono finite secondo copione. Cambierà invece la cartella gestionale per tutti gli MMG dell'Emilia Romagna. Solo che il nuovo programma ancora non funziona: si vedrà. Echi lontani del traffico del rientro; il 92,2% dei giovani italiani dichiara di non essere riuscito a realizzare i propri desideri formulati l'anno passato di uscire dalla casa di origine e costruirsi un proprio nucleo familiare... Insomma le cose vanno (quasi) come sempre.

Eppure in molti angoli della terra, è già l'Apocalisse. Fango, sudore, insetti, parassiti, virus letali, miseria, carestie, bombe che piovono dal cielo, mine che saltano, al suolo... In mezzo la gente che sopravvive (e spesso soccombe) dentro drammi forse troppo lontani, impegnati come siamo a decodificare la nostra routine densa di certificati INPS, computer che si impallano (lasciandoci senza l'anagrafica, quasi impossibilitati ad "assistere" i nostri pazienti), lunghe attese per la specialistica e gli esami strumentali, inevitabili frizioni con l'AUSL, malattie e sofferenze, che anche noi, quotidianamente combattiamo.

Scenari diversi, difficili da paragonare, persino da accostare. Ma all'inizio di questa sua avventura, che ormai lo vede impegnato sui fronti internazionali delle peggiori crisi medico-umanitarie del globo, io rintuzzavo Roberto, ricordandogli che i veri eroi sono quelli che hanno il coraggio di rimanere, non chi scappa, dinnanzi al nostro subdolo tran tran, non meno ricco di insidie d'ogni genere e nemici più o meno mortali.

Roberto Scaini, 43 anni, riminese adottivo e un ambulatorio di Medico di Medicina Generale da mandare avanti, la sua strada l'ha però trovata nei luoghi da cui tutti gli altri, di solito, fuggono. Se possono. Così Roberto è stato un mese a Monrovia, quando Ebola, imperatore aguzzino e sanguinario, falciava a centinaia le sue vittime. E forse è l'unico che ha chiesto di tornare un altro mese per affrontare "la più grande epidemia di ebola della storia". Perciò, mentre lui è ora impegnato in Yemen, nella sua quattordicesima missione, in sei anni di sodalizio con Medici Senza Frontiere (MSF), vi invito a leggere *Intoccabili*, la storia raccolta da Valerio la Martire, dove Roberto è il principale narratore. La scena

si svolge in Guinea, Sierra Leone, Liberia: alla fine si conteranno 15000 morti. Fra loro 14 operatori di MSF, l'organizzazione che ha soccorso i paesi colpiti inviando inoltre, tramite 207 aerei cargo, 8300 tonnellate di attrezzatura e 530.000 tute protettive. Nei centri di trattamento di MSF sono stati diagnosticati e trattati 5226 casi di ebola; 2478 persone sono guarite.

Il risvolto di copertina rivela in poche righe cosa troverete nel libro: "Intoccabili è l'emozionante testimonianza di un operatore umanitario che, insieme a tanti colleghi, ha deciso di mettersi tra l'Ebola e le sue vittime. Una storia vera, inaspettata e unica, un viaggio in un inferno dal quale nessuno è uscito indenne. Nemmeno quelli che ce l'hanno fatta".



Intoccabili

Un medico italiano nella più grande epidemia di Ebola della storia

di Valerio la Martire
Gli specchi Marsilio

Semiseria... mente



di Saverino La Placa

Indovinello

Come si chiamano i medici nati il 29 Febbraio?

Rebus



VA

(6, 11)

Gioco con numeri

Due coniugi hanno 42 e 36 anni e hanno due figli le cui età hanno per massimo comune divisore la differenza fra le età dei genitori e per minimo comune multiplo l'età della mamma, che è più giovane del marito.

Qual è l'età dei figli?

Soluzioni dei giochi del numero precedente:

Spiegazione dell'indovinello: l'amica vuol dire che "quando dorme non può bere il caffè".

Spiegazione del rebus: **quattro E quattro F Anno otto (quattro e quattro fanno otto)**

Spiegazione del gioco con numeri: **l'età è 6 anni.**

Medici e padelle



di Maurizio Della Marchina

Il brodetto: storia e vicende di un mito della cucina

Il romagnolo Pellegrino Artusi, nel suo trattato gastronomico "La scienza in cucina e l'arte di mangiar bene" con cui nel 1891 codificò l'inizio della letteratura gastronomica dell'Italia unita, suggerì, dopo un'attenta disamina, di rivolgersi per la preparazione del brodetto, ai pescatori locali, porto per porto, marineria per marineria, essendo troppo complicato definire regole valide per tutti.

L'effettiva data di nascita di questa preparazione culinaria (intesa nell'usuale accezione) resta indefinita, ma, da bravi riminesi - consentiteci questa partigianeria - dobbiamo ricordare un trattatello cinquecentesco.

