

n° 3/2019



il Notiziario

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

Anno XXII, Numero 3, Luglio - Settembre 2019



il Notiziario

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

Anno XXII, Numero 3, Luglio – Settembre 2019

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

Redazione: dott. Mario Bartolomei, dott. Melchisede Bartolomei, dott. Giovanni Cananzi,
dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini, dott. Fabio Cortellini, dott. Stefano De Carolis,
dott. Maurizio Della Marchina, dott. Mauro Giovanardi, dott. Saverino La Placa,
dott. Emilio Rastelli, dott. Andrea Santarelli

Contributi a questo numero da:

dott.ssa Lorenza Bonifazi Marsciani, presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini

dott. Sante Enrico Cogliandro, endocrinologo AUSL della Romagna

dott. Franco Magnoni, cardiologo libero professionista

dott. Massimo Montesi, direttore Scuola di Etica Medica Omceo Rimini

dott. Carlo Renzini, geriatra ISS San Marino

sig.ra Carmen Spanedda Marini – fiduciaria regionale A.M.M.I.

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 dalle 12.30 alle 17.30

martedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 8.00 alle 13.00

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

sommario

EDITORIALE	4
IL PUNTO REDAZIONALE	6
VITA DELL'ORDINE	8
• Decima giornata del medico e dell'odontoiatra	
SANITÀ LOCALE	10
• Andrea Mercanti Nuovo direttore dell'U.O. Oculistica	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE	12
• Pseudomedicina e scienza da «cargo cult»	
PAROLA D'ORDINE	14
• Forse non tutti sanno che... Le convenzioni Enpam • La certificazione medica	
FOCUS SULLA PROFESSIONE	16
• Il carcinoma midollare della tiroide. Che cos'è, che cosa si può fare	
SCUOLA DI ETICA MEDICA	20
• VIII Corso di alta specializzazione di etica medica	
STORIA DELLA MEDICINA	22
• Notizie dalla Scuola di Storia della medicina	
MEDICINA DI GENERE	24
• Che 'genere' di cervello? • Dalla letteratura scientifica. Dalla letteratura scientifica FOCUS su: <i>Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action (Nebela et al., Alzheimers Dement, 2018)</i>	
MEDICI MA NON SOLO	29
• Una tazza di cicuta	
RECENSIONI	31
• Ottocento. L'arte dell'Italia tra Hayez e Segantini	
SEMISERIA... MENTE	35
PILLOLE E CAVILLI	36
• Con parole im-precise. La lingua professionale e la crisi di fiducia.	
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI	38
RICORDANDO I COLLEGHI	41
SPAZIO AMMI	42
SPAZIO FEDERSPEV	44
VARIAZIONI AGLI ALBI	45

«Ci vuole qualcosa di più che l'intelligenza per agire in modo intelligente»
(Fëdor Dostoevskij)

Editoriale



di Maurizio Grossi

Intelligenza artificiale e medicina

L'intelligenza artificiale (IA) è la grande speranza del 21 secolo in molti settori, medicina compresa.

Sappiamo che per intelligenza artificiale si intende quella disciplina che studia i fondamenti teorici e tecnici per la progettazione di programmi software capaci di fornire al computer prestazioni, che a un comune osservatore sembrerebbero essere di pertinenza esclusiva della intelligenza umana.

L'IA ha già portato importanti trasformazioni nel sistema sanitario e ne porterà nei prossimi: aiuterà sempre più i medici a raccogliere, analizzare e organizzare i dati clinici, fare diagnosi precoci, pianificare trattamenti e trovare le migliori soluzioni per i pazienti. I robot medici e software di gestione delle cartelle cliniche sono già una realtà consolidata.

Nel 21 secolo la medicina si trova ad affrontare sfide impegnative: una popolazione che invecchia, e una prevalenza sempre maggiore di malattie cardiovascolari, oncologiche, metaboliche, degenerative, spesso associate a quadri clinici di multimorbilità, per i quali le evidenze scientifiche, disponibili in una quantità sempre maggiore di studi scientifici spesso di difficile interpretazione, trovano limitata applicazione.

I big della tecnologia, grazie agli avanzamenti della IA stanno scommettendo sulla diagnosi precoce dei tumori, sulla diagnosi e terapia dell'insufficienza cardiaca e del diabete, sulla prevedibilità della reazione avversa ai farmaci, sulla personalizzazione della cura in base alla mappatura genomica.

