

n° 3/2017



il Notiziario

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

Anno XX, Numero 3, Luglio - Settembre 2017



il Notiziario

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

Anno XX, Numero 3, Luglio – Settembre 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:

dott. Fabio Bruscoli, coordinatore locale trapianti AUSL della Romagna - Rimini

dott. Franco Magnoni, cardiologo libero professionista

dott.ssa Mila Menozzi, cardiologa U.O. Cardiologia Ospedale Infermi Rimini

dott. Massimo Montesi, direttore Scuola di Etica Medica omceo 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
• Perché l'Ordine dei Medici e Odontoiatri	
IL PUNTO REDAZIONALE	6
SANITÀ LOCALE	7
• La coronarografia "a portata di mano" 10 anni di coronarografie in Day Hospital a Rimini	
• Insieme, sulle vie della cura	
FOCUS SULLA PROFESSIONE	11
• Il sale	
• L'informazione scientifica ai tempi dei <i>social</i>	
• Di ritorno dal Congresso della Società Italiana di Andrologia	
MEDICI MA NON SOLO	18
• Gestione della condizione di morte encefalica. Il "metro" del... procedere	
• Scienza vinicola del riminese Battarra	
STORIA DELLA MEDICINA	23
• Nuovo evento per la Scuola di Storia della medicina	
RECENSIONI	25
• <i>Il sorriso rubato. Storia nobile (e atroce) dell'odontoiatria</i>	
• <i>Bioetica per perplessi. Una guida ragionata</i>	
SEMISERIA... MENTE.....	27
MEDICI E PADELLE	29
• Estate... è tempo di pesca d'altura ai tonni	
PILLOLE E CAVILLI	31
• La colpa grave e il cubo di Rubik. Combinazioni, aspetti pratici e profili interpretativi della l. n. 24/2017	
SCUOLA DI ETICA MEDICA	35
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI.....	38
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	39

“La medicina sperimentale non è altro che un ragionamento per mezzo del quale
si sottopongono le idee al controllo dei fatti.”

C. Bernard (1813-1878), fisiologo

Editoriale



di Maurizio Grossi

Perché l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri

Care colleghe e cari colleghi, il prossimo 14-15-16 ottobre si terranno le elezioni per il rinnovo delle cariche consigliari. Partecipando al voto potrete esprimere il gradimento e l'interesse a mantenere viva e vitale l'istituzione ordinistica. Molti però potrebbero chiedersi: «Perché farlo; quale ruolo ha l'Ordine nella moderna società, sempre più liberale e pragmatica?».

Prima di rispondere sono opportune alcune considerazioni.

L'esercizio della nostra professione è da tempo caratterizzato, nei suoi aspetti tecnico-scientifici ed etico-sociali, da fenomeni quali lo sviluppo scientifico sempre più fondato su un costante processo di innovazione biotecnologica, dall'affermarsi di nuovi diritti e nuove libertà dei cittadini, dalla predominanza di una cultura di governo dei sistemi sanitari che si rifà a un'economia di mercato che pretende di dettare le regole per determinare le soglie di sostenibilità finanziaria del sistema sanitario stesso.

L'antica arte del curare, un tempo povera di mezzi ma ricca di delega etica e sociale, si è trasformata in una complessa professione che ha trasferito al singolo e alla collettività la tutela della salute. Oggi il medico e l'odontoiatra non sono più l'unico riferimento della "cura".

In questo scenario, nuovo e in continua evoluzione, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri è un'Istituzione moderna e attuale perché capace di pensare, scrivere e far applicare le norme contenute nel proprio Codice Deontologico.

Codice che ha scelto di privilegiare gli interessi della Persona, unica titolare di diritti e libertà, bisogni e sensibilità, subordinando a questi gli altri aspetti della professione, compresi quelli economici e tecnico-professionali.

Oggi i confini dell'autonomia e responsabilità dell'atto medico sono delimitati dal Codice Deontologico. Il nostro Ordine professionale - ecco la modernità e attualità - ha dunque non solo il compito di garantire ai cittadini che i medici e gli odontoiatri osservino le regole deontologiche, ma anche quello di promuovere l'evoluzione stessa della deontologia in ragione del mutare dei valori etici della società e del rapido mutare degli orizzonti tecnico-scientifici.

Il costante aggiornamento delle regole deontologiche rappresenta spesso l'unica forma di regolamentazione disponibile specie nella così detta "etica di frontiera", laddove la medicina e i medici si inoltrano in terreni di ricerca e pratica clinica sempre più lontani dai tradizionali paradigmi di cura. La modernità dell'istituzione ordinistica è proprio nel saper regolare questo "territorio di frontiera" dove spesso le innovazioni tecnico-scientifiche sono disponibili prima e indipendentemente da opportune regole che ne garantiscano l'efficacia, l'equità e la sostenibilità.

In questi territori la Deontologia vincola i professionisti al rispetto di norme, svolgendo una delicata funzione di supplenza alla mancanza di leggi.

Si pensi alle implicazioni etiche della medicina potenziativa, alla *mobile health*, alla robotica, all'uso delle nanotecnologie.

La modernità del nostro Codice Deontologico consiste proprio nell'aver sapientemente dosato autonomia e responsabilità, rigore e tolleranza, diritti e doveri, identità e differenze, obblighi e libertà. L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri è oggi consapevole che il cittadino chiede a noi di essere rispettosi del pluralismo dei valori, fortemente orientati alla pratica delle evidenze scientifiche, impegnati nel costante aggiornamento professionale, capaci di personalizzare e umanizzare le cure, aperti alla comunicazione e al dialogo.

Ciascuno di noi, in questo difficile compito, deve trovare nell'Ordine un forte alleato, capace di sostenere il singolo professionista chiamato quotidianamente a nuove sfide.

Questa riteniamo sia la risposta all'iniziale domanda del "perché l'Ordine".

Ecco allora che l'Ordine di Rimini ha cercato costantemente, faticosamente, caparbiamente di essere al vostro fianco.

Iniziativa come la Scuola di Etica Medica, la Scuola di Storia della Medicina, i Giovedì dell'Ordine, il costante lavoro della Commissione Giovani Medici, della Commissione Medicina di Genere, della Commissione Medicine non Convenzionali, i momenti istituzionali quali l'Assemblea annuale, la Giornata del Medico e dell'Odontoiatra, la continua collaborazione con l'Enpam, sono state tutte occasioni di confronto, conoscenza, crescita e consapevolezza del primario ruolo sociale della nostra professione.

Abbiamo voluto fare dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Rimini un simbolo e un riferimento della nostra professione.

Ed è per tutto questo che Vi chiediamo di partecipare al voto, di dare fiducia e slancio all'Istituzione ordinistica, perché solo così possiamo essere partecipi al cambiamento che chiede a Noi di essere bravi e preparati professionisti ma anche capaci di ascoltare le domande, comprendere le attese e i bisogni dei cittadini, in grado di dare le migliori risposte possibili e sostenibili.

Grazie

Il Direttivo OMCEO Rimini

dott. Maurizio Grossi, presidente OMCEO

dott. Marco Vigna, presidente CAO

dott. Franco Mandolesi, vice presidente

dott. Giovanni Cananzi, segretario

dott. Massimo Montesi, tesoriere

Il punto redazionale



di Mauro Giovanardi

Cari colleghi, un numero snello... insomma estivo questo, ma non per questo meno curato e interessante nei contenuti, a cominciare dall'Editoriale del Presidente che in vista della prossima scadenza elettorale, in ottobre, per il rinnovo delle cariche ordinistiche, elenca le buone ragioni "istituzionali" che rendono opportuna la partecipazione di tutti gli iscritti.

Mi permetto di aggiungere anche una di natura economica: le elezioni hanno un costo (non indifferente per un Ordine come il nostro attento al buon uso delle risorse economiche) che può essere contenuto al minimo se si raggiunge il *quorum* dei votanti in prima convocazione. Partecipare al voto rappresenta perciò non solo l'esercizio di un diritto, fondamentale per mantenere vivo e

vitale l'Ordine, ma anche un atto di responsabilità verso i colleghi, dal momento che le risorse economiche risparmiate potranno essere più utilmente impiegate nell'organizzazione dei molti eventi culturali e formativi che l'Ordine sta preparando.

Si vedano per esempio quelli di cui si dà conto in questo numero, organizzati dalla neonata ma vitalissima Scuola di Storia della medicina e dalla ormai consolidata Scuola di Etica medica.

Di responsabilità fra colleghi, comunicazione e percorsi di accesso ai servizi ospedalieri tratta Luigi Casadei, "lamentando" come le "vie della cura" risultino talvolta poco più che sentieri, anche impervi e difficilmente praticabili. L'argomento è serio, evidenzia senz'altro meccanismi critici nel rapporto fra Medicina generale e ospedaliera meritevoli di revisione e modifica, fermo restando che anche il mondo ospedaliero a sua volta percepisce dall'altra parte elementi di inappropriatezza e talora di forzatura dei criteri di accesso alla priorità/urgenza non meno meritevoli di riflessione. Ancora di comunicazione, in particolare di "fatti e misfatti" della comunicazione scientifica attraverso l'utilizzo dei *social*, si occupa Marco Grassi. Mentre i cardiologi Mila Menozzi e Andrea Santarelli ci relazionano su dieci anni di pratica di coronarografia in *day hospital*, Girolamo Buono dell'ultimo congresso nazionale della Società italiana di Andrologia ed Emilio Rastelli ci racconta del sale nelle sue implicazioni fisiologiche e storico-culturali.

Tra gli altri contributi a questo numero vi cito, per l'assoluta originalità, quello di Fabio Bruscoli, rianimatore e Coordinatore locale trapianti dell'AUSL della Romagna, che riscrive con un "metro" del tutto particolare la procedura delicatissima della "Gestione della condizione di morte encefalica". Per gli altri interessanti contributi, di Mario Bartolomei, Franco Magnoni, Severino La Placa, Loreley Bianconi vi rimando alla lettura, con una menzione particolare per Loreley che, passando dai resoconti delle apprezzate iniziative della Commissione Medicina di genere e pari opportunità alla rubrica *Medici e padelle*, è riuscita davvero a farci venire l'acquolina in bocca.

A tutti voi buona estate e buona lettura.