Si tratta dell'"Operetta non meno utile che dilettevole della natura et qualità di tutti i pesci", del riminese Malatesta Fiordiano, il quale cantava, in ottave ariostesche, circa trecento specie di pesci, crostacei e molluschi di mare e d'acqua dolce, rispettabile rappresentanza dell'"esercito infinito" di popolazioni acquatiche, destinate a trasformarsi nella più strepitosa e principesca zuppa di pesce.

Un vero Brodetto di Nettuno, votato a finire nel mitico tegame del Re dei Cuochi.

Nel 1700 Nicola Levoli, frate agostiniano riminese e pittore di una certa vaglia, ebbe una discreta fortuna professionale dipingendo nature morte, per lo più a carattere "alimentare", raffigurando soggetti di vario genere destinati alla tavola, fra cui ebbero la prevalenza i pesci caratteristici del nostro mare. Erano pesci di comune riscontro e utilizzo, pesci umili, quali cefali, sogliole, triglie, gallinelle ("mazzole"), sugheri, piccoli scorfani, orate e razze, canocchie e seppie. Tutti pesci di non elevato valore o pregio, utili non per preparare manicaretti altisonanti, ma per apprestare zuppe di pronto consumo, sempre raffigurati dal Levoli in maniera verista, tanto da rappresentare l'usuale quotidianità. Naturalmente accompagnati da aglio, prezzemolo, pepe e aromi vari.

Lo storico e scrittore riminese Piero Meldini, in un suo arguto e brillante saggio sulla cucina riminese, ipotizza addirittura la ricetta





di un "Brodetto alla Levoli", basato sull'uso di pesci misti, caratteristici dell'Adriatico, sminuzzando quelli più grossi e ricavando un fumetto con le teste.

Dopo avere preparato un soffritto di cipolla, aglio, sedano (senza intervento del pomodoro, assente dalla cucina riminese fino al primo quarto dell'Ottocento), si dispongono in un tegame di coccio gli strati dei pesci, mettendo in basso quelli con carni più consistenti, si aggiungono di sale, pepe e prezzemolo, bagnando il tutto con il brodo di pesce già preparato; si aggiunga un po' di limone e si faccia cuocere il tutto a fuoco lento, versando il preparato su fette di pane abbrustolite, poste in ciotole adeguate.

Il brodetto è un piatto tipicamente adriatico, da non confondere con il caciucco, la *bouillabaisse*, o le varie zuppe di pesce tipiche di altre realtà marinare, e la sua preparazione varia continuamente, scatenando i più fieri sciovinismi riguardo alla sua paternità. Questo delizioso piatto della tradizione marinara ha rappresentato per secoli il principale o l'unico piatto dei pescatori.

La sua origine è prettamente popolare e vede la propria ragion d'essere nell'utilizzo della parte di pescato non idonea alla vendita per scarsità di dimensioni o per qualità non eccelsa o per danno causato dalle reti.

In aggiunta alla tipologia e alla varietà dei pesci che lo compongono, il brodetto si distingue dall'uso di condimenti diversi da località a località, che lo contraddistinguono e gli conferiscono tipicità.

Ogni porto dell'Adriatico centro-settentrionale ha una sua specifica ricetta e tipologia di brodetto, iniziando dal *broeto ciosòto* (preparato a Chioggia) al *brudèt ad pès* (della nostra città), al *brudèt fanés* (nella vicina Fano) a quello anconetano, a *lu vredòtte giulianovese* o al *lu vredàtte vastese*.

Tuttavia la caratteristica che li accomuna è l'uso di molte varietà di pesce, almeno nove o dieci: seppie, triglie, sogliole, palombo, rospo, canocchie, scorfano, merluzzo, frutti di mare, calamari, razze, mazzole, vongole, granchi, cozze, tracine, san Pietro.

Le modalità di preparazione del piatto variano, partendo dal soffritto in abbondante olio di oliva di un trito di cipolla fine, aglio, aggiungendo brodo di pesce, sale e pepe; in seguito si infarinano leggermente i pesci, sistemati a strati, lasciando per ultimi quelli a carne più tenera; si aggiunge acqua calda, vino bianco secco e si procede con la cottura per 15-18 minuti, dopo di ché si dispongono nel piatto



le fette di pane abbrustolite e si versa sopra il brodetto.

In Romagna non è brodetto se non vi è l'utilizzo della mazzolina, sostituita nelle Marche con il san Pietro; in entrambe le tipologie si usa la conserva di pomodoro, talora allungata con acqua salata e aceto, mentre a San Benedetto il pomodoro è strettamente bandito, sostituito dai peperoni. A Porto Recanati si utilizza la zafferanel-la (zafferano selvatico), a Termoli le varie specie di pesce vengono sottoposte a cottura differenziata, mentre a Vasto il pesce viene cotto intero, non a pezzi, e non vengono utilizzati soffritti, né brodo o aceto.