Oggi però c'è la tendenza, in medicina ma anche in tanti altri settori della vita umana, ad affidarsi sempre più spesso ai suggerimenti e raccomandazioni che i sistemi di IA mettono loro a disposizione. E come potrebbe essere diversamente se tali sistemi sono descritti come affidabili e insuperabili?

Tale tendenza ha un aspetto pericoloso. Molti studiosi dei fenomeni di interazione "uomo-macchina" parlano di scorciatoia cognitiva. Banalmente quello che succede a noi che affidiamo i numeri di telefono alla memoria del nostro cellulare tanto che mediamente non ricordiamo più di 5 o 6 numeri.

Ecco allora che questo affidamento eccessivo alla IA diventa un

crescente problema per il processo decisionale. Tra gli studiosi del processo di interazione uomo-macchina si parla di “bias di automazione” ovvero della propensione per gli esseri umani a favorire i suggerimenti provenienti dai sistemi decisionali automatizzati e ignorare informazioni contraddittorie fatte senza automazione.

Errori di “bias di automazione” si verificano quando il processo decisionale dipende da un computer e l'essere umano ha un ruolo di osservatore.

Alcuni disastri aerei degli ultimi anni si sono verificati per tale fenomeno.

In medicina a lungo andare questi “bias” possono avere un temibile effetto collaterale, quello di indebolire le capacità diagnostiche e prognostiche dei medici.

Questo fenomeno non è ancora studiato a fondo ma alcune ricerche ci dicono che l'IA può interferire nel processo di apprendimento e rallentare il processo di ritenzione delle nozioni apprese.

La possibile conseguenza è la ridotta capacità del medico di far fronte a casi complessi e interpretarli correttamente con ritardi o errori nel processo decisionale.

È un tema che dovrà essere affrontato per portare utili indicazioni per la regolamentazione della IA in medicina, consapevoli che ogni supporto tecnologico apre nuove possibilità di diagnosi e cura ma che l'ultima parola dovrà essere solo ed unicamente del medico e non del robot.

Il punto redazionale



di Marco Grassi

«Ci vuole qualcosa di più che l'intelligenza per agire in modo intelligente» è l'aforisma scelto per questo numero del Notiziario. Lo utilizzo per introdurre **l'Editoriale** del Presidente che parla di intelligenza artificiale (IA). Argomento affascinante, dai riscontri apparentemente futuribili ma il futuro è già adesso e Maurizio Grossi non manca di elencare i numerosi caveat per avvertire dei danni potenziali che un uso «disinvolto» ed estensivo dell'IA può arrecare alla professione (e soprattutto ai pazienti). Alcuni programmi di IA si «nutrono» e «apprendono» dalla massa di dati che vengono immessi nei database dai medici, spesso con «logiche» di documentazione piuttosto che cliniche. Ecco quindi un solo esempio di come l'IA può interferire nel processo di apprendimento e rallentare il processo di ritenzione delle nozioni apprese.

Come numero tardo-estivo questo Notiziario è un pò più esile del solito e qui colgo l'occasione, ancora una volta, per sollecitare la collaborazione dei colleghi, soprattutto di quelli più giovani. I giovani che sono sempre al centro dell'attenzione dell'Ordine perchè ne costituiscono il naturale futuro e a cui l'Ordine dedica ormai da dieci anni la "Giornata del Medico e dell'Odontoiatra" con il giuramento dei neo-laureati e, come staffetta generazionale, la premiazione dei colleghi anziani. Una mattinata di lavoro che, come la professione, ha alternato orgoglio, esaltazione, commozione, in uno spirito di condivisione ed appartenenza che ben rappresenta la nostra idea di Ordine dei Medici e degli Odontoiatri e che è stata ben descritta da Giovanni Cananzi nella rubrica **Vita dell'Ordine**. Come di consueto **Sanità Locale** illustra le novità organizzative della nostra provincia. Antonella Chiadini presenta Andrea Mercanti, nuovo Direttore dell'U.O. di oculistica.

La rubrica **Medicina Generale** torna su un argomento non particolarmente nuovo poiché i concetti espressi sono noti da tempo ma offre lo spunto per riflessioni su un aspetto importante per il medico pratico: la responsabilità del medico di medicina generale (MMG) di fronte a pazienti o familiari che richiedono trattamenti a rischio di pseudomedicina. In generale, il curante dovrebbe comunque comprendere la domanda di speranza sottesa alla richiesta di approcci terapeutici non convenzionali mantenendo comunque il mandato etico di fornire una informazione onesta sulla insufficienza delle prove scientifiche, sui rischi e i costi del trattamento.