Sanità locale



di Mila Menozzi e Andrea Santarelli

La coronarografia "a portata di mano" 10 anni di coronarografie in Day Hospital a Rimini

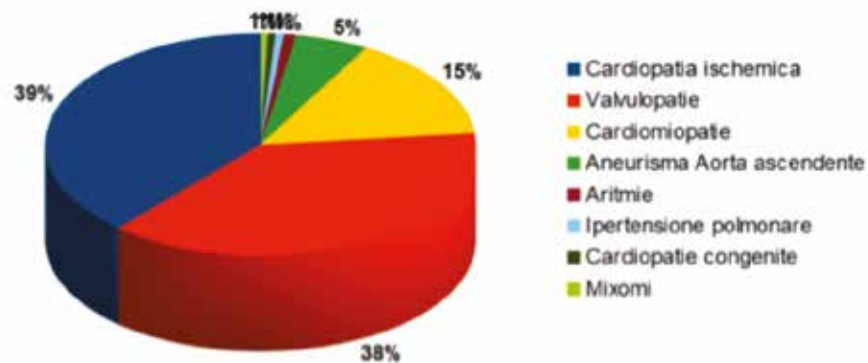
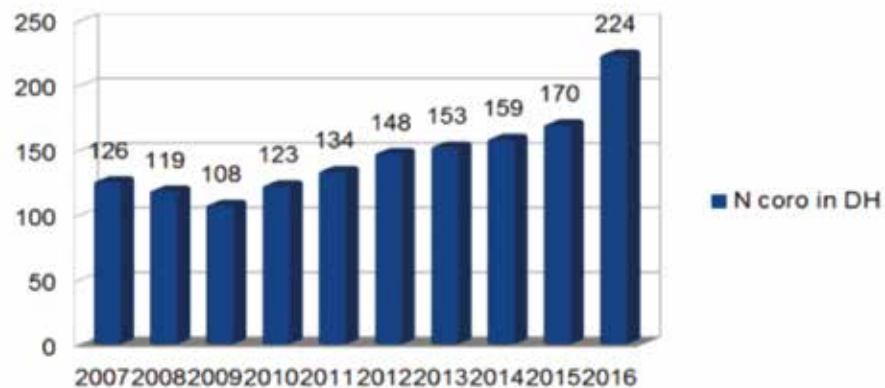
La coronarografia è l'esame angiografico che permette di valutare le coronarie, le arterie del cuore. È l'esame diagnostico di prima linea che si effettua nel Laboratorio di Emodinamica. Tradizionalmente per effettuarla veniva utilizzata la puntura dell'arteria femorale all'inguine, che prevede un'immobilizzazione a letto del paziente per molte ore, anche per un'intera giornata. Dal 2007, nel nostro Laboratorio la coronarografia viene effettuata estensivamente con puntura dell'arteria radiale al polso. Tale metodica permette una mobilizzazione precoce riducendo i disagi del paziente. Al termine dell'esame al paziente viene applicato un braccialetto con una camera d'aria che gonfiata comprime la sede della puntura arteriosa (vedi foto). Dopo qualche ora il braccialetto può essere rimosso e il polso medicato a piatto.

Nello stesso anno abbiamo iniziato a effettuare coronarografie in regime di Day Hospital (DH): i pazienti arrivano la mattina presto a digiuno, vengono sottoposti ad esame in giornata e ritornano a domicilio a fine pomeriggio.

Dal 2007 al 2016 sono state effettuate 1473 coronarografie in DH. Il grafico illustra il numero di coronarografie per anno.

L'età media dei pazienti è di 70 anni. Circa un terzo dei pazienti è di sesso femminile. Abbiamo candidato prevalentemente pazienti con patologia valvolare per i quali la coronarografia è un passaggio obbligato prima dell'intervento chirurgico e pazienti con sospetta cardiopatia ischemica, preferibilmente quelli con una minor probabilità pre-test di avere la malattia delle coronarie e quelli che non necessitano di un pretrattamento (come l'idratazione nei pazienti diabetici e/o con insufficienza renale e la profilassi anti-allergica per i pazienti poliallergici o con allergia certa al mezzo di contrasto). Il grafico illustra in percentuale la patologia di indicazione alla coronarografia in DH.





In 182 casi (12,3%) è stata eseguita un'angioplastica coronarica. Di questi pazienti la maggior parte sono stati trasferiti in reparto di cardiologia e dimessi il giorno successivo alla procedura. Solo 10 pazienti trattati con PCI (5,5% delle PCI) sono stati dimessi direttamente da DH. Non si sono registrati casi di complicanze maggiori legate al sito di accesso vascolare né di insufficienza renale acuta.

La coronarografia in DH oltre ad essere un esame sicuro e ben accettato dal paziente presenta degli enormi vantaggi in termini di ottimizzazione delle risorse, in particolare con un aumento della disponibilità dei posti letto in regime di degenza ordinaria, nell'attuale contesto della loro continua contrazione, e riduzione delle liste di attesa per la coronarografia che non necessita della disponibilità di un posto letto per essere eseguita.



di Luigi Casadei

Insieme, sulle vie della cura

Nel nuovo logo dell'AUSL Romagna compare una frase rassicurante che promette l'aiuto e il coinvolgimento di tutti gli operatori AUSL, quando inizia il tunnel, a volte penoso e solitario, della malattia. Talora, però, le "vie della cura" sono sovraffollate e quasi impraticabili. Le **consulenze urgenti** diventano perciò un *marker* di questo stare insieme.

Il bagaglio strumentale del Medico di Medicina Generale (MMG) è inadatto ad affrontare alcune emergenze diagnostico-terapeutiche.

Spesso è necessario avvalersi dello specialista che, con l'attrezzatura specifica presente in ospedale e con la sua esperienza in un ambito mirato, riesce a inquadrare e avviare il percorso adatto per il singolo paziente e il suo singolo caso.

Nel nostro programma gestionale di MMG, sono inserite in modo inequivocabile le patologie per le quali si possono attivare le Priorità e le Urgenze. A noi è richiesto ovviamente di fare da "filtro" e proporre in urgenza le situazioni già contemplate in un menù chiaro e ben comprensibile. Siccome, tuttavia, non tutto ciò che capita in ambulatorio è riconducibile a un elenco, per quanto ben fornito, credo siano necessari buon senso ed elasticità.

Ma quello che appare del tutto incredibile è il riferimento alla telefonata.

Dunque, secondo alcuni Servizi, e in base a non si sa quale Legge e/o Accordo, siglato da chi e perché, è necessario telefonare in reparto, prima di inviare un'urgenza. Tale richiesta, ripeto, non si sa quando e da chi concordata, è una missione impossibile (per esempio chi ha ambulatorio il pomeriggio sul tardi, incappa in emergenze che non possono essere segnalate a nessun interlocutore). Anche di mattina è spesso difficile reperire il collega interessato e un numero considerevole di tentativi è a volte necessario per sentirsi dire infine di rivolgersi al Pronto soccorso.

Insomma la buona pratica della "telefonata", che abbiamo sempre tentato di porre in atto, ben prima che fosse "obbligatoria", non risolve, anzi a volte aumenta, le distanze. E genera altri ingressi impropri al Pronto Soccorso, anziché liberarlo da situazioni gestibili altrove. La Radiologia, il Servizio di Angiologia, la Dermatologia e l'Oculistica costituiscono vere eccezioni positive: malgrado alcune mie "forzature", che inevitabilmente possono capitare nella pratica quotidiana, hanno sempre risposto in modo rapido, esaustivo, collaborante.

Tornando alla telefonata preventiva, questa NON può mai essere uno scudo adatto a rifiutare una visita urgente, senza accertare le motivazioni reali della richiesta. Ovvero non può sostituirsi a un giudizio clinico, da esprimere **dopo** e non **prima** che il paziente sia stato, anche sommariamente, valutato. Perciò chi rifiuta una visita urgente motivata, adducendo il mancato preavviso telefonico, si espone, a mio parere, a una condotta professionale rischiosa, ove da tale omessa valutazione sortisse danno per il paziente. Altrettanto degno di censura è perciò il medico di MMG che invia come Urgente una persona che non rientra in questa limitata categoria di pazienti. In diverse circostanze la telefonata è improduttiva: chi può dunque ribaltare la realtà, decidendo in modo unilate-

Focus sulla professione

rale che è tale telefonata il lasciapassare per accedere a una consulenza urgente e non invece lo stato di salute effettivo di una persona?

Pochi giorni addietro è capitato che inviassi a un reparto una mia paziente di 79 anni, per un problema la cui diagnosi era fuori dalla mia portata ambulatoriale, ma verosimilmente semplice, al contrario, per lo specialista. Ero stato contattato la sera poco prima delle 20, ben oltre il mio orario di ambulatorio di quel giorno: non avrei trovato nessuno in reparto e ho deciso di soprassedere alla telefonata. La mattina successiva, una collega ha eseguito la visita solo per la reiterata insistenza del figlio della mia paziente, ben evidenziando nel referto che: “si ricorda che tale accesso NECESSITA di accordi telefonici, che invece non sono intercorsi”.

Ha eseguito, la collega, una bella e circostanziata visita, della quale siamo tutti soddisfatti. E mentre mi bacchettava per una regola che NON può esistere, “dimenticava” tuttavia di applicare la Delibera Regionale 2142/2000, che impone l'obbligo allo specialista stesso di redigere ricette per esami e visite specialistiche necessari a proseguire l'iter diagnostico-terapeutico. Chissà se la collega, la mia paziente e io, stavamo andando davvero **insieme**, sulle vie della cura?



di Emilio Rastelli

Il sale

Non basterebbe un'intera biblioteca per descrivere e sviscerare tutto ciò che riguarda l'argomento sale.

Dalla cucina, alla chimica, dalla storia, alla geografia, tanti possono essere gli spunti per parlare del sale, che insieme all'acqua sono l'*humus* della vita sulla terra.

Cosa c'è di più fisiologico in medicina della soluzione fisiologica? Chiamata anche impropriamente isotonica – infatti, costituita da 9 grammi di NaCl in un litro di acqua, risulta leggermente ipertonica – è usata diffusamente in medicina, sia come soluzione idratante sia come veicolo di farmaci.

Nel mondo animale, il gusto del sale per gli erbivori è molto sviluppato in quanto la stessa alimentazione ne contiene in scarsa quantità, risultando essi sodio depleti. Al contrario i carnivori, divorando sangue e carne, di sale ne hanno in abbondanza. L'uomo dovrebbe essere onnivoro, l'evoluzione dall'uomo sapiens africano lo portava a vivere in zone aride, con scarsi vegetali, quindi l'alimentazione era orientata alla caccia. Essendo un cacciatore lento rispetto alla preda, doveva inseguire l'animale in una gara di resistenza. La preda ferita e inseguita, entrava in ipertermia e doveva fermarsi per disperdere calore prodotto dall'attività muscolare, ansimando (*panting*). Viceversa l'uomo disperde il calore sudando e mantenendo una respirazione non legata alla necessità di disperdere il calore. Un litro di sudore elimina circa 600 calorie di temperatura corporea e 2-3 grammi di sale; il fabbisogno giornaliero di sodio si colloca su un minimo di 4 grammi giornalieri, ampiamente assunti da una dieta odierna.

Le popolazioni africane e subsahariane, geneticamente predisposte a un risparmio del sodio, subiscono ai giorni d'oggi una maggior incidenza di ipertensione sodio-mediata. L'attività muscolare e la sudorazione portano a deplezione di ferro, modificazione del potassio corporeo, iponatremia, ipotensione, pertanto il nostro sapiens ha sviluppato il blocco della uricasi, presente diffusamente negli animali, l'aumento della uricemia incrementa la sensibilità al sodio e il mantenimento della pressione sanguigna in condizioni di scarso apporto di cloruro di sodio.