Le proverbiali contese fra le diverse comunità costiere per potersi fregiare del titolo di paternità non hanno mai potuto definire il vincitore o lo sconfitto; resta invece la conferma di una vitale e importante condivisione di una comune *koinè* che assume diverse accentuazioni a seconda delle tipologie locali.

Il brodetto è stato raffrontato a uno spartito jazzistico in cui, su di

una base comune, i singoli suonatori improvvisano accordi del tutto personali.

Ogni località è certamente convinta di essere l'unica a preparare un brodetto degno di questo nome, evocando, fra l'altro, improbabili e misteriosi ingredienti utilizzati e ipotizzando financo episodi di spionaggio culinario per carpire i segreti altrui.

Il vantato criterio della necessità di utilizzo nella sua preparazione di tredici specie ittiche sembra che stia cedendo il passo alla più logica stagionalità dei pesci. Restano comunque attuali le dispute sulla possibilità di impiego del pesce azzurro o dei molluschi e crostacei così come se abbia diritto di cittadinanza il pomodoro o la conserva, l'aceto o il vino, il pepe o il peperoncino.

Altrettanto attuale rimane la *querelle* sull'abbinamento corretto con un vino adeguato, essendo numerosi i vessilliferi del bianco di medio corpo come il verdicchio, i bianchi friulani o il vermentino (ligure o sardo) e i sostenitori dell'uso del rosè o del rosso non troppo impegnativo, quale un rosato pugliese, un rosso dei colli riminesi, un perepalummo ischitano o un cerasuolo abruzzese o pugliese. Ci sembra decisamente saggio lasciare ai singoli l'onore e l'onere della scelta, a seconda di propri usi e preferenze.

Tutti i brodetti adriatici prenderebbero origine dalle tradizioni alimentari dei coloni pescatori greci che, tra il VII e il IV secolo a.C., sbarcarono sulle nostre coste.

Tra le numerose leggende collegate con questo piatto vogliamo ricordare quella relativa a Venere che lo preparò per rabbonire il dio Vulcano, dubbioso sulla fedeltà della dea la quale, invece, approfittava dello stato di grazia postprandiale del consorte, per appartarsi segretamente con Marte.

Il brodetto deve rigorosamente essere un piatto unico e costituire minestra e pietanza contemporaneamente. È un piatto dalla cottura veloce che nasce come una zuppa "di bordo".

Un piatto povero che, spesso, rappresenta una sorta di recupero obbligato del pesce, poco apprezzato dalla clientela. Costituisce una sorta di anarchia culinaria assoluta: la sua composizione varia da stagione a stagione, da pescato a pescato.

Ed è proprio questa anarchia che ha portato a sublimare contaminazioni e differenze divenendo - il nostro brodetto - una vera e propria forma di cultura alimentare.

Pillole e cavilli



di Mario Bartolomei

Note introduttive alla Legge Gelli-Bianco. In attesa della giurisprudenza e dei decreti attuativi.

La **Legge 8 marzo 2017, n. 24**, conosciuta anche come **Legge Gelli-Bianco**, recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle

cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale venerdì 17 marzo ed è entrata in vigore il 1° aprile scorso.

Calendari e scaramanzia a parte, la fortuna di questo testo di riforma potrà essere valutata con precisione solo a partire dal varo dei decreti attuativi e, in ogni caso, non prima dell'intervento ermeneutico della giurisprudenza.

Le discussioni che hanno animato il dibattito parlamentare non lasciano spazio a dubbi. Ancora una volta il legislatore coltiva la speranza di stemperare l'eccessiva conflittualità giudiziaria in ambito medico e sanitario ricorrendo a misure ritenute capaci di disincentivare la c.d. *medicina difensiva*. L'accento, perlomeno a una prima lettura, è posto sull'esigenza di creare un sistema organico di prevenzione, di risarcimento e di assicurazione più efficace per il paziente.

Veniamo ai contenuti. La l. cit. affronta tre principali tematiche:

- Sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario;
- Profili di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie (e degli enti);
- Profili assicurativi.

Sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario.