Parola d'Ordine, la nuova rubrica che da tre numeri fornisce informazioni su argomenti pratici che possono interessare tutti gli iscritti, ricorda le convenzioni che l'ENPAM, ha stipulato con diversi operatori commerciali per offrire sconti e vantaggi riservati agli iscritti. Dal sito nazionale della FNOMCeO abbiamo invece la possibilità di scaricare un agile ma completo e documentato volumetto sulla certificazione medica. L'atto del medico certificatore si configura come una delle incombenze più frequenti della pratica medica quotidiana e spesso impone al professionista riflessioni e problematiche nonchè ricadute medico-legali. Il volume analizza dettagliatamente le varie tipologie di certificazioni, mettendo in particolare risalto le connesse disposizioni normative e deontologiche e rappresenta un utile e indispensabile vademecum da tenere sul desktop o su

smartphone per consultarlo all'occorrenza.

Focus sulla professione fa il punto sul carcinoma midollare della tiroide, tumore relativamente raro ma non del tutto infrequente. Argomento specialistico a cura di Sante Enrico Cogliandro che tuttavia può interessare anche il medico pratico.

Per i colleghi interessati all'etica, sempre più numerosi, **Scuola di Etica Medica** pubblica il programma definitivo degli incontri che si terranno come di consueto presso la sala riunioni dell'Ordine nel prossimo autunno/inverno.

Prosegue anche in questo numero de «Il Notiziario» la nuova rubrica dedicata alla **Scuola di Storia della medicina** dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini. Per le prossime edizioni invitiamo i Colleghi e gli altri lettori a segnalare iniziative o proposte di interesse storico-medico alla Segreteria dell'Ordine.

Medicina di Genere presenta un breve riassunto delle relazioni tenute sabato 11 maggio al Centro Congressi SGR nel convegno "Che 'genere' di cervello?". La giornata ha chiuso il programma di formazione su "La Medicina di Genere: una medicina su misura" promosso dal Centro di Formazione in Medicina di Genere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini. Segue, per la stessa rubrica, un *focus* a cura di Laura Baffoni sulle differenze di genere nella malattia di Alzheimer.

Forse scoperto, perchè siamo ancora a livello di teorie, il luogo dove Socrate con tanta fermezza si accomiatò dalla vita. Franco Magnoni nel suo articolo nella rubrica **Medici ma non solo** oltre alla notizia, di per se già interessante, svolge con la consueta capacità di scrittura un documentato excursus sulle ultime ore del filosofo greco e qualche cenno sulle proprietà medicamentose della Cicuta maggiore

La mostra dedicata all'arte del nostro paese fra Hayez e Segantini, cioè, in altre parole, fra classicismo e innovazione allestita presso i Musei San Domenico di Forlì è stata oggetto della pregevoli **Recensioni** di Maurizio della Marchina e Lorenza Bonifazi Marsciani nello **Spazio AMMI**. Anche **Pillole e cavilli** riprende un tema già trattato in un numero recente: il rapporto fra lingua professionale, comunicazione e fiducia dei pazienti. Mario Bartolomei ci ricorda che il problema della corretta redazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria dei pazienti comporta anche conseguenze giuridiche, sul piano civile e penale ed è pertanto necessario puntare alla concretezza e all'essenzialità lessicale, alla semplicità sintattica e alla chiarezza grafica.

Dopo aver a lungo riflettuto sugli indovinelli, rebus e giochi vari di **Semiseriamente** a cura del Dr Saverino La Placa non resta che chiudere questo numero con il ricordo di Piero Bevilacqua che Emilio Rastelli traccia in **Ricordando i colleghi**.

Buona lettura

Vita dell'Ordine



di Giovanni Cananzi

Decima giornata del medico e dell'odontoiatra

Ormai da molti anni, come sapete, come Ordine abbiamo un appuntamento annuale sempre più atteso e seguito: la giornata del medico e dell'odontoiatra. Giunta alla decima edizione, la giornata è stata coadiuvata nella presentazione da Simona Mulazzani di Icaro tv che ha guidato la complessa organizzazione dell'evento.

Quest'anno, oltre ai saluti del nostro Presidente e delle autorità, abbiamo ospitato il Dott. Maurizio Benato per la lettura magistrale

dal titolo "La medicina a sostegno del complesso processo di cura, tra pensiero e azione."

Il Dott. Benato, ci ha accompagnato nella storia del rapporto terapeuta/paziente, dal paziente al centro degli antichi greci passando per il meccanicismo della patologia da analizzare e scomporre, attraverso la pseudo onnipotenza dell'informatica, per tornare alla necessità dell'ascolto, dell'empatia e del prendersi cura del paziente come individuo nella sua interezza.