Il sale ha rappresentato sin dai tempi remoti un mezzo per conservare i cibi attraverso la salatura della carne e del pesce, la conservazione dei formaggi: termini come salamoia, salsa, salsiccia, salame, derivano da ciò. Il procurarsi il sale necessario ai bisogni alimentari ha portato alle vie del sale – che conducevano dal mare Mediterraneo ai paesi del Nord Europa – il prezioso elemento di cui molte città portano il nome (Salerno, Salsomaggiore, Salisburgo). Il sale è stato usato come moneta di scambio, da cui la paga del legionario romano prendeva il nome di *salarium*; in altre parti del mondo il sale era scambiato alla pari con l'oro.

A tutti è nota la superstizione del non rovesciare il sale in tavola, sinonimo di spreco di risorse, ma



anche l'espressione pagare un conto salato: ci ricordano il valore che un tempo si attribuiva al sale. Lo Stato stesso si procurava imposte attraverso gli spacci di sali e tabacchi.

Con la riduzione della conservazione dei cibi sotto sale, l'assunzione in Europa è calata da una media di 18 grammi agli 8-10 grammi giornalieri. Già i medici cinesi, 5000 anni or sono, avevano notato che un eccesso di sale causava un polso duro, equivalente clinico dell'arteriosclerosi e dell'ipertensione. Nel 1988 lo studio INTERSALT dimostrava una correlazione fra ipertensione e assunzione di sale ubiquitaria nel mondo. In popolazioni primitive di raccoglitori-cacciatori in Brasile, Kenia, Nuova Guinea, con assunzione di meno di 3 grammi di sale giornalieri, l'ipertensione arteriosa è pressoché sconosciuta. Lo studio DASH, confermava che una diminuzione da 9 grammi a 3 grammi di sale al giorno causava una riduzione della pressione, ma la dieta "mediterranea" porta a una diminuzione più significativa, anche se il contenuto di sodio si attesta sui 9 grammi giornalieri, la riduzione del sale introdotto con l'alimentazione riduce gli eventi cardiovascolari. Stessi vantaggi si hanno anche nel normoteso ma è semplicistico affermare che con meno sale si avranno meno eventi cardiovascolari e aumento dell'aspettativa di vita. Una dieta strettamente iposodica è poco apprezzata e abbandonata dalla maggioranza delle persone entro un mese e un deficit prolungato causa disturbi comportamentali: l'OMS ne raccomanda un'assunzione di 5 grammi giornalieri.

Riportare, affermare, prescrivere, diete fortemente iposodiche deve essere preso *cum grano salis*. La riduzione del sale con la dieta riduce modestamente la pressione, mentre una carenza di sodio causa una attivazione del sistema renina-angiotensina, un'insulinoresistenza, un incremento dei *markers* infiammatori. La dieta nel suo insieme influisce più della sola dieta

iposodica, infatti mangiare pesce conservato sotto sale risulta cardioprotettivo. L'incremento con la dieta di legumi, vegetali, frutta e verdura porta a un incremento di potassio alimentare, il potassio stabilizza le membrane citoplasmatiche ed è di per sé ipotensiva, per cui ben venga una dieta "normale", intendendo per normale una dieta equilibrata, priva di quelle estremizzazioni oggi tanto di moda.

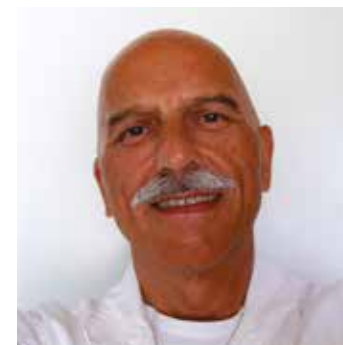
Non a caso sin dai tempi remoti il sale è sinonimo di saggezza (dal sermone della montagna: «Gesù disse ai suoi discepoli, voi siete il sale della terra»). Saggio, sapiente, derivano da aver sapore, ma anche sapido (appetitoso, gustoso, arguto) si contrappone a insipido (insulso, banale, sciocco), ma più popolare è il detto: avere sale in zucca. Una spiegazione potrebbe essere quella che il sale, in antichità poco disponibile, causava anche una riduzione dell'assunzione di iodio, già scarso in natura e indispensabile per la sintesi degli ormoni tiroidei. Una dieta ipocalorica e ipoglicidica, tipica dei nostri antenati cacciatori-raccoglitori, causava una minore necessità di ormoni tiroidei, mentre l'espansione dell'agricoltura ha portato a una dieta ricca di amidi che, associata all'assunzione di vegetali gozzigeni come i cavoli, ha causato una maggiore necessità di ormoni tiroidei, ma in carenza di sodio-iodio a un cretinismo endemico nei territori non costieri.

Sulle coste l'alimentazione più varia e con prodotti ittici e la presenza di sale marino, ricco di iodio, ha portato ad apprendere che per far crescere un ragazzo sano e sapiente era necessario il sale.

L'evoluzione della specie, migliorativa nei millenni, oggi risulta penalizzante, avendo l'uomo estinto la necessità di procurarsi il cibo con la caccia, la pesca, l'agricoltura. Gli alimenti si trovano in enormi quantità a prezzi relativamente modesti, conservati, adulterati, modificati, con rischi per la salute, ma bisogna avere un po' di

grano salis nel dare giudizi affrettati: infatti la vita media si è allungata enormemente, grazie alla maggior alimentazione e alle migliorate condizioni igienico-sanitarie.

Liberamente tratto da Gregorio F, Musacchio N, Gregorio D, et al. *Stile di Vita Ancestrale e Collisione Evolutiva*. Parte 4 - Sapido, sapiente, sciocco o iperteso? Media 2017; 17: 9-16.



di Marco Grassi

L'informazione scientifica ai tempi dei social

Uno dei "temi caldi" sui media tradizionali come giornali e TV, è da sempre la salute con tutti gli argomenti collaterali connessi: prevenzione, cure, esami diagnostici, per finire all'immancabile "malasanità". Il mezzo finora impiegato per veicolare i vari messaggi, per sua natura monodirezionale - il giornale si legge e la TV si guarda passivamente - aveva reso la comunicazione dei temi della salute un modello paternalistico e per certi versi poco democratico. L'irruzione di internet sulla scena comunicativa ha

modificato radicalmente le possibilità d'informarsi mettendo il fruitore di notizie al centro della scena con più ampie possibilità di scegliere fra le varie notizie proposte e di fare ricerche mirate su argomenti di propria scelta. Le conseguenze di questa "rivoluzione" non sono state sempre positive e ne abbiamo dato conto in passato anche su questo Notiziario. [1].

Il passo successivo nella "volgarizzazione" dei temi medico-sanitari è stata la diffusione dei cosiddetti *social network* di cui Facebook è l'antesignano e al momento il più diffuso e popolare. I social danno la possibilità a tutti di esprimere e diffondere le proprie opinioni, di condividerle con un più ampio spettro di soggetti, di interloquire e discutere anche direttamente con i "detentori", per specifico curriculum formativo e/o riconosciuta esperienza, del sapere scientifico formale.

Tutto bene, quindi? Viva la democrazia del sapere? Benvenuta la comunicazione scientifica direttamente sul cellulare? Tutto funziona sui *social* fino a quando non si ha la pretesa di mettere sullo stesso piano le opinioni - opinabili per definizione - con i fatti. Purtroppo, un pericoloso fenomeno che si sta verificando è la creazione di un ambiente digitale povero di utile contraddittorio e ricco di "opinioni deboli". «Lo sanno tutti» e per converso «Nessuno ve lo dice» sono gli internet meme (tormentoni o stereotipi linguistici) più diffusi in questi ambiti di "conversazione" capaci di troncarsi qualsiasi possibilità di ulteriore dialogo o approfondimento. Ma anche quando il "dialogo" seppur stentatamente procede, emergono effetti collaterali tutt'altro che lievi. È sufficiente frequentare le pagine Facebook di gente qualunque per farsi un'idea della situazione.

Spigolando a caso si possono facilmente reperire perle di questo genere: «Con Internet si possono trovare tutte le informazioni che servono, non occorre una laurea in medicina per leggere e capire». Oppure: «Smettetela di arrogarvi il diritto di avere voce in capitolo solo per aver fatto quattro esami di medicina». E cosa succede a suggerire letture scientifiche invece di *fake news* [bufale]?

La risposta: «È scritto da un autore completamente plasmato dalla Medicina ufficiale, per cui contrarissimo a una terapeutica [si parla di terapie non convenzionali ndr] che invalida buona parte delle terapie farmacologiche e intossicanti su cui basa le sue cure la Medicina tradizionale», non lascia alcun dubbio sulla volontà di troncane ogni rapporto dialettico con la controparte. E il ricorrere all'opinione di esperti, a chi ha dedicato una vita di studi a trattare la materia? Risposta tanto lapidaria quanto *tranchant*: «È proprio degli esperti che non mi fido». L'esempio più drammaticamente eclatante di questa pericolosa falla del "sistema social" è rappresentato dal caso vaccini. Si discute molto, ormai da mesi, sull'efficacia e la sicurezza dei vaccini, come se fosse un tema sul quale le opinioni personali contano quanto i fatti acquisiti dalla ricerca scientifica. Viene da chiedersi come mai non si discuta altrettanto vivacemente sul trattamento dell'infarto del miocardio o di altre misure terapeutiche o preventive. Un'editoriale appena pubblicato sul *New England Journal of Medicine* [2] ci da una chiave di lettura molto interessante sulla pericolosità di questo approccio "democratico" alla comunicazione dell'informazione scientifica.

La risposta, tutt'altro che scontata, è che se un argomento perde la sua natura di fatto scientifico e diventa terreno di scontro ideologico e perfino politico/partitico, la comunicazione diventa improvvisamente difficile, se non impossibile. Quando ci si trova in queste condizioni d'invasione del campo della scienza da parte del dibattito sociale e politico, improvvisamente non contano più i fatti, ma gli schieramenti. Lisa Rosenbaum, autrice dell'editoriale, parla di "posizionamenti tribali" che non sono interessati ai fatti scientifici, quanto esclusivamente al proprio senso di appartenenza.

«Dobbiamo smettere di credere che lo scetticismo rifletta una carenza di conoscenza e che

quindi possa essere rimediato fornendo dei fatti. Quando il dubbio è avvolto in una propria identità culturale o in forti emozioni, i fatti spesso non solo falliscono il compito di persuadere, ma possono ulteriormente consolidare lo scetticismo. Un fenomeno spesso chiamato "assimilazione faziosa", che è stato dimostrato in molti ambiti, dalla pena di morte ai cambiamenti climatici, ai vaccini. Uno studio ha dimostrato che genitori in dubbio se vaccinare o no il proprio figlio, sono diventati ancora meno propensi a vaccinarlo quando venivano loro date informazioni che smascheravano il mito che i vaccini possano causare l'autismo».[2]

La diffusione di dubbi e sospetti contro la scienza in generale e contro i medici e la medicina nello specifico sono perciò il brodo di coltura ideale di ogni genere di complottismo impermeabile a dati e prove di efficacia, per quanto forti e inequivocabili possano essere giudicati dalle élites scientifiche. Questo è forse il cuore del problema perché chi ha una formazione scientifica non si rende sufficientemente conto di appartenere di fatto a un'élite se rapportata alla stragrande maggioranza delle persone che si identifica piuttosto in gruppi più o meno orientati politicamente o semplicemente "contro" qualcuno o qualcosa. Quando i fatti, cioè le prove scientifiche, sono sostenuti dalle élites, magari anche con una punta di superiorità verso "chi non vuol capire", la gente comune sente puzza d'imbroglio, si chiude a riccio e lo scontro si radicalizza. Compare, neanche sottotraccia, l'accostamento con la "casta".