A norma dell'art. 1 della l. cit., la sicurezza delle cure è definita parte costitutiva del diritto alla salute e deve essere perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. Tralasciando questioni definitorie e aspetti tecnici relativi alla qualificazione giuridica della locuzione in oggetto¹, il testo di riforma, oltre ad affermare che la sicurezza delle cure si avvarrà dell'**utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative**, ha deciso di istituire tre organismi che parteciperanno, affiancandosi ai già operativi uffici delle strutture sanitarie e sociosanitarie (di seguito, gli “enti”), alla gestione del rischio sanitario:

- Il **Garante del diritto alla salute**: sarà adito gratuitamente dai destinatari di prestazioni sanitarie per la segnalazione, anche anonima, di disfunzioni nel sistema dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e, se necessario, potrà intervenire a tutela dell'interessato, con i poteri e secondo le

modalità stabilite dalla legislazione regionale (art. 2 della l. cit.)²;

- Il **Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente**: avrà il compito di raccogliere i dati regionali sui rischi, sugli eventi avversi e sul contenzioso, trasmettendoli annualmente all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità;

L'**Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali o AGENAS**: individuerà idonee misure per la prevenzione e gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

A cavallo tra la gestione del rischio sanitario e la tutela pre-contenziosa del paziente, è stato previsto, ex art. 4 della l. cit., l'**obbligo di trasparenza** sui dati. Grazie a questa norma, gli enti pubblici e privati saranno vincolati a:

- Fornire, su richiesta e in tempi rapidi (i.e., entro sette giorni o, per eventuali integrazioni, al più tardi entro trenta giorni dalla richiesta), la documentazione, preferibilmente in formato elettronico, relativa alle prestazioni erogate al paziente;
- Rendere disponibili sul proprio sito internet i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito del risk management.
- La normativa in esame chiarisce che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non potranno essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di eventuali procedimenti giudiziari (art. 16 della l. cit.).

Profili di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie (e degli enti).

La l. cit. prende posizione sia sul versante della responsabilità penale sia sul versante della responsabilità civile, dedicando un certo spazio anche alle condizioni di procedibilità davanti al giudice civile. Per quanto riguarda la **responsabilità penale**, la riforma ha inserito nel Codice penale l'**articolo 590-sexies**, rubricato “**Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario**” (art. 6 della l. cit.). Stando alla lettera della fattispecie in esame, gli esercenti le professioni sanitarie non risponderanno penalmente se, nell'esercizio della professione, ricorrano cumulativamente le seguenti tre condizioni:

- Il paziente sia stato vittima di **omicidio colposo** (art. 589 c.p.) e/o di **lesioni personali colpose** (art. 589 c.p.);
- L'evento si sia verificato a causa di **imperizia**;
- Siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle **linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge** o, in mancanza di queste, siano state rispettate le **buone pratiche clinico-assistenziali**, a patto che le raccomandazioni previste dalle linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Con l'art. **590-sexies c.p.** si supera, abrogandolo, l'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158 (convertito, con modificazioni, dalla l. 8 novembre 2012, n. 189), conosciuto anche come **Legge Balduzzi**. In particolare, rispetto al precedente meccanismo:

- Le ipotesi di reato scriminato/scusato sono tassativamente specificate (*alius*, la Legge Balduzzi

1 Diritto soggettivo vs. interesse legittimo.

2 La funzione del garante del diritto alla salute può essere affidata dalle Regioni e dalle Province autonome all'Ufficio del Difensore civico.

sul punto era rimasta laconica, con la conseguenza che, in astratto, altre fattispecie di reato avrebbero potuto essere scriminate/scusate³;

- L'evento deve essersi verificato a causa di imperizia e non per negligenza e/o imprudenza (*alius*, la Legge Balduzzi non specificava la *causa* della colpa, bensì il *grado*, circoscrivendo la non punibilità alla sola «colpa lieve»⁴);
- Le linee guida e i relativi aggiornamenti, integrati nel Sistema Nazionale per le Linee Guida o SNLG, devono essere elaborate da società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche iscritte in un apposito elenco istituito e regolamentato dal Ministero della Salute (*contra*, la Legge Balduzzi si limitava a dare rilevanza a «linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica»);

Per quanto riguarda la **responsabilità civile**, la riforma introduce un sistema a “doppio binario” (art. 7 della l. cit.). Di fronte al paziente-danneggiato, l'ente assumerà una **responsabilità contrattuale** (*i.e.*, ex art. 1218 e ss. c.c.) e, al contempo, gli esercenti le professioni sanitarie che svolgano la propria attività all'interno dell'ente medesimo risponderanno per sola **responsabilità extracontrattuale** (*i.e.*, ex art. 2043 e ss. c.c.)⁵. Le ricadute pratiche investiranno:

- Il **piano probatorio**: in caso di responsabilità contrattuale, all'attore (*i.e.*, il paziente) sarà sufficiente allegare il titolo (e.g., l'avvenuto ricovero) e dimostrare il lamentato inadempimento (e.g., peggioramento delle condizioni di salute); diversamente, in caso di responsabilità extracontrattuale, il compito dell'attore sarà più gravoso, poiché richiede la dimostrazione tanto dell'elemento oggettivo (*i.e.*, condotta, danno, ingiustizia del danno, nesso di causalità) quanto dell'elemento soggettivo (*i.e.*, dolo e colpa);
- Il **piano della prescrizione**: in caso di responsabilità contrattuale, la prescrizione decorrerà nell'ordinario termine decennale (*i.e.*, art. 2946 c.c.); diversamente, in caso di responsabilità extracontrattuale, la prescrizione decorrerà nel più breve termine quinquennale (art. 2947 c.c.).