In un percorso entusiasmante come in quei labirinti verdi dei giardini all'italiana in cui si perde la strada, ci si preoccupa, ci si entusiasma e si ritorna al punto centrale che è sempre il paziente e le sue necessità. Entusiasmo che ha accompagnato il Giuramento di Ippocrate dei neo-laureati e la premiazione dei colleghi anziani.

Ma forse la cosa che ha caratterizzato maggiormente questa edizione è stata la presenza fattiva e





toccante di chi il medico sogna di farlo, i ragazzi dei licei. Il nostro Ordine ha seguito nell'ambito dell'alternanza scuola lavoro gli studenti del Liceo Classico "Giulio Cesare-Valgimigli", tramite il Dott. Stefano De Carolis della nostra Scuola di Storia della medicina.

Il gruppo ha studiato e catalogato l'importante collezione di medaglie a carattere medico del Prof. Francesco Aulizio e ha presentato parte del lavoro alla platea.

Gli studenti del Liceo Scientifico "Albert Einstein"



hanno invece partecipato al progetto di curvatura biomedica. L'Ordine ha coinvolto colleghi di varie specialità per tenere lezioni agli alunni del liceo, ad illustrare questa bella e formativa esperienza i ragazzi hanno presentato una relazione ed un filmato con i momenti salienti della iniziativa.

Una mattinata di lavoro che, come la professione, ha alternato orgoglio, esaltazione, commo- zione, in uno spirito di condivisione ed appartenenza che ben rappresenta la nostra idea di Ordine dei medici e degli odontoiatri.



Sanità locale



Andrea Mercanti

Andrea Mercanti Nuovo direttore dell'U.O. Oculistica, Ospedale di Riccione

Quando si dice aver le idee chiare... “Fin da piccolo, per precoci problemi di miopia, frequentavo l'ambulatorio di mio zio oculista e già allora ero affascinato dalle apparecchiature, da come si svolgeva la visita e come si arrivava alla prescrizione delle lenti correttive. Così ho scelto senza alcuna titubanza la facoltà di Medicina e, tra le cliniche, Oculistica, sebbene fosse esame complementare. Frequentando il reparto ho conosciuto anche la chirurgia dell'occhio,

altro aspetto che mi ha subito colpito molto in quanto di grandissima precisione, praticamente esangue, tutta giocata al microscopio. Nessun dubbio, dunque, sulla scelta di Oculistica anche come specializzazione. E sono stato ammesso subito proprio a Verona dove mi ero laureato.

L'oculistica negli ultimi anni si è molto sviluppata con grandi innovazioni tecnologiche sia in ambito diagnostico, consentendo diagnosi più precise e più precoci, sia operatorio con una chirurgia meno invasiva e di maggior precisione. Purtroppo le nostre apparecchiature sono molto costose, e dobbiamo dire davvero 'grazie' ai vari soggetti privati che ci aiutano a potenziare il servizio, come nel caso recente del Lions Club Rimini Riccione Host che ha donato una strumentazione per i pazienti dislessici il cui disturbo di lettura è a partenza oculare.

Il prossimo ambizioso obiettivo sarà dotarci di un macchinario per identificare i fotorecettori funzionanti residui nei pazienti con maculopatia. La maculopatia, e in particolare la forma senile che è quella più importante, aumenta con un trend di 20mila nuovi casi all'anno anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Poter individuare i fotorecettori funzionanti darebbe prospettive migliori nelle cure.

Il lavoro che stiamo portando avanti? Devo dire che sono soddisfatto sia a livello operatorio che scientifico e abbiamo in atto una convenzione con l'Università di Bologna per la ricerca, la formazione e insegnamento specialistico, di cui sono molto orgoglioso. Cito anche la collaborazione con l'Irst di Meldola per la diagnostica molecolare sul linfoma primitivo dell'occhio, patologia rara (circa 10 casi all'anno in Ausl Romagna) che prima costringeva il paziente a recarsi fuori Ausl.

A livello operatorio, il nostro fiore all'occhiello è la chirurgia della retina che stiamo sviluppando a grandi passi, anzi a grandi numeri e in crescita. Grazie a una sofisticata strumentazione operiamo con la miniaturizzazione che permette di raggiungere massimi livelli di precisione, minimizza i rischi, rende il decorso post intervento rapido e poco traumatico consentendo anche un recupero migliore. Per questa microchirurgia vitreo-retinica utilizziamo il cosiddetto “27 G”: G sta per *gauge* e si riferisce agli aghi delle sonde da aspirazione di 0.4 mm di diametro, che consentono incisioni ridottissime perlopiù auto-chiudenti.