Il fatto è che oggi la scienza viene vista come una delle tante istituzioni alle quali è legittimo opporsi, non con diverse posizioni scientifiche, ma ponendosi semplicemente al di fuori del suo ambito. La scienza, e la medicina in particolare, ha dato colpevolmente adito a sospetti per alcuni suoi comportamenti troppo disinvolti nei confronti di conflitti d'interesse economici o

accademici e quindi ha, in parte, alcune colpe. Un recupero di etica e deontologia deve sicuramente essere al primo posto nella graduatoria degli impegni che la classe medica si deve assumere, ma che tuttavia potrebbero non essere sufficienti a mantenere una proficua comunicazione con quella controparte che nella scienza oggi si riconosce sempre meno o non si riconosce affatto.

«Come comunità medica, abbiamo utilizzato a lungo la comunicazione della scienza in modo non scientifico. Nel corso di studi ci è stata insegnata la comunicazione non-verbale, come entrare in contatto con lo sguardo del paziente, come annuire con la testa, come dimostrare competenza culturale. Ma se lo scopo della comunicazione è quello di tradurre la scienza in una politica pubblica che può migliorare la salute della nostra popolazione, allora dobbiamo anche concentrarci - e urgentemente - sulla «navigazione empirica» ed efficace degli attacchi alla verità.»[2]

Bisogna quindi evitare quello che secondo l'editorialista del *NEJM* è "lo scontro tra scienza e credenza". Il rischio è che attraverso questo scontro si approdi a quella che è stata chiamata l'epoca della post-verità, un'epoca postmoderna intensamente segnata dal web nella quale, secondo il filosofo Maurizio Ferraris «L'umanità

non è interessata a sapere il vero, ma ad avere ragione e a trovare conferma delle proprie convinzioni [...] L'ideologia che anima la post-verità è l'atomismo di milioni di persone convinte di aver ragione non insieme (come credevano, sbagliando, le chiese ideologiche del secolo scorso) ma da sole. Il centro di questa nuova ideologia è la pretesa di esser nel vero a prescindere, e nel cercare riconoscimento attraverso un apparato tecnico, il web, che permette l'espressione delle idee dei singoli rendendole irrilevanti (appunto perché uno vale uno)». [3] Quindi la scienza, e di nuovo la medicina basata sulle prove in particolare, deve mobilitarsi trovando non facili vie di dialogo con un'umanità che sembra non più interessata al vero. Il rischio è quello di trasformarsi in un'élite sempre più ristretta, che opera in maniera distaccata e autoreferenziale e che potrebbe essere rapidamente scalzata dalle posizioni che contano nella società.

[1] M. Grassi - *Dr. Google: un ospite indesiderato fra medico e paziente* - Notiziario anno XIX, Numero 4, Ottobre - Dicembre 2016

[2] Lisa Rosenbaum - *Resisting the Suppression of Science* - *N Engl J Med* 2017; 376:1607-1609

[3] Maurizio Ferraris - *La Repubblica* 30 aprile 2017



di Girolamo Buono

Di ritorno dal Congresso della Società Italiana di Andrologia

Dal 25 al 27 maggio, a Milano Marittima, si è tenuto il Congresso Nazionale SIA, alla sua 41^a edizione.

Il corposo programma, il numero e il prestigio dei relatori, il contributo di *sponsor* importanti offerto da varie aziende che ruotano intorno alla salute e al benessere maschile, hanno proiettato ormai l'evento a livelli di rilievo nel panorama sanitario nazionale. Il sottoscritto ha potuto constatare quanta acqua sia passata sotto i ponti dagli albori dell'andrologia. La Società scientifica fu fondata a Pisa il 14 febbraio 1976 con il contributo di lungimiranti pionieri e fu istituita la Scuola di Specializzazione di Andrologia sempre a Pisa, presso la quale mi pregio di essermi diplomato nel lontano 1984. In Italia però, non esiste più la specializzazione in andrologia e la maggior parte degli andrologi sono specialisti in Urologia oppure in Endocrinologia o altre discipline affini e la formazione si acquisisce mediante la frequenza a master, congressi e corsi di aggiornamento organizzati da importanti Società scientifiche.

Di fatto l'andrologia è materia assai vasta, che tratta una moltitudine di affezioni correlate alla sfera genitale maschile quali la disfunzione erettile e l'infertilità, le anomalie anatomiche dei genitali maschili fino a problematiche più complesse che interessano la vita di coppia, come ad esempio l'eiaculazione precoce con le sue implicazioni relazionali. Come si intuisce da questa definizione, nell'andrologia confluiscono una mole di conoscenze multidisciplinari, per non dire olistiche, indirizzate non solo alla cura della malattia, ma al benessere e qualità di vita del singolo e della coppia.

Al congresso, passando dalle relazioni scientifiche ai variopinti stand di aziende farmaceutiche e di elettromedicali dedicati alla salute dell'uomo, l'atmosfera è quella di missione compiuta. Farmaci sempre più potenti, sistemi meccanici, protesici, terapie ayurvediche sembrano aver allontanato in maniera definitiva lo spettro dell'impotenza da chiunque ne risulti afflitto. Il rischio che si intravede, accanto al compiacimento dei progressi della medicina, è quello di una pericolosa medicalizzazione della sessualità maschile.

Prima del 28 marzo 1998, anno di comparsa del sildenafil citrato, meglio conosciuto come Viagra, la terapia offerta al paziente che chiedeva aiuto al suo medico per problemi di disfunzione erettile era di ricevere una pacca sulla spalla e qualche parolina divertente di circostanza. La nascita del Viagra ha coinciso con due vere e proprie rivoluzioni: una terapeutica, l'altra culturale.

Se da una parte è indubbia l'efficacia di questa piccola e discreta classe di farmaci nel restituire la funzione carente, dall'altra è indubbio che nel tempo il desiderio si è spinto a ottenere qualcosa di più del semplice ripristino funzionale, valorizzando la logica della prestazione e incentivando, in generale, un crescente interesse pubblico per questo e altri problemi nel campo della sessualità.

Dagli anni 70 in poi la medicina si è impossessata di ambiti della vita che prima non le competevano e ha trasformato in "malattie" condizioni che, non molto tempo prima, venivano considerate e definite naturali come la vecchiaia, la calvizie o la menopausa. Complici di questo non solo i prodigiosi progressi tecnologici della medicina, ma anche cambiamenti culturali e antropologici della società volta sempre più al compiacimento narcisistico, all'efficientismo, al protagonismo fino a sfiorare atteggiamenti di onnipotenza. Non stupisce allora che media e *social network* siano diventati potenti amplificatori e mediatori di tutte le nuove istanze e aspirazioni, spesso ipertrofiche, di una mentalità che ritiene, ad esempio, non solo normale ma anzi doveroso, il ricorso a farmaci o alla chirurgia per raggiungere un miglioramento-potenziamento di normali funzioni psico-biologiche come potrebbe essere l'erezione, paradigma

della risposta sessuale maschile.

Potenziare quindi, non solo curare. L'universo *social* propone sempre più, soprattutto nei soggetti fragili proprio a causa della propria disfunzione o presunta tale, nuove forme di normalità, modelli, comportamenti e aspettative che possono causare essi stessi dipendenza. Vittime di questo stato di cose i soggetti più deboli e spesso molti giovani.

All'ultimo congresso della Società Europea di Urologia tenutosi a Londra, è emerso che sei uomini su dieci assumono le cosiddette *sexy pillole* senza una diagnosi o una prescrizione, attraverso i più svariati canali e *sexy shop*. Ovviamente sarebbe miope considerare la disponibilità incontrollata del farmaco come unica causa della sessualità medicalizzata: le cause sono ampie e variegata.

Proprio per questo lo specialista andrologo moderno è tenuto non solo a contrastare gli abusi e i potenziali rischi dell'autoterapia, ma ad assumere un ruolo di informatore ed educatore e ad accompagnare da una parte l'uomo e dall'altra la coppia nella sua totalità. Soprattutto nei confronti dei più giovani, afflitti da incertezze, sentimenti di inadeguatezza e frustrazione, nei quali la pillola può rappresentare una comoda e calda "coperta di Linus", l'andrologo ha il compito di svelare quello che è ormai dimenticato: e cioè che la sessualità non è solo gesto fisico, ma si accompagna a molteplici aspetti simbolici e ambientali ed è, di necessità, anche rapporto umano. L'impegno è di restituire all'uomo paziente e all'uomo medico capacità di dialogo e di ascolto, che mai come nel campo delle disfunzioni sessuali sono vitali per la scelta del miglior programma di cura.

Medici ma non solo



di Fabio Bruscoli

Gestione della condizione di morte encefalica Il “metro” del... procedere

Credo proprio che il nostro sia un lavoro un po' particolare, in cui si mescolano di continuo passato presente e futuro, e in cui continuo sia il passaggio fra diversi codici: al tempo stesso tecnica e scienza, esperienza e innovazione, adattamento e cambiamento.

Un po' artigianato, anche, arte talora, e poi relazione, visione, costruzione di reti; e ancora precisione, attenzione, matematica, filosofia, ritmo...

Sostiene Baricco che il ritmo italiano per definizione sia l'endecasillabo, che ritroviamo non solo in Dante («Nel mezzo del cammin di nostra vita»), ma anche in Ariosto («Le dame i cavalier l'armi e gli amori»), in Leopardi («Sempre caro mi fu quest'ermo colle»), e poi in Giusti («Vostra eccellenza che mi sta in cagnesco»), in Ungaretti («Settembre andiamo è tempo di migrare»), in Guccini, perfino («Lunga e diritta correva la strada») e nella canzone popolare («Oh com'è bella l'uva fogarina»).

E allora perché non attingere nel nostro lavoro quotidiano, e rendere ragione di tutto questo scrivendo in endecasillabo una delle procedure più coinvolgenti (per peso organizzativo e psicologico, per cose da fare e da gestire, per aspettativa e risultato) come la GESTIONE DELLA CONDIZIONE DI MORTE ENCEFALICA?

È un gioco, niente di più.

È un gioco, niente di meno.

(Lo schema utilizzato è ABABABCC, proprio come in Dante)

1
Volendosi accertar come si muore
In condizion di morte cerebrale
In quel paziente che battente il cuore
Simula contener soffio vitale,
Si provochi all'inizio del dolore
Trovando che non c'è risposta al male,
Si guardi che sian sempre definiti
I differenti sei pre-requisiti.