Il giudice, nella determinazione dell'ammontare del risarcimento, dovrà richiamarsi ai criteri stabiliti dagli artt. 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private e terrà conto della condotta degli esercenti le professioni sanitarie, con particolare riferimento al rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida, adeguate alla specificità del caso concreto, e delle buone pratiche clinico-assistenziali (art. 7 della l. cit.). È il caso di sottolineare che il meccanismo descritto riguarderà i fatti commessi dagli esercenti le professioni sanitarie che svolgano a vario titolo la propria attività nell'ambito di un ente pubblico o privato⁶, non rilevando in alcun modo che le attività e/o i servizi prestati presso un ente pubblico siano stati ricevuti dal paziente in regime di *intra moenia*. Quando invece manchi la “copertura” di un ente pubblico o privato e/o si operi nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente, gli esercenti le professioni sanitarie potranno essere chiamati

3 Si pensi, ad esempio, al reato di interruzione colposa di gravidanza di cui all'art. 17 della l. 22 maggio 1978, n. 194.

4 In realtà, Cass. n. 11494/2013, Pagano e Cass. n. 16237/2013, Cantore, in via interpretativa, avevano già circoscritto l'operatività della scriminante/scusante in questione alle sole ipotesi di imperizia (*contra*, Cass. n. 23283/2016, De-negri).

5 In altre parole, non opera più, a carico degli esercenti le professioni sanitarie, la responsabilità contrattuale da c.d. contatto sociale (artt. 1173, 1218 e ss. c.c.). Ex pluribus, Cass. SS.UU. n. 577/2008.

6 E.g., lavoro subordinato, lavoro a progetto, lavoro somministrato, attività di formazione, di aggiornamento, di sperimentazione, di ricerca clinica, regime di convenzione, collaborazione libero-professionale, telemedicina.

a rispondere sia per responsabilità contrattuale sia per responsabilità extracontrattuale, senza alcuna differenza rispetto al passato.

In buona sostanza, per il paziente-danneggiato sarà molto più facile ottenere il ristoro delle proprie pretese se agirà contro l'ente piuttosto che contro gli esercenti le professioni sanitarie che in quel medesimo ente svolgano la propria attività. Per quanto riguarda le **condizioni di procedibilità davanti al giudice civile**, la riforma introduce il **tentativo obbligatorio di conciliazione**, nelle forme dell'**accertamento tecnico preventivo** o **ATP** ai sensi dell'art. 696-bis c.p.c. (art. 8 della l. cit.). Se in tale sede la conciliazione non dovesse riuscire o il relativo procedimento non si dovesse concludere entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diventerebbe procedibile con possibilità di instaurare il successivo giudizio di merito. In alternativa alla conciliazione obbligatoria, il paziente potrà optare per il già conosciuto **procedimento di mediazione**, ottemperando comunque alla condizione di procedibilità richiesta dal legislatore. Gli enti e le compagnie assicurative che siano stati coinvolti in un giudizio per il risarcimento del danno saranno tenuti a un **obbligo di comunicazione** di tale circostanza agli esercenti le professioni sanitarie interessati entro dieci giorni dalla notifica dell'atto introduttivo (art. 13 della l. cit.). Lo stesso vale anche nel caso in cui gli enti e le compagnie assicurative siano impegnati in trattative stragiudiziali con il danneggiato. In quest'ultimo caso, gli esercenti le professioni sanitarie dovranno essere invitati a prendervi parte. Infine, a norma dell'art. 9 della l. cit., in caso di **responsabilità per dolo o colpa grave**:

- L'ente potrà esercitare l'azione di rivalsa nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie entro un anno dall'avvenuto pagamento, sulla base di un titolo giudiziale (e.g., sentenza di condanna) o stragiudiziale (e.g., transazione);

- Il titolo giudiziale, del cui procedimento gli esercenti le professioni sanitarie non siano stati parte, e, in ogni caso, la transazione conclusa tra l'ente e il paziente non potranno essere “utilizzati”⁷ nel giudizio di rivalsa contro gli esercenti le professioni sanitarie;
- L'importo a cui saranno condannati gli esercenti le professioni sanitarie nei confronti dell'ente o dell'assicurazione surrogata non potrà superare il triplo della maggiore retribuzione lorda o del maggiore corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno in cui è stata posta in essere la condotta dolosa o colposa. Nel quantificare il danno erariale, il giudice dovrà tenere conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, dell'ente pubblico, in cui gli esercenti le professioni sanitarie svolgano o abbiano svolto la propria attività.

Profili assicurativi.