Altri ambiti di eccellenza sono l'ambulatorio per il Glaucoma e l'ambulatorio Ipvisione. Quest'ultimo è importantissimo per la *follow up* dei pazienti e soprattutto per il recupero delle capacità residuali

negli ipovedenti. Abbiamo una casistica tra le più importanti della Romagna con oltre 1000 accessi/anno e, grazie ai miglioramenti tecnologici, riusciamo a sfruttare al massimo la visione di ogni singolo occhio con effetti positivi sulla qualità di vita nel quotidiano del paziente. L'accesso e la presa in carico avviene su richiesta del medico curante per 'Visita per Ipovisione'.

L'équipe oculistica, anche numericamente, è adeguata e, in pochi mesi, con l'aumento delle sedute operatorie, abbiamo dimezzato i tempi d'attesa (da circa 12 a 6-7 mesi) per l'intervento sulla cataratta, patologia non grave ma di impatto sociale." Proseguiamo a chiacchierare anche per conoscere qualcosa di più della sua persona, interessi, famiglia, vita privata.... Si dimostra aperto e disponibile, soddisfatto della sua venuta a Rimini dove si è ambientato ottimamente apprezzando l'innata cordialità romagnola che ritrova anche nel rapporto medico-paziente. Ne respirava molto meno in Veneto, dove ne risentiva anche il rispetto e la fiducia verso il curante che invece qui ancora percepisce, nonostante la società sia molto cambiata. Un cambiamento purtroppo peggiorativo: maleducazione, mancanza di fiducia e del senso del limite con richieste e pretese spesso impossibili.

Il dr. Mercanti è un neo cinquantenne che non dimostra la sua età se non, forse, per quei riccioli brizzolati in testa; ha lo sguardo luminoso delle persone soddisfatte della vita. Sposato con due figlie di 12 e 14 anni e un bulldog francese a cui loro sono molto legate, vive a Rimini dove la famiglia lo raggiunge da Verona appena possibile, specie nel periodo di vacanze e di mare.

Tra le sue caratteristiche peculiari riconosce di avere tanta pazienza! Un pregio non da poco. Inoltre, con gli anni, nota con piacere di aver ridimensionato quel suo essere impulsivo, istintivo e di aver recuperato una buona dose di capacità

mediatoria. Invece vorrebbe ancora migliorare sul senso di abbattimento che lo prende di fronte a situazioni negative ma sa che, impegnandosi, riuscirà a limitare anche questo aspetto che, in effetti, non lo soddisfa.

Benvenuto e buon lavoro, Andrea!

Laureato nel 1994 all'Università di Verona con uno studio clinico osservazionale su oltre mille pazienti, ha conseguito la specializzazione (1999) nello stesso ateneo. Dopo alcuni incarichi in strutture pubbliche e private venete e lombarde, nel 2011 viene assunto presso la Clinica Oculistica dell'Università di Udine; nel 2014 assume il primariato di Oftalmologia all'ospedale di Treviglio-Caravaggio (ASL Bergamo Ovest) fino all'aggiudicazione del concorso per la struttura complessa dell'Ospedale di Riccione. Già docente in Oftalmologia presso la scuola di specializzazione di Udine, il dottor Mercanti ha al suo attivo oltre 12mila interventi oftalmologici e oltre 4.600 iniezioni intravitreali; consistente la sua attività scientifica. Ha svolto periodi di specializzazione a Monaco e a Parigi. È sua l'individuazione della 'maculopatia trazionale miopica', patologia oggetto di pubblicazioni su riviste internazionali.

L'Unità Operativa di Riccione serve l'intera provincia di Rimini: il reparto di degenza è al primo piano del Ceccarini con ambulatori e sedute chirurgiche presso gli ospedali di Rimini, Novafeltria e Cattolica. Nel 2017 sono stati eseguiti 3.651 interventi chirurgici; circa 7.500 visite di pronto soccorso oculistico e oltre 48mila prestazioni di diagnostica ambulatoriale, tra cui circa 12mila esami strumentali. Gli interventi di cataratta sono circa 2mila all'anno.

andrea.mercanti@auslromagna.it

Antonella Chiadini

Rubrica di Medicina generale

Pseudomedicina e scienza da «cargo cult»

Un recente articolo pubblicato online sul network JAMA¹ ha preso in esame la crescita in numero e disponibilità delle diverse terapie promosse per la demenza e il decadimento delle funzioni cerebrali.