2
Occorre valutare se davvero
Sia persa d'ogni nervo la reazione,
Distrutta sia la fonte del pensiero,
Perduta pure la respirazione;
Che sia del tutto prossima allo zero
Della corrente la registrazione.
Per dire poi definitivamente:
Eccolo morto con il cuor battente.

3
Sarà il rianimatore indubbiamente
Collegialmente a neuro e direttore
Che parlerà assai spesso col parente
Per ottenere un nuovo donatore,
Così da garantire immantinente
Un intervento affatto salvatore.
Nel mentre da “trapianti regionale”
Già stanno tempestando l'ospedale.

4
Dovrà l'ecografista valutare
Degli organi la forma e dimensioni,
Se conveniente è i reni trapiantare,
Se il fegato può dare guarigioni,
Se il cuore è ancora in grado di apportare
Le sue più forti attive contrazioni,
Intanto che ci viene garanzia
Dal risultato di virologia.

5
Certo che occorre fare un trattamento:
Colui che è potenziale donatore
Cambia le sue dinamiche al momento:
Per questo si dovrà il rianimatore
Conservare per sempre molto attento,
Non solo per le tecniche sei ore
In cui il collegio delle genti accorte
Stabilisce certezza della morte.

6
Saranno fluidi e catecolamine,
E tempo e ritmo e certo anche tensione;
Continuo sia il controllo delle urine,
E pure delle cento e più persone
Che giorno notte e in ore mattutine
Producono di certo confusione:
Lavorano con l'unico obiettivo
Di aver domani qualcun altro vivo.

7
Si cercheranno in giro i riceventi:
Il centro operativo nazionale
Dovrà identificare quei pazienti
Che per ragion del grave loro male
Saranno i primi ad essere contenti
Dell'ottenere spirito vitale,
Sapendo già peraltro che le porte
Per loro danno vita, altrui la morte.

8
L'attesa del chirurgo ognor perdura
Nel tempo che si conta sia il più breve,
Nel mentre che continua la sua cura
Si faccia al donator ciò che si deve:
Si faccia con insolita premura
(Non credasi sia questa fase lieve).
Si affida dunque ad altro anestesista:
È questa fra le urgenze prima in lista.

9

Ora ci si dirà che accade adesso:
Tutta l'équipe in modo attento e accorto
Gestisce questa fase del processo
In cui ci si organizza per il trasporto
Alla sala specifica in cui ammesso
Quel che del donatore è il corpo morto.
È tutto pronto a fare l'intervento:
Salvare vite umane è il primo intento

10

Alcune cose sempre ricordare:
Occorre agir in fretta ma con calma.
Nostro lavoro non sta solo nel "fare":
Ci occupiamo di corpi e anche dell'anima.
Compito del chirurgo al terminare:
Che sia ben ricomposta alfin la salma.
Organi fuor di sala operatoria:
È pronta al suo comincio un'altra storia.



di Franco Magnoni

Scienza vinicola del riminese Battarra

Nel secondo '700 Giovanni Antonio Battarra, abate, agronomo, micologo, fu illustre esponente dell'Illuminismo riminese. Nato nel 1714, diventato famoso per le sue opere, egli si disse non amato dalla sua città che lo dimenticò anche il giorno della sua morte nell'anno 1789. Battarra si definisce «*philosophus*», per riassumere la propria avventura intellettuale nel secolo dei Lumi, quando la Filosofia è vista come indagine sulla Natura, non discussione su questioni astratte. Natura e Dio, come spiega lui

stesso, niente producono invano. L'uomo deve quindi scoprire l'utilità di ogni cosa esistente e meditare su quanto il Padre ha creato. Ragione e fede si incontrano nell'indagine della realtà, che spetta a ogni filosofo. Profondamente deluso da una città che lo ignorerà nel momento della sua morte, Battarra nella sua lapide lascia scritto di essere stato più apprezzato fuori di Rimini che nella propria patria. Con una dotta e criptica citazione biblica, dove si suggerisce di non gettare perle ai porci, Battarra dice di essere stato una perla gettata ai suoi concittadini: «*margarita projecta ante suos*» e si capisce come il nostro abate tra concittadini e maiali fa un tutt'uno, per vendicarsi in eterno dei torti subiti dai riminesi. Quanto Battarra – a parte il suo «frizzante cinismo», dote attribuitagli da Rosa, e l'«indole sdegnosa e cinica», come ribadisce C. Tonini, fosse basso estimatore degli uomini – lo dimostra un episodio che vede protagonista il suo cane Orione. Alla morte della bestia volle dedicare, oltre che una lapide, anche un funerale che, come lui stesso annota, «fu più splendido di quello del Vescovo Guiccioli morto pochi giorni prima».

Dal secondo '800 a oggi tutti gli studiosi esaltano le sue opere. La sua vera vocazione non era quella di essere sacerdote, come con grande sincerità egli confessa in un quaderno autobiografico dicendo: «... non avea mai sentito in me veruna inclinazione alla Cura delle Anime». Battarra nel 1755 fece uscire in stampa *Fungorum ariminensis istoria*. L'opera che lo rese ancor più famoso in Romagna, per cui egli aveva indagato e studiato nel podere materno della Pedrolara, piccola frazione di Coriano, fu la *Pratica agraria*, stampata nel 1778. Strutturata in trenta dialoghi, rivela la mente scientifica e realistica dell'abate. Battarra, sostenendo la necessità di un'agricoltura razionale, dà validissimi nuovi insegnamenti anche sulla coltura delle viti. Così, fingendo di parlare al suo contadino, sostiene: «... il vino è un gran capo d'entrata per tutti i paesi dove allignano le viti, anche la coltura delle viti merita la migliore attenzione dell'Agricoltore, sì nel piantarle che nel custodirle». Ancora: «... la vite alligna facilmente in ogni sorta di terreno, ma i migliori siti sono quelli di collina e volti a Levante. La pianura dà vini deboli. Il monte erto, che presto si copre di nevi di lunga durata, dà l'uve immature ed i vini acerbi. I siti umidi ed in vicinanza di fiumi o laghi danno poche uve, perché in tempo della fioritura le ruggiade fan perire i fiori». Battarra passa in rassegna tutto ciò che compete al bravo agricoltore interessato alla vite, come le viti a «tirata», per cui si piantano alberi alla distanza di cinque metri uno dall'altro due o tre anni prima di piantarvi le viti, poi sostenute da opportuni tiranti, con l'avvertenza di scegliere alberi «... che poco lussureggiano nelle

radici». I dialoghi XXI e XXII sono interamente dedicati alla vendemmia. Il padrone interroga il contadino sulle sue capacità lavorative, prima di procedere alla vendemmia, e il contadino, esperto, risponde che «... occorre visitare tutti i vasi, osservando se il legname è buono, se i cerchi sono in buon sistema, e stringerli, e calcarli. Aggiustati i cerchi alle Tine, Botti, Bigonci, porvi l'acqua dentro finché la ritengano». Anche il padrone insegna: «... se ti accorgessi che una delle tre botti avesse contratto quel puzzor di muffa, che chiamano il "sito", il qual difetto succedono ai vasi quando, votatili, non si nettano bene... che rimedio ci faresti tu per liberar la tua botte?». E continua: «... per questo ricordati di lavare bene la botte con l'acqua, poi fai un caldaio di liscia forte, cioè metti più cenere di quella pel bucato; quando sarà bollente filtrala con un canovaccio e gettala dentro quel vaso. Il giorno medesimo che vorrai riempire la botte ci farai una bollitura di acqua bollente e la getterai via dopo averla fatta girar per le pareti». L'abate Battarra esalta i cosiddetti "vini generosi", cioè il Vin Forzato, il Vin di Cipro, il Vermutte. Dei tre vini egli considera migliore il Vino di Cipro, esaltato anche in un documento relativo alle vecchie botteghe del Caffè di Rimini. La più vecchia era il *Caffè della Fontana*, nella omonima piazza, oggi Cavour. Se ne ha notizia a partire dal 1784, quando è citato anche come *Caffè di Bologna*, dal cognome del gestore. Vi si serviva caffè, cioccolata, sorbetto, ciambelle. Sua specialità era il Vino di Cipro, ottenuto da uva lasciata infradiciare e invecchiata in bottiglie tenute al buio per almeno tre anni. Singolare vino, dal caratteristico odore di "teriaca". Nel penultimo dialogo Battarra passa in rassegna con arguzia le «fraudi e maliziose costumanze dei contadini». Il nostro abate illuminista è famoso in Italia per la sua *Pratica Agraria* con cui rinnova sistemi e metodi di produzione nella campagna e la sua città gli deve quindi onore. Ricordo come un vino, un uvaggio di sangiovese, cabernet e merlot affinato in barrique e prodotto da un'azienda locale sia stato chiamato con il nome di *Battarreo*.

Storia della medicina

Nuovo evento per la Scuola di Storia della medicina

Dopo il successo ottenuto con il convegno inaugurale dedicato alle malattie dei Malatesta, la Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini organizza un altro importante evento dedicato questa volta alla medicina popolare romagnola e del Montefeltro, sulle tracce della misteriosa e leggendaria figura di Nicola Gambetti di Monterotondo (1832-1921).

**DAL MONTEFELTRO ALLA REGGIA DEI SAVOIA:
NICOLA GAMBETTI DI MONTEROTONDO (1832-1921)**
16 settembre 2017

Sulle tracce del "sor Nicola"

10.00 Ritrovo all'Agriturismo Il Capanno
Loc. Villa di Fragheto, 8 - Casteldelci (RN)

Passeggiata ecologico-culturale nella contea di Monterotondo
in compagnia di Luigi Cappella, Luciana Romanelli e Laura Travagliani

12.30 Buffet all'Agriturismo Il Capanno
(solo su prenotazione al n. 0541.915443; quota individuale euro 15,00)

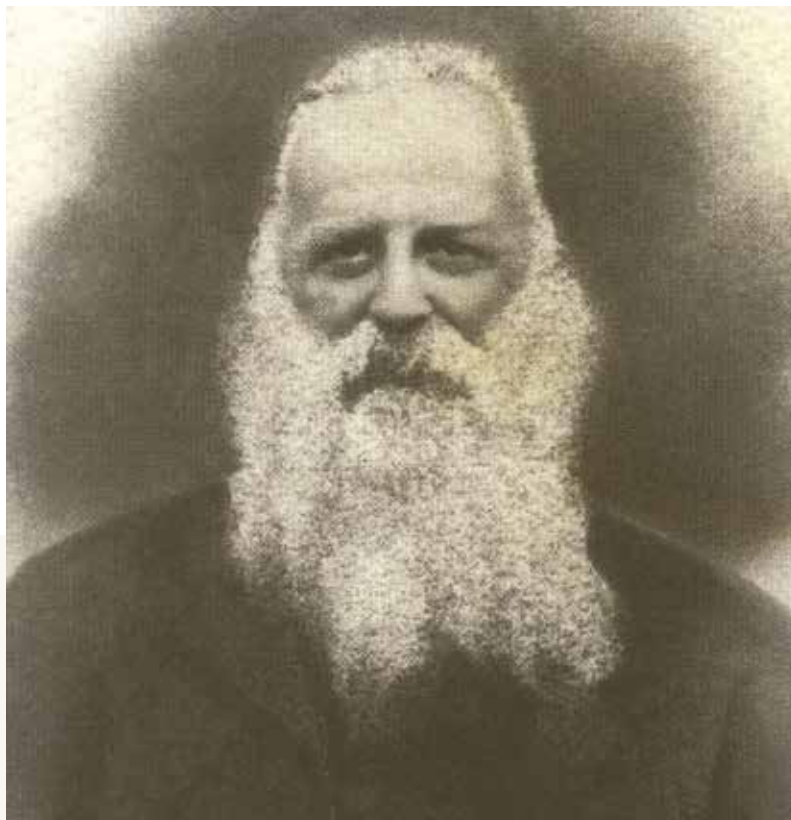
Tra scienza ed empirismo: Nicola Gambetti e la medicina popolare nel Montefeltro

Teatro Sociale - Via G. Mazzini, 69 - Novafeltria (RN)

Presenta e modera: Giulia Grossi (Segretario della Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini)

16.00 *Saluti*
Maurizio Grossi (Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini)
Stefano Zanchini (Sindaco di Novafeltria)
Marco Renzi (Sindaco di Sestino)
Stefano De Carolis (Direttore Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini)

- 16.30 Giancarlo Cerasoli (Cesena)
I guaritori nella medicina popolare
- 17.00 Bruno Berardi (Sant'Agata Feltria)
La vita e le ricette di Nicola Gambetti
- 17.30 Laura Travaglini (Casteldelci)
La psicologia della cura
- 18.00 Dibattito



Nicola Gambetti di Monterotondo (1832-1921).