A norma dell'art. 10 della l. cit., gli enti dovranno dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure⁸ per la responsabilità civile verso terzi. Gli enti risponderanno direttamente anche per il fatto degli esercenti le professioni sanitarie che in esse svolgano la propria attività, purché il fatto sia loro imputabile a titolo di colpa lieve. Un apposito decreto dovrà definire la disciplina di dettaglio delle garanzie di cui gli enti dovranno dotarsi⁹. È comunque prevista l'istituzione di un

7 Rectius, la sentenza non fa stato e la transazione non può essere opposta agli esercenti le professioni sanitarie.

8 E.g., accantonamento di fondi, riserve.

9 Individuazione delle classi di rischio, dei massimali differenziati, dei requisiti minimi di garanzia, delle condizioni generali di operatività di assunzione diretta del rischio, disciplina delle regole per il trasferimento del rischio in caso di subentro contrattuale di una compagnia assicurativa e previsione, nel bilancio dell'ente, di un

Fondo di garanzia, in caso di danno di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti di assicurazione stipulati (art. 14 della l. cit.). Tale Fondo dovrà essere alimentato dai contributi annuali versati dalle compagnie assicurative, secondo principi, caratteristiche e modalità da fissare con apposito decreto.

Agli esercenti le professioni sanitarie che prestino servizio all'interno di enti residuerà soltanto l'onere di assicurarsi per consentire agli enti, alle compagnie assicurative e all'Amministrazione Finanziaria di esercitare il diritto di regresso relativamente a quanto già risarcito per fatti verificatisi per colpa grave.

Con il testo di riforma, si ribadisce l'obbligo degli esercenti le professioni sanitarie di assicurarsi contro i rischi derivanti dalle prestazioni d'opera svolte in regime libero-professionale. A maggior tutela del libero-professionista, la l. cit., all'art. 11, prevede che le polizze assicurative *claims made* contengano due importanti clausole di operatività temporale. Ci si riferisce alla previsione, per un verso, della **copertura retroattiva**, in caso di cambio polizza, anche per gli eventi accaduti durante i dieci anni antecedenti la conclusione del nuovo contratto di assicurazione e, per altro verso, della **copertura ultrattiva**, in caso di cessazione dell'attività, per fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza e lamentati dai pazienti entro i dieci anni successivi alla cessazione dell'attività.

Il paziente-danneggiato avrà **azione diretta** nei confronti della compagnia assicurativa degli enti e nei confronti della compagnia assicurativa degli esercenti le professioni sanitarie che esercitino quali liberi professionisti (art. 12 della l. cit.).

Conclusioni.

Tirando le fila del discorso, restano sul piatto al-

fondo rischi e un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

cune non secondarie perplessità, che potranno essere risolte soltanto con la prassi applicativa:

- La disciplina relativa alla gestione del rischio sanitario comporta sostanziali novità rispetto al sistema precedente oppure risponde a un generico bisogno di rassicurare i consociati?
- Quale tra la Legge Balduzzi e la Legge Gelli-Bianco detta una disciplina e un trattamento di favore per il medico-imputato e deve pertanto essere applicata nell'ambito dei giudizi penali per i fatti commessi prima dell'entrata in vigore del testo di riforma (*cfr.*, eventuale retroattività *in bonam partem*)?
- La qualificazione dei rapporti giuridici da parte del legislatore deve ritenersi costituzionalmente legittima (*i.e.*, obbligazioni nascenti da contratto vs. obbligazioni nascenti da fatto illecito)?
- Potenziali conflitti tra linee guida verificate e inserite nel SNLG e linee guida *extra* SNLG rischiano di promuovere un generale atteggiamento degli esercenti le professioni sanitarie appiattito su raccomandazioni che potrebbero rivelarsi superate, obsolete o, in ogni caso, non necessariamente ottimali?
- Le buone pratiche clinico-assistenziali possono intervenire quando si debba decidere il destino diagnostico, terapeutico, palliativo, riabilitativo di un paziente con plurime comorbidità, a fronte di già esistenti linee guida per singole patologie, potenzialmente in conflitto tra loro?
- Le situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, dell'ente pubblico, in cui gli esercenti le professioni sanitarie svolgano o abbiano svolto la propria attività, possono assistere il giudice nella valutazione della responsabilità penale, così come previsto per la quantificazione del danno erariale?
- Il massimale fissato nell'ambito dell'azione di rivalsa contro gli esercenti le professioni sani-

tarie avrà un peso e un ruolo variabili a seconda che la rivalsa venga azionata da enti pubblici (*i.e.*, *in pejus*) o da enti privati (*i.e.*, *in melius*)?

- L'ampliamento della finestra temporale definita dalle clausole di retroattività e di ultrattività si tradurrà in un aumento dei costi delle polizze assicurative?

To be continued...

Per approfondire.