In particolare, l'articolo ha preso di mira il mercato degli integratori che costituiscono, negli Stati Uniti, un mercato di oltre 3 miliardi di dollari. Vendite promosse con il supporto di stampa, radio, televisione e web. Integratori alimentari apparentemente innocui ma che possono essere pericolosi o a rischio di interazioni farmacologiche. La stessa Alzheimer's Association sottolinea queste problematiche, osservando che l'utilizzo di molti di tali prodotti, ad esempio acido caprilico, olio di cocco, coenzima Q10, Ginkgo biloba, omega 3, fosfatidilserina, non è basato su prove di efficacia e di sicurezza². Gli autori sostengono che la promozione di integratori alimentari per migliorare l'attività cognitiva e la salute del cervello è il più comune esempio di pseudomedicina.

La pseudo medicina, in questo stesso ambito, può inoltre riguardare eziologie infondate come la tossicità da metalli, l'esposizione a muffe o le cause infettive e interventi come la nutrizione parenterale, gli antibiotici, la terapia chelante, detossificante o con cellule staminali. Terapie costose, non regolate e potenzialmente pericolose. Gli autori dell'articolo riportano che recentemente sono stati proposti dettagliati protocolli di trattamento in grado di far regredire il decadimento cognitivo; terapie che offrono un approccio personalizzato e olistico e sono presentate come frutto di studi rigorosi, pubblicati su riviste rispettabili. Gli studi sembrano apparentemente validi ma, ad un'analisi appena più approfondita, si rivelano di bassa qualità, con tracce evidenti di scienza da «cargo cult». La scienza da «cargo cult» è quella che segue le forme apparenti della metodologia rigorosa ma alla quale mancano alcuni elementi essenziali. La locuzione «cargo cult» fu coniata e introdotta nel dibattito scientifico-epistemologico dal fisico Richard Feynman, premio Nobel nel 1965, in occasione dell'apertura dell'anno accademico 1974-75 del California Institute of Technology di Pasadena. Nel discorso inaugurale Feynman citò esempi di fenomeni paranormali, studi pedagogici e psicologici che definì scienza da «cargo cult» spiegandolo con queste parole³:

“Nei mari del Sud [Oceano Pacifico ndr] vive un popolo che pratica il «culto dei cargo». Durante la guerra hanno visto atterrare aerei carichi di ogni ben di Dio ed ora vorrebbero che la cosa accadesse di nuovo. Hanno tracciato sul terreno delle specie di piste; accendono fuochi ai loro lati. Hanno costruito una capanna di legno in cui si siede un uomo con due pezzi di legno al posto delle cuffie e da cui sporgono dei bambù come antenne radio (l'uomo rappresenta il controllore di volo) ed aspettano che gli aerei atterrino. Fanno tutto correttamente. La forma è perfetta. Rispetta esattamente quella originale. Ma la cosa non funziona. Non atterra nessun aereo”³.

Secondo Richard Feynman, la scienza da «cargo cult» è quella che segue le regole formali dell'indagine scientifica ma alla quale, però, manca qualcosa di essenziale, visto che “gli aerei non atterrano”. Non basta, ad esempio, presentare, ai medici e soprattutto ai cittadini/malati, terapie e

interventi medici in forme apparentemente scientifiche se non viene riportato il dato più importante: risultati concreti in termini clinici (regressione di sintomi invalidanti, maggiore sopravvivenza, minore insorgenza di eventi clinicamente rilevanti, etc.). L'articolo non contiene notizie particolarmente nuove poiché i concetti espressi erano noti da tempo ma offre lo spunto per riflessioni su un aspetto importante per il medico pratico: la responsabilità del medico di medicina generale (MMG) di fronte a pazienti o familiari che richiedono trattamenti a rischio di pseudomedicina.