IL SORRISO RUBATO. Storia nobile (e atroce) dell'odontoiatria

Logos Edizioni - 2017

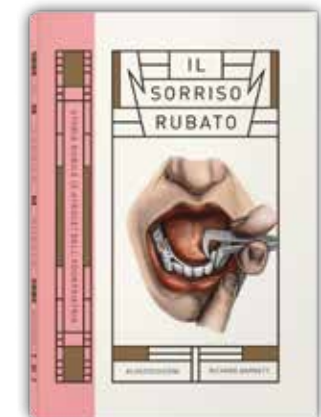
L'autore, Richard Barnett, laureato in medicina, scrittore e docente di Storia della scienza a Cambridge, è noto alla radio e TV del Regno Unito per i suoi interventi su tematiche riguardanti la storia e la cultura medica. Ha al suo attivo anche altre pubblicazioni in cui tratta di scienza, di storia e di arte in campo medico.

Come spiega lo stesso Barnett in una sua dichiarazione, questo libro è il terzo di una serie in cui esplora e attinge dall'incredibile e ricchissima collezione di immagini storiche della Wellcome Library di Londra. Il primo libro, *The Sick Rose*, era dedicato alla storia delle malattie, il secondo, *Crucial Interventions: An Illustrated Treatise on the Principles and Practice of Nineteenth-Century Surgery*, alla rivoluzione chirurgica dell'Ottocento.

In quest'ultimo lavoro, scritto nel solco della tradizione del giornalismo divulgativo scientifico inglese, traccia una storia culturale ed "emotiva" dell'odontoiatria dai primordi - quando la figura del dentista era circondata dall'aura della ciarlataneria - ai giorni nostri in cui assume la dignità di disciplina di alta specializzazione con intenti ricostruttivi ed estetici, alla ricerca del sorriso perfetto.

«Una strada - come afferma Giulia Villoresi che ha recensito il libro sul *Venerdì di Repubblica* - lastricata di cattive intenzioni, colpi di genio e truffe, suicidi e omicidi commessi per via di un brevetto». Una strada che, nonostante ritrovamenti di epoca romana ed etrusca ci restituiscano ponti e dentiere in avorio o in legno di bosso, è stata per secoli percorsa da ciarlatani e saltimbanchi, pericolosi cavadenti che "operavano" nei giardini pubblici o nelle fiere. Bisogna arrivare al secolo dei Lumi perché il cavadenti ripulisca la propria figura e si attribuisca (anche se per autodefinizione) la dignità di *dentiste*, proponendo tecniche conservative e le prime dentiere realistiche in avorio o in osso. E bisogna ancora attendere fino alla metà del secolo successivo perché si verifichi la svolta epocale: sarà l'avvento, provvidenziale, dell'anestesia a segnare la nascita dell'odontoiatria moderna e a dare alla categoria dignità professionale e riconoscimento sociale.

Mauro Giovanardi



BIOETICA PER PERPLESSI Una guida ragionata

Gilberto Corbellini, Chiara Lalli
Mondadori - Università



Qual è l'oggetto di discussione della bioetica?

Secondo gli autori sono le scelte individuali che riguardano la nascita, la morte, la malattia e la libertà individuale di esprimerle. Un campo in cui i progressi della ricerca scientifica possono da un lato favorire un ampliamento dei gradi di libertà e per lo stesso motivo generare conflitto con componenti sociali che guardano a questi progressi con sospetto in virtù di propri diversi orientamenti culturali e politici.

Convinti che «larga parte delle discussioni bioetiche parta da reazioni intuitive, disinformate o male informate all'aprirsi di nuove possibilità di scelta», esprimono la convinzione che «una maggior libertà nelle decisioni relative a riproduzione, cure e morte non aumenti i danni, ma al contrario produca esiti migliori». Corbellini e Lalli anticipano e dichiarano nell'introduzione, che quella che propongono è sì una bioetica "minima" - buona per aiutare a capire quando valga la pena di "impicciarsi" delle scelte degli altri e quando invece sia meglio lasciar perdere e lasciare libere le persone - ma anche una bioetica dichiaratamente libertaria e razionale, che rifiuta la classica distinzione fra bioetica laica e bioetica cattolica a favore di una «bioetica logicamente e scientificamente solida, ovvero fondata su buoni argomenti e sulle conoscenze naturali che riguardano il comportamento umano».

A partire da questa premessa, gli autori costruiscono un volume corposo composto da tredici capitoli che spaziano dalla sperimentazione sull'uomo e sull'animale, alle scelte di inizio e fine vita, dalla medicina dei trapianti alla medicina rigenerativa e staminali, dalla neuroetica all'etica ambientale e OGM.

Mauro Giovanardi

Gli autori

Gilberto Corbellini insegna storia della medicina e bioetica alla «Sapienza» Università di Roma. Tra i suoi libri *La razionalità negata* (con Giovanni Jervis, Bollati Boringhieri, 2008); *Scienza, quindi democrazia* (Einaudi, 2011); *Tutta colpa del cervello. Introduzione alla neuroetica* (con Elisabetta Sirgiovanni, Mondadori Università, 2013); *Storia e teoria della salute e della malattia* (Carocci, 2014); *Imperfezioni umane* (con Luca Pani, Rubbettino, 2015).

Chiara Lalli insegna bioetica all'Università di Teramo. Tra i suoi libri *Dilemmi della bioetica* (Liguori, 2007); *C'è chi dice no. Dalla leva all'aborto. Come cambia l'obiezione di coscienza* (Il Saggiatore, 2011); *A. La verità, vi prego, sull'aborto* (Fandango, 2013); *Secondo le mie forze e il mio giudizio. Chi decide sul fine vita. Morire nel mondo contemporaneo* (Il Saggiatore, 2014); *Cavie? Sperimentazione e diritti animali* (con Gilberto Corbellini, il Mulino, 2016).

Semiseria..mente



di Saverino La Placa

Indovinello:

Osservate questa sequenza di lettere e scoprite a cosa si riferisce:

A C D D N O Q Q S S T J K.

Rebus

(6)



Gioco con numeri

Un pellegrino si reca in un eremitaggio. L'eremita gli dice che ha con sé tre immagini miracolose di santi, che fanno la grazia di raddoppiare le monete che si hanno in tasca; ma occorre pregarli con una certa preghiera che l'eremita vende per procurarsi i soldi di che vivere. Vende la preghiera per 10 euro ad ogni grazia che verrà concessa. Il pellegrino accetta.

Il pellegrino recita la preghiera davanti alla prima immagine e vede raddoppiare i soldi che ha in tasca; paga i

10 euro e ricomincia con la seconda immagine; avuta di nuovo la grazia paga altri 10 euro; poi prega la terza immagine, ha ancora la grazia e paga gli ultimi 10 euro come d'accordo e a questo punto rimane senza soldi. Troppa grazia!

Quanti euro possedeva, in tasca, il pellegrino?

Soluzioni dei giochi del numero precedente:

Spiegazione dell'indovinello: **con il nome scelto dai loro genitori.**

Spiegazione del rebus: **medici poli va lenti (medici polivalenti)**

Spiegazione del gioco con numeri: **la differenza delle età dei genitori è 6, quindi le età dei due figli sono multipli di 6. D'altra parte essi devono avere come minimo comune multiplo 36, età della mamma. Se ne conclude che le età dei due fratelli sono 12 e 18.**

La metà degli esami prescritti è inutile... Perciò, nella metà che non ho prescritto, ce n'era qualcuno che poteva servire?



di Luigi Casadei

Medici e padelle

Estate... è tempo di pesca d'altura ai tonni



di Loreley Bianconi

Tanti modi per cucinare il tonno e gustarlo al meglio: lo possiamo utilizzare crudo o cotto.

Come antipasto lo si può tagliare ancora congelato a fettine sottilissime e disporlo su un ampio piatto da portata, condirlo in vari modi: solo con sale, pepe, olio extravergine e con limone poco prima di servirlo a tavola, oppure lo si può arricchire in maniera diversa utilizzando tanta fantasia.

Con frutta fresca di stagione tagliata a fettine: fragole, pesche, uva, albicocche, ananas, melone in alternativa con tante e diverse verdure. Ottimo l'abbinamento di olive verdi, datterini e tanto "cuore" di sedano fresco il tutto tagliato molto sottile e disposto sopra le sottilissime (quasi trasparenti) fettine di tonno condito sempre con sale, pepe, olio e limone.

In alternativa possiamo utilizzare peperone giallo e/o rosso tagliato a cubetti piccolissimi, cipollina fresca a rondelle, carote, rucola o valeriana un po' sparsa. A me piace utilizzare una "graniglia" di pistacchio su tonno rosso crudo!

Per chi non è amante di pesce crudo il tonno, sempre tagliato a fettine sottilissime, può essere ricoperto di succo di diversi limoni per circa due ore in tal modo si va incontro a una sorta di cottura del pesce; si elimina quindi l'eccesso di limone e lo si condisce con uno strato di cipollina fresca tagliata a rondelle trattata con sale olio e pepe il tutto ricoperto con tanta rucola e scaglie di grana.

In qualsiasi modo presentiamo il tonno crudo a tavola è bene ricordare di aggiungere sempre all'ultimo minuto olio di oliva extravergine.

Un'altra possibilità di gustare al meglio questo pesce è la tartara che ha un livello di preparazione più alto rispetto ai metodi precedenti. Piccoli cubetti di tonno rosso, magro condito con un battuto di mentuccia, sale, pepe, limone, olio e infine... miele di acacia. Il tutto va amalgamato e poi utilizzando delle piccole formine va disposto sul piatto. La preparazione della tartara va fatta quando gli amici sono già a tavola.