- Altomare C., "Assicurazione obbligatoria e validità temporale della copertura: l'impatto della legge Gelli sul comparto assicurativo", in Ridare FOCUS.
- Bana A., "Le novità in materia di responsabilità penale dell'operatore sanitario a seguito della legge Gelli-Bianco", in Ridare FOCUS.
- Cendon P., "Sulla riforma del danno non patrimoniale", in Giustizia Civile.com.
- Martini F., "L'azione diretta del soggetto danneggiato nella legge Gelli-Bianco", in Ridare FOCUS.
- Quadri E., "Il parto travagliato della riforma in materia di responsabilità sanitaria", in Giustizia Civile.com.
- Ziviz P., "Linee guida e buone pratiche dalla legge Balduzzi alla riforma Gelli", in Ridare FOCUS.



Corsi, convegni, congressi, attività culturali

VII SIMPOSIO ODONTOIATRIA SAN PATRIGNANO

Sabato 4 novembre 2017

Segreteria scientifica: dott. Bruno Davide Pugliese 0541.362111, bdpugliese@sanpatignano.org

7° CORSO TEORICO DI AGGIORNAMENTO PER ASSISTENTI STUDIO ODONTOIATRICO S.I.O.H.

Sabato 2 dicembre 2017 – Hotel Sporting Rimini

Segreteria scientifica: dott. Marco Magi 0541.644512, presidente.sioh@gmail.com,
dott.ssa Paola Morgani 0543.25184, paola.morgagni@auslromagna.it

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

VI CORSO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DI ETICA MEDICA

Il Comitato scientifico della Scuola di Etica Medica del nostro Ordine sta organizzando il VI corso di Alta Specializzazione, articolato in 5 moduli separati, che si terrà nell'autunno p.v. nelle seguenti date:

- 1° modulo** 22-23 settembre 2017 ETICA ED ESTETICA
- 2° modulo** 6-7 ottobre 2017 RELAZIONE E COMUNICAZIONE IN SANITA'
- 3° modulo** 27-28 ottobre 2017 INIZIO E FINE VITA
- 4° modulo** 17-18 novembre 2017 IL DOLORE
- 5° modulo** 1-2 dicembre 2017 SICUREZZA DELLE CURE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

Il programma dettagliato del corso sarà pubblicato non appena disponibile sul sito web dell'Ordine (www.omceo.rn.it) e inviato via mail a tutti gli iscritti con le modalità di iscrizione. Il corso sarà a numero chiuso per un massimo di 40 partecipanti e sarà accreditato ECM per le figure di Medico Chirurgo e Odontoiatra.

Spazio Ammi

Per una serie di circostanze fortuite, si sono concentrati in questi ultimi mesi alcuni "eventi letterari" che riguardano la nostra sezione riminese di AMMI.

Si tratta della pubblicazione o della presentazione di alcuni libri in cui, direttamente o indirettamente, siamo coinvolte e questo non può che farci piacere visto che nel nostro paese sembra che la lettura non sia proprio al primo posto negli interessi nazionali.

L'8 marzo scorso nella Sala della Borsa a Bologna è stato presentato il libro *Lasciatele vivere. Voci sulla violenza contro le donne* (Pendragon ed.) a cura della nostra socia bolognese Valeria Babini. Il testo, corredato da un docu-film del regista Germano Maccioni, riporta interventi e autorevoli riflessioni di scrittori, psicologi e sociologi coinvolti a vario titolo nel Seminario sulla violenza contro le donne organizzato dal Corso di Laurea in Filosofia dell'Università di Bologna, negli anni accademici dal 2013 al 2016.

Le sezioni AMMI dell'Emilia Romagna hanno sostenuto il corso e un cineforum, convinte che l'educazione dei giovani sia la strada da percorrere per creare adulti consapevoli delle proprie scelte e dei propri comportamenti.

Il 5 aprile, durante una serata conviviale in collaborazione con il Club Papillon presieduto dall'istrionico dott. Marco Magi, Ermes Venturini ha presentato due pubblicazioni della nostra socia Grazia Bravetti Magnoni: *La cucina dell'ardora dal lunedì al sabato* e *Radici. Vita e mangiarci di un tempo nella campagna marchigiana*. Si tratta di due preziosi, accurati piccoli libri stampati e più volte ristampati dall'editore Panozzo, scritti con garbo e scorrevolezza da Grazia, che negli anni si è messa ad ascoltare e trascrivere le storie, culinarie e non, dei contadini di Romagna e Marche, restituendoci sapori, odori, usanze che a poco a poco rischiano di scomparire e che soltanto la memoria e il racconto riusciranno a mantenere vivi, quasi come una favola arcana i cui suoni si perdono nel ricordo.