La medicina generale (MG), disciplina prevalentemente orientata al paziente piuttosto che alla patologia, è un *setting* di cura in cui i dati oggettivi come obiettività clinica, reperti laboratoristici e di *imaging*, di stampo prettamente scientifico, coesistendo con la soggettività del paziente sono descrittori insufficienti della prassi, essendo le decisioni dei MMG largamente influenzate dalle aspettative e dalle preferenze dei pazienti. Non è quindi infrequente che i MMG, per la formazione accademica che hanno ricevuto, percepiscano una divergenza tra ciò che vorrebbero fare (e dovrebbero fare secondo linee guida, protocolli o analoghi strumenti di indirizzo diagnostico-terapeutico) e ciò che si trovano a fare in concreto. Situazione definita dagli psicologi come **dissonanza cognitiva**. Il MMG dovrebbe quindi prescrivere solo prodotti di provata efficacia e, nei casi in cui questi non siano disponibili, sarebbe suo dovere professionale, etico e deontologico tentare di condividere la mancanza di terapia in quella specifica situazione con il paziente. Una prescrizione, rivolta soltanto ad assecondare la richiesta del paziente, anche se apparentemente innocua e in grado di fornire speranza nei confronti di patologie incurabili, non è in realtà giustificabile, da un punto di vista etico, scientifico (e anche finanziario). Essa rischia inoltre di offrire un *feed-back* negativo, perpetuando in futuro una prassi discutibile nella relazione con il paziente o di essere utilizzata per risolvere rapidamente il problema, ad esempio in condizioni di sovraccarico lavorativo. Nella pratica però, l'atteggiamento rigoroso *evidence-based* è realizzabile con enormi difficoltà, sia perché le persone mancano spesso di formazione ad un sapere scientifico "critico" sia perché psicologicamente portate ad aspettative irrealistiche. In generale, il curante dovrebbe comunque comprendere la domanda di speranza sottesa alla richiesta di approcci terapeutici non convenzionali mantenendo il mandato etico di fornire una informazione onesta sulla insufficienza delle prove scientifiche, sui rischi e i costi del trattamento. In generale, il MMG dovrebbe evitare di creare eccessive illusioni e false aspettative su sedicenti terapie lasciando peraltro, in casi particolari, la libertà di aspettare. l'atterraggio dell'aereo.

- 1) Hellmuth J et al. The rise of pseudomedicine for dementia and brain health. JAMA 2019; 321: 543-44
- 2) Alzheimer's Association. Alternative treatments <http://https://www.alz.org/alzheimers-dementia/treatments/alternative-treatments>
- 3) Feynman R. Cargo cult science. Commencement address presented at: California Institute of Technology Commencement 1974. <http://calteches.library.caltech.edu/51/2/CargoCult.htm>

Marco Grassi

Parola d'Ordine

Forse non tutti sanno che... Le convenzioni Enpam

Assicurazioni per l'auto e la salute, ma anche viaggi, soggiorni-vacanza, acquisto o servizi di noleggio di autoveicoli. Il tutto a prezzi più bassi rispetto alle tariffe di mercato, con sconti che variano in genere tra il 5 e il 10 per cento (con punte sino al 30 per cento). L'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri (ENPAM) ha infatti stipulato da tempo alcune convenzioni con diverse aziende per consentire ai propri associati (sia i professionisti ancora in attività, sia quelli già congedatisi dal lavoro e in alcuni casi anche ai familiari) di usufruire di alcune promozioni commerciali in diversi settori merceologici. Le convenzioni stipulate dall'ENPAM prevedono anche la clausola della «miglior offerta» e qualora la Società proponente dovesse riconoscere a terzi un'offerta più vantaggiosa di quella della Convenzione, la stessa Società si impegna ad adeguare la Convenzione all'offerta più vantaggiosa senza che l'ENPAM ne debba fare esplicita richiesta. Risulta quindi, che gli sconti praticati dalle società convenzionate con l'ENPAM sono i migliori che è possibile ottenere. L'offerta di beni e servizi a prezzo scontato, pur non essendo esaustiva per quanto riguarda l'ampissimo ventaglio di beni e servizi disponibili sul mercato, copre un'area piuttosto vasta e di sicuro interesse per i medici e le loro famiglie.

È nei settori del turismo e dei trasporti che si concentrano maggiormente le promozioni a vantaggio degli iscritti. Molto ampia la gamma di offerte sia da singoli alberghi, posizionati per lo più in città d'arte, località termali o marine che da primarie catene alberghiere con diffusione nelle principali città italiane. Ugualmente ben rappresentata la disponibilità di viaggi organizzati, crociere e pacchetti turistici adatti ad ogni esigenza offerti dai principali tour operator italiani. In questa ampia proposta turistica gli sconti si aggirano mediamente attorno al 10%. Chi volesse noleggiare un autoveicolo (auto ma anche furgoni o *minivan*) ha invece a disposizione le offerte promozionali della principale multinazionale americana e del leader italiano dell'autonoleggio. Chi invece si appresta a comprare un'auto può valutare gli sconti davvero interessanti offerti dai concessionari di una primaria azienda automobilistica presente sul mercato italiano con quattro conosciutissimi marchi. Gli sconti variano a seconda del modello e del marchio fino a raggiungere una riduzione di prezzo del 30% per alcuni modelli e del 40% per veicoli commerciali.