Tanti sono i modi per cucinarlo cotto: dalla carbonara di tonno al sugo "rosso", dal tonno cotto con crosta di pepe e decorata con pioggia di pistacchio, alla semplice fettina trattata con sesamo e





mandorle e cotta sulla piastra, al tortino con strato di tonno di patata, cipolla, pomodoro e origano e infine al forno per 45 minuti a fuoco lento.

Una cosa che adoro è la preparazione del tonno sott'olio in vasetti di vetro. Occuperei troppo spazio del Notiziario per darvi la ricetta! Ma i colleghi sanno che la mia cucina è sempre aperta per gustare i piatti di quel pesce che Fabio e Marco pescano nel nostro mare Adriatico in uno spazio di tempo consentito troppo piccolo (circa metà giugno-fine luglio) perché sono orgogliosamente pescatori sportivi.

Pillole e cavilli

La medicina, il diritto e il suo rovescio



di Mario Bartolomei

La colpa grave e il cubo di Rubik. Combinazioni, aspetti pratici e profili interpretativi della l. n. 24/2017.

Introduzione.

Ne *il Notiziario n°2/2017*, a cui si rinvia per i dettagli, è stata tratteggiata una rapida panoramica sulle novità introdotte con la **l. 8 marzo 2017, n. 24**, conosciuta anche come **Legge Gelli-Bianco**.

A beneficio di chi legge, la legge citata ha affrontato tre principali tematiche.

Il **primo capitolo** è stato dedicato alla *sicurezza delle cure e alla gestione del rischio sanitario*. Come strumento pratico, molto è stato fatto dipendere dall'implementazione della gestione amministrativa dei flussi informativi relativi a rischi ed errori professionali.

Il **secondo capitolo** si è concentrato sui *profili di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie (e degli enti)*, da un punto di vista penale e civile.

Da un lato, è stata introdotta una sorta di depenalizzazione per quei professionisti della sanità (soprattutto medici, ma anche personale infermieristico, tecnici, ecc.) che, nel rispetto di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali, abbiano provocato per imperizia un omicidio colposo o delle lesioni personali colpose.

Dall'altro lato, relativamente al *punctum dolens* dei risarcimenti, il legislatore ha deciso di modificare radicalmente il paradigma giuridico limitatamente a tutti coloro che lavorino nell'ambito di strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche o private. In questi casi, del danno sofferto dal paziente, le strutture risponderanno a titolo di responsabilità contrattuale e il professionista solo a titolo di responsabilità extracontrattuale. La conseguenza dovrebbe essere di incoraggiare una selezione ragionata, da parte

degli avvocati, dei destinatari della pretesa risarcitoria, disincentivando il coinvolgimento diretto del singolo professionista.

Il **terzo capitolo**, da ultimo, ha affrontato aspetti vari attinenti ai *profili assicurativi*. È stato introdotto l'obbligo di copertura assicurativa, o di altre analoghe misure, a carico delle strutture sanitarie o sociosanitarie per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso i prestatori d'opera, anche per i danni cagionati dal personale. A sua volta, il personale delle strutture dovrà stipulare un'adeguata polizza per colpa grave. Per i liberi professionisti, invece, continueranno a valere gli obblighi di assicurazione previgenti.

Si attende ancora che vengano varati i decreti attuativi e che la giurisprudenza inizi a fare chiarezza su alcuni punti delicati.

La colpa grave e le combinazioni possibili.

Uno dei punti delicati a cui si è accennato riguarda l'accertamento della colpa grave e di chi debba alla fine sopportare, tra struttura e sanitario, l'onere patrimoniale derivante dall'errore professionale.

Alla domanda:

– **Chi paga in caso di colpa grave** del professionista che lavori nell'ambito di strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche o private?

La risposta, in apparenza semplice, dovrebbe essere la seguente:

– A pagare è **il professionista** o, in alternativa, **la compagnia di assicurazione** con cui il sanitario abbia stipulato un'adeguata polizza per colpa grave (*cf.*, artt. 9 e 10 della l. cit.).

Tuttavia, affinché il professionista e/o la sua compagnia di assicurazione siano costretti a pagare, **occorre in primo luogo che la colpa grave venga stabilita da un giudice**. I giudici che potrebbero accertare la colpa grave sono:

- **Il giudice civile del giudizio di risarcimento** (*i.e.*, il giudice che deve decidere sul risarcimento chiesto dal paziente);
- **Il giudice ordinario del giudizio di rivalsa** (*i.e.*, il giudice che deve stabilire se la struttura sanitaria o sociosanitaria ha titolo per farsi restituire dal professionista quanto già corrisposto al paziente come risarcimento);
- **Il giudice del danno erariale** (*i.e.*, la Corte dei conti che verifica se la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica ha sofferto una *deminutio* patrimoniale quale conseguenza del comportamento *gravemente colpevole* del professionista).

Più raramente, anche il giudice penale potrebbe interessarsi di colpa grave. Del resto, l'osmosi tra i due versanti, quello penalistico e quello civilistico, è stata ribadita dalla l. cit. che, all'art. 7, co. 3, impone al giudice di determinare il risarcimento del danno tenendo conto della condotta del professionista, valutata sulla base dei criteri utilizzati per il vaglio della responsabilità penale in ambito sanitario.

In ogni caso, poco probabile è l'eventualità che sia lo stesso giudice civile del giudizio di risarcimento a stabilire la colpa grave e a condannare il professionista, dal momento che ciò presupporrebbe una situazione processuale complessa, di non facile gestione, caratterizzata da *chiamate di terzo* e/o da *domande riconvenzionali improprie*.

In concreto, la condanna del professionista, o della sua compagnia di assicurazione, sarà pro-

nunciata dal **giudice ordinario del giudizio di rivalsa**, solo dopo che la struttura abbia corrisposto al paziente quanto dovuto in forza di un accordo transattivo intervenuto tra la struttura stessa e il danneggiato o a seguito di un giudizio civile di risarcimento che abbia condannato la struttura per responsabilità contrattuale.

Giova sottolineare che il giudice ordinario del giudizio di rivalsa si occuperà di sicuro delle questioni relative alla colpa grave del professionista sollevate dalle strutture sanitarie o sociosanitarie private. Tuttavia, non è stato precisato in modo netto e univoco se il giudice ordinario possa anche conoscere le questioni sollevate dalle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche. Infatti, fino ad oggi, soltanto la Corte dei conti ha vantato la giurisdizione esclusiva per l'accertamento del danno erariale.

Se si arrivasse alla diversa conclusione che il giudizio di rivalsa e il giudizio davanti alla Corte dei conti sono in reciproco concorso, si aprirebbero ampi margini per un'interpretazione della novella, con non trascurabili interferenze tra i due procedimenti. In particolare, il giudizio di rivalsa potrebbe addirittura condizionare l'esercizio dell'azione amministrativa e la conseguente instaurazione del giudizio davanti alla Corte dei conti, in una logica più di *competenza* che di *giurisdizione*.

Un interrogativo resta comunque sul campo e attiene all'**applicabilità del termine di decadenza all'esercizio dell'azione amministrativa**. Infatti, poiché la struttura privata è tenuta a esercitare l'azione di rivalsa entro un anno, a pena di decadenza, bisogna chiedersi se lo stesso valga anche per l'esercizio dell'azione amministrativa da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti.

Infine, un particolare di non poco rilievo. **Nei casi in cui il fatto si sia consumato in una struttura pubblica**, la **somma** a cui sarà condannata la compagnia di assicurazione del sa-

nitario sarà **più "leggera"**. Solo in questa ipotesi, infatti, il giudice dovrà tenere conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria.

Avviandoci alla conclusione, la spada di Damocle dell'esercizio dell'azione amministrativa e del relativo giudizio davanti alla Corte dei conti dipenderà, in gran parte, dalle scelte fatte dalle singole aziende in merito agli obblighi di garanzia verso il rischio di danni (art. 10 della l. cit.). In altre parole, a fronte dei fatti commessi dal dipendente con colpa grave, le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, che si saranno dotate di un'apposita copertura assicurativa, perlopiù non intaccheranno il proprio patrimonio per far fronte ai danni lamentati dai pazienti. Nello specifico, esporranno il sanitario all'eventualità di un giudizio davanti alla Corte dei conti in misura proporzionale alla consistenza delle franchigie pattuite (*i.e.*, più alte le franchigie, più probabile il coinvolgimento del professionista). Al contrario, le strutture che avranno optato per la costituzione di uno specifico fondo di c.d. messa a riserva esporranno quasi invariabilmente il sanitario a una qualche forma di successiva contestazione per danno erariale.

In estrema sintesi:

- A pagare per colpa grave è la compagnia di assicurazione del sanitario, solo dopo che si sia concluso un autonomo giudizio di rivalsa o, comunque, a seguito del giudizio per danno erariale davanti alla Corte dei conti;
- I rapporti tra i due giudizi (*i.e.*, quello di rivalsa e quello davanti alla Corte dei conti) dovranno essere chiariti con maggiore precisione dalle future decisioni della giurisprudenza, ma è probabile che il giudizio di rivalsa varrà per le sole strutture private, quello davanti alla Corte dei conti per le sole strutture pubbliche.

- La condanna del professionista e/o della sua compagnia di assicurazione sarà più “leggera” se il fatto è avvenuto in una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica.
- Per le sole strutture pubbliche, le neonate regole opereranno in maniera diversificata, sulla base del sistema di assicurazione/auto-assicurazione scelto dalle singole aziende.

Per approfondire.

AA.VV., *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione. Commento sistematico alla Legge Gelli*, Giuffrè Editore, 2017.

AA.VV., *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017*, Quotidiano Sanità edizioni, 2017.

Scuola di Etica medica



di Massimo Montesi

Seguendo l'esempio del nostro Ordine, che è stato il primo a istituire una Scuola di Etica e Deontologia medica, molte realtà locali si stanno muovendo nella stessa direzione promuovendo attività di formazione in temi che, pur suscitando grande interesse tra i colleghi, sono stati a lungo trascurati. Questo ci fa molto piacere e siamo molto orgogliosi di avere, ormai da molti anni, colto questo bisogno e di avergli dato – speriamo in maniera convincente – una risposta attraverso i nostri convegni e soprattutto attraverso il Corso di alta specializzazione che è diventato un appuntamento annuale fisso e atteso da molti.

Negli anni, questo è il sesto corso, abbiamo mantenuto la stessa impostazione con sviluppo su cinque moduli articolati tra il venerdì pomeriggio e il sabato mattina; ci siamo però sempre preoccupati di mantenere grande attenzione all'attualità, ai temi emergenti che rendono la pratica della medicina sempre più complessa, ricca di domande alle quali non sempre si riesce a dare risposta. Questo atteggiamento necessariamente dinamico ci ha portato ad affrontare problemi diversi e di volta in volta di grande attualità. Così negli anni passati abbiamo trattato – insieme a prestigiosi esperti – di comunicazione, economia sanitaria, accesso alle cure, immigrazione, vaccinazioni, medicina potenziativa e tanto altro, ponendo sempre al centro della nostra riflessione etica il rapporto medico-paziente.