Infine voglio citare la prima pubblicazione di una giovane poetessa, Giulia Bravi, che ha dato alle stampe nel mese di marzo la sua prima raccolta di poesie *Cuore Quarantena* (CartaCanta ed.) con cui ha vinto il premio poesia "Il banco dei poeti" nel 2016. Non si tratta di una socia, ma di una giovane donna che ha incrociato AMMI quando, al liceo, ha partecipato alla VII edizione del nostro annuale concorso letterario rivolto agli studenti delle scuole superiori. A quel tempo, nel 2013, Giulia (non ancora maggiorenne) presentò la sua riflessione sul tema *La cultura dell'essere e dell'apparire nei giovani d'oggi* e si aggiudicò il secondo posto, ricevendo il premio nel corso del congresso nazionale dell'AMMI a Salerno.

Mi piace pensare che un pizzico della sua vocazione letteraria, una stilla della sua passione per la letteratura e la scrittura, sia venuta anche da quel piccolo riconoscimento che ne ha forse indirizzato il destino.

Lorenza Bonifazi Marsciani

Variazioni agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 20 MARZO 2017

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ASTOLFI Laura	di Rimini
dott.ssa BALDASSARRI Silvia	di Bellaria Igea Marina
dott. BIAGINI Adriano	di Montegiardino (RSM)
dott.ssa BIANCHI Eleonora	di Poggio Torriana
dott.ssa CERNI Giorgia	di Rimini
dott.ssa CORBELLI Agnese	di Rimini
dott.ssa CRESCENTINI Chiara	di Rimini
dott. DE SIENA Niccolò	di Legnago (VR)
dott. DONATI Francesco Maria	trasferimento da Pesaro e Urbino
dott. FRISONI Lorenzo	di Rimini
dott.ssa GASPERONI Chiara	di Dogana (RSM)
dott.ssa GENNARI Elena	di San Marino
dott. GRAMOLINI Manuel	di Cattolica
dott. MAESTRI Lorenzo	di Santarcangelo di Romagna
dott.ssa MARCACCINI Nicol	di Gemmano
dott.ssa MASSINI Silvia	trasferimento da Arezzo
dott. PODESCHI Fabrizio	di San Marino
dott. SANTI Giulio	di Novafeltria
dott. VALENTI Pier Giulio	di Rimini
dott.ssa VANDI Giulia	di Santarcangelo di Romagna
dott.ssa VENTURI Marta	trasferimento da Bologna
dott. ZANCA Federico	di Bologna

Nulla Osta al trasferimento: ALBO MEDICI CHIRURGHI

dott.ssa ANDREINI Fabiana	trasferimento a Pesaro Urbino
---------------------------	-------------------------------

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CAPPELLI Carlo Maria	decesso (20.01.2017)
dott. MAGNANI Mario	decesso (06.02.2017)

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. CAPPELLI Mattia	di Chiesanuova (RSM)
dott. MONTANARI Francesco Maria	di Chiesanuova (RSM)

Iscrizione REGISTRO MNC:

dott.ssa BETTI Patrizia	di Rimini
dott.ssa TIRAFERRI Ilaria	di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 6 APRILE 2017

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ARGENTINA Maria Cecilia	trasferimento da Bologna
----------------------------------	--------------------------

Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa RIBEIRO ABREU Paula	di Rimini
------------------------------	-----------

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. PUKA Orion	trasferimento a Bolzano
dott.ssa TENTI Maria Valentina	trasferimento a Perugia
dott.ssa ZANOTTI Laura	trasferimento a Bologna

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. DEL GOVERNATORE Alessandro	di Rimini
dott.ssa RINALDI Maria Teresa	trasferimento da Siracusa

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa DE ROSSI Barbara	trasferimento a Macerata
---------------------------	--------------------------

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 15 MAGGIO 2017

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa JUBANI Bujana	trasferimento da Terni
------------------------	------------------------

Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa FERRARI Franca	di Rimini
-------------------------	-----------

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ANDREINI Fabiana	trasferimento a Pesaro-Urbino
dott.ssa COLOMBINI Arianna	cessata attività
dott. FELICIANGLI Guido	cessata attività
dott.ssa MAESTRI Michela	decesso (24.04.2017)
dott.ssa TENTI Maria Valentina	trasferimento a Perugia
dott. TOGNONI Antonio	decesso (10.04.2017)
dott. PUKA Orion	trasferimento a Bolzano
dott. SEROFILLI Sanzio Bartolomeo	decesso (12.05.2017)
dott.ssa ZANOTTI Laura	trasferimento a Bologna

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa DE ROSSI Barbara	trasferimento a Macerata
---------------------------	--------------------------

Nulla Osta al trasferimento Albo Odontoiatri:

dott.ssa MOSCHINI Carlotta	trasferimento a Ravenna
dott.ssa. ZAVATTA Alice	trasferimento a Milano

Iscrizione REGISTRO MNC:

dott. MARINELLI Salvatore	di Domagnano (RSM)
dott. VALERI Bruno	di Rimini

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 1925 – Albo Odontoiatri nr. 382