Quest'anno la prima sessione sarà dedicata a un approfondimento del rapporto tra estetica, etica e medicina, a una ricerca sulla “bellezza” come strumento di cura per indagare in che misura il “bello” (delle persone, dei rapporti, dei sentimenti, delle emozioni, dei luoghi) promuova la salute e migliori i risultati delle terapie. Poi, accanto ai temi che possiamo definire “classici” della relazione di cura, dell'inizio e fine vita, avremo una sessione dedicata al dolore e l'ultima, attualissima, tratterà della nuova legge sulla sicurezza delle cure e sulla responsabilità professionale.

Grande sforzo è stato fatto nella scelta dei nostri esperti e il *panel* dei relatori, che vi proponiamo, è di grandissimo livello. Ci auguriamo che il lavoro fatto incontri l'interesse e la partecipazione di tutti voi così come, con grande soddisfazione, abbiamo potuto riscontrare negli anni precedenti.

VI Corso di alta specializzazione di etica medica

Programma

Mod.1 ETICA ED ESTETICA

enerdì 22 settembre 2017

- 15.00 - 15.40 Saluto delle autorità *Maurizio Grossi - Presidente Omceo Rimini, Gabriella Tramonti - Prefetto di Rimini*
- 15.40 - 16.00 Introduzione del Direttore *Massimo Montesi*
- 16.00 - 18.00 Lectio magistralis "Bellezza e libertà. Il bello come problema etico" - *Gianluca Garelli*
- 18.00 - 19.00 Discussione ai fini ECM
Cocktail di benvenuto

sabato 23 settembre 2017

- 09.00 - 10.00 Estetica e medicina - *Filiberto Tartaglia*
- 10.00 - 11.00 Neurofisiologia dell'esperienza estetica, *Beatrice Viti*
- 11.00 - 11.15 Pausa lavori
- 11.15 - 12.15 Creare bellezza negli ambienti sanitari, *Ambrogio Risari*
- 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM

Mod.2 RELAZIONE E COMUNICAZIONE IN SANITÀ

enerdì 6 ottobre 2017

- 15.00 - 16.00 Aspetti di base della riflessione etica, *Sara Patuzzo*
- 16.00 - 17.00 Evoluzione del codice deontologico *Maurizio Grossi*
- 17.00 - 17.15 Pausa lavori
- 17.15 - 18.15 La pubblicità sanitaria, una pretesa? *Giuseppe Renzo*
- 18.15 - 19.15 Discussione ai fini ECM

sabato 7 ottobre 2017

- 09.00 - 10.45 Proiezione del film "Il medico di campagna"
- 10.45 - 11.00 Pausa lavori
- 11.00 - 11.45 Aspetti etici nella relazione di cura *Luigi Alici*
- 11.45 - 12.30 La relazione intraprofessionale *Roberta Chersevani*
- 12.30 - 13.30 Discussione ai fini ECM

Mod.3 INIZIO E FINE VITA

enerdì 27 ottobre 2017

- 15.00 - 16.00 Lo stato giuridico dell'embrione *Enrico Al Mureden*
- 16.00 - 17.00 L'obiezione di coscienza - *Elena Nave*

- 17.00 - 17.15 Pausa lavori
- 17.15 - 18.15 Cellule staminali e manipolazione dell'embrione - *Francesco Alviano e Laura Bonsi*
- 18.15 - 19.15 Discussione ai fini ECM

sabato 28 ottobre 2017

- 09.00 - 10.00 Disposizioni anticipate di trattamento e pianificazione delle cure - *Donata Lenzi*
- 10.00 - 11.00 Tecniche ed etica della sedazione profonda nel fine vita - *Giuseppe Nardi*
- 11.00 - 11.15 Pausa lavori
- 11.15 - 12.15 Raccontare la fine della vita *Giuseppe Costanzo*
- 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM

Mod.4 IL DOLORE

enerdì 17 novembre 2017

- 15.00 - 16.00 Evoluzione storica del concetto di dolore, *Adriano Prosperi*
- 16.00 - 17.00 Il dolore: aspetti culturali *Annamaria Fantauzzi*
- 17.00 - 17.15 Pausa lavori
- 17.15 - 18.15 Il "diritto" a non soffrire: il quadro giuridico, *Giovanni Comandè*
- 18.15 - 19.15 Discussione ai fini ECM

sabato 18 novembre 2017

- 09.00 - 10.00 Neurofisiologia del dolore - *Luisa Motti*
- 10.00 - 11.00 La rilevanza etica del dolore *Sandro Spinsanti*
- 11.00 - 11.15 Pausa lavori
- 11.15 - 12.15 Il dolore: aspetti fenomenologici ed esistenziali, *Paolo Curci*
- 12.15 - 13.15 Discussione ai fini ECM

Mod.5 SICUREZZA DELLE CURE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

enerdì 1 dicembre 2017

- 15.00 - 16.00 Determinazione e significato del rischio professionale - *Gianfrancesco Iadecola*
- 16.00 - 17.00 Errore medico - *Alessandro Stasolla*
- 17.00 - 17.15 Pausa lavori
- 17.15 - 18.15 Il rapporto medico paziente quale strumento di prevenzione del contenzioso *Susi Pelotti*
- 18.15 - 19.15 Discussione ai fini ECM

sabato 2 dicembre 2017

Convegno

"Sicurezza delle cure e responsabilità professionale"

Sala acqua - Centro Congressi SGR di Rimini

- 09.00 - 09.10 Saluto delle autorità - *Maurizio Grossi*
- 09.10 - 09.20 Introduzione del Direttore *Massimo Montesi*
- 09.20 - 10.00 Conflittualità medico-paziente *Giuseppe Venturini*
- 10.00 - 10.40 La nuova legge Gelli/Bianco *Amedeo Bianco*
- 10.40 - 11.20 Il valore e significato delle linee guida *Elisabetta Melotti*
- 11.20 - 12.20 Tavola rotonda *(Amedeo Bianco, Michele Sesta, Elisabetta Melotti, Luigi Mastroroberto)*
Moderatore: *Melchisede Bartolomei*
- 12.20 - 13.20 Discussione ai fini ECM
Aperitivo in chiusura per i partecipanti

Docenti

Luigi Alici	Professore ordinario di Filosofia Morale Università di Macerata	Elisabetta Melotti	Procuratore della Repubblica di Rimini
Al Mureden Enrico	Docente Universitario Diritto Civile Università di Bologna	Massimo Montesi	Direttore Scuola di Etica Medica Rimini
Alviano Francesco	Ricercatore Universitario Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale Università di Bologna	Luisa Motti	Medico Neurologo
Melchisede Bartolomei	Segretario Scuola di Etica Medica Rimini	Giuseppe Nardi	Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione AUSL della Romagna
Amedeo Bianco	Senatore della Repubblica	Elena Nave	Bioeticista - S.C. Pneumologia Infantile Città della Salute e della Scienza di Torino
Laura Bonsi	Professore Associato Dipartimento di Medicina Specialistica Diagnostica e Sperimentale Università di Bologna	Sara Patuzzo	Professore a contratto in Bioetica, Logica e Filosofia della Scienza Università di Verona. Componente esperto Consulta Deontologica Nazionale FNOMCeO Roma
Roberta Chersevani	Prof. Avv. Scuola Superiore Sant'Anna Pisa	Susi Pelotti	Direttore Scuola Specializzazione Medicina Legale Università di Bologna
Giovanni Comandè	Prof. Avv. Scuola Superiore Sant'Anna Pisa	Adriano Prosperi	Scuola Normale Superiore Pisa
Giuseppe Costanzo	Pinocchio SCS Onlus Milano	Giuseppe Renzo	Presidente Cao FNOMCeO Roma
Paolo Curci	già Ordinario di Psichiatria Università di Modena	Ambrogio Risari	Studio di Architettura Milano
Annamaria Fantauzzi	Docente di Antropologia Medica e Culturale dell'Università di Torino.	Michele Sesta	Cattedra Diritto Privato Università di Bologna. Avvocato Patrocinante in Cassazione
Gianluca Garelli	Presidente di Praticare Onlus Professore Associato DILEF - Dip.to di Lettere e Filosofia dell'Università di Firenze	Sandro Spinsanti	Direttore Istituto Giano Roma
Maurizio Grossi	Presidente Ordine Medici Rimini	Alessandro Stasolla	Dirigente Medico Radiologo. Cultore di Bioetica
Gianfrancesco Iadecola	Avvocato già Magistrato di Cassazione	Filiberto Tartaglia	Sociologo Università di Ferrara
Donata Lenzi	Camera dei Deputati	Giuseppe Venturini	Professore a.c. Scuola Specializzazione Medicina Legale Università di Bologna
Luigi Mastroroberto	Medico Centrale UnipolSai Assicurazioni	Beatrice Viti	Dirigente Medico Neurologo AUSL della Romagna

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

58° CONVEGNO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA

4 e 7 ottobre 2017 - Palacongressi di Rimini

Segreteria scientifica: dott. Loreto Gesualdo - segreteria@sinitaly.org

CONVEGNO "PILLOLE DI EMERGENZA - V EDIZIONE"

13 e 14 ottobre 2017 - Palazzo del Turismo - Riccione

Segreteria organizzativa: C.S.C. Srl - 075.5730617 - emanuela@csccongressi.it

OLTRE IL FINE VITA: LE CURE PALLIATIVE

Sala Parrocchia "San Pietro in culto" Novafeltria

Mercoledì 18 ottobre 2017

Segreteria scientifica: dott. Malco Maltoni, Hospice Forlimpopoli

CONVEGNO REGIONALE ASSOCIAZIONE UROLOGI ITALIANI

"SINDROME METABOLICA"

27 e 28 ottobre 2017 - Grand Hotel Gallia - Milano Marittima

Segreteria scientifica: dott. Michele Gallucci - 019.626900 - aurosv@auro.it

Seminari commissione medicine non convenzionali OMCeO rimini

Gli eventi si terranno presso la sala riunioni dell'OMCeO di Rimini.

Info e iscrizioni: 0541382144, info@omceo.rn.it

LA FITOTERAPIA: ATTUALITÀ DI UNA MEDICINA ANTICA

Mercoledì 27 settembre 2017 ore 20.30

IL MICROBIOTA: QUESTO SCONOSCIUTO

Lunedì 9 ottobre 2017 ore 20.30

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

Variazioni agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 19 GIUGNO 2017

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa VITALI Sofia

trasferimento da Ferrara

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa MOSCHINI Carlotta

trasferimento a Ravenna

dott.ssa PACE Maria Claudia

decesso (19.05.2017)

dott.ssa ZAVATTA Alice

trasferimento a Milano

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa BOMPANI LETIZIA

trasferimento da Bologna

dott. GERBONI Francesco Saverio

di San Giovanni in Marignano

Iscrizione REGISTRO MNC:

dott.ssa STERNINI Lia

di Rimini

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 1923 – Albo Odontoiatri nr. 384