Come detto il ventaglio di offerte comprende numerose tipologie commerciali e di servizi. Si va dalla offerta di sconto del 15% sulle tariffe luce e gas per le forniture sia professionali che residenziali, a polizze assicurative Offerta RCA e garanzie accessorie con sconti di tariffa dal 10% al 40% da parte del Gruppo Assicurativo leader mondiale nei rami danni o sconti fino al 10% su prodotti come Auto, Moto, Ciclomotore, Camper, Veicoli Commerciali, Casa e Terremoto proposti da un'altra primaria assicurazione. Non mancano le proposte commerciali di prodotti bancari (conti correnti e carte di credito agevolate) e nuovi prodotti necessari per l'attività professionale come il *Pos Mobile* o la fatturazione elettronica.

Per concludere questa breve introduzione, un più completo panorama delle proposte offerte dall'ENPAM ai suoi iscritti è disponibile al link www.enpam.it/servizi-integrativi dove vengono altresì spiegate tutte le modalità pratiche per accedere agli sconti proposti.

La certificazione medica

Cos'è un certificato medico e quali requisiti deve avere? Quali sono gli obblighi, secondo la legge e il codice deontologico, a cui deve attenersi il medico che certifica? Che differenza c'è fra referto e denuncia? Come gestire correttamente la certificazione in ambito previdenziale? Come si redigono i principali certificati? Cosa si intende per obbligo di referto? E in quali casi un medico deve sotto-starvi? Come conciliarlo con il diritto alla privacy e con il segreto professionale? E ancora, più banalmente, in quali casi è necessario il certificato medico per fare attività sportiva? E come si compila, nella pratica, un certificato di malattia, di gravidanza, per il rilascio della patente o del porto d'armi? A queste e altre domande che sorgono comunemente nella pratica professionale del Medico e anche dell'Odontoiatra - che può certificare sulle materie di sua competenza- risponde il nuovissimo Vademecum della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo) "La Certificazione medica", scaricabile da oggi gratuitamente in formato e-book e Kindle dal Portale **www.fnomceo.it** a questo link¹. Grazie al contributo dei componenti della Commissione sulla certificazione medica della FNOMCeO, questo documento si propone come strumento di supporto all'attività di certificazione, una delle incombenze più frequenti dei medici nei loro diversi ruoli professionali, ma talvolta, data la sua complessità, fonte di dubbi o problemi. "La certificazione costituisce un aspetto fondamentale nell'ambito della documentazione dell'attività medica - afferma il Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli -. L'atto del medico certificatore si configura come una delle incombenze più frequenti della pratica medica quotidiana e spesso impone al professionista riflessioni e problematiche. L'auspicio è che il testo predisposto possa essere uno strumento di supporto per tutti i medici nella loro attività, venendo incontro nella risoluzione dei principali problemi che di volta in volta si presentano". Il volume analizza dettagliatamente le varie tipologie di certificazioni, mettendo in particolare risalto le connesse disposizioni normative e deontologiche e rappresenta un utile e indispensabile vademecum da tenere sul desktop o su smartphone per consultarlo all'occorrenza. Può altresì essere letto come utile «ripasso» dello stato dell'arte in materia certificativa.

1) <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/10/PDF-EBOOK-INDICE.pdf>

Marco Grassi

Focus sulla professione



di Sante Enrico Cogliandro

Il carcinoma midollare della tiroide Che cos'è, che cosa si può fare

Le cellule C o parafollicolari della tiroide derivano dalla cresta neurale e vengono incorporate nella tiroide, che si sviluppa invece dal pavimento della faringe embrionaria. Da esse origina il carcinoma midollare della tiroide (MCT: il 3-5% delle neoplasie maligne tiroidee), un tumore neuroendocrino che produce una varietà di sostanze bioattive: fra queste, la Calcitonina (Ct) e l'antigene carcino-embriionario (CEA) costituiscono il fulcro della diagnosi, della terapia e del *follow up*. Il tumore può presentarsi in forma sia **sporadica**, con picco in 4°-6° decade di vita, e decorso spesso imprevedibile, con prolungate sopravvivenze anche in presenza di metastasi a distanza; sia **ereditaria**, come componente sindromica delle Neoplasie Endocrine Multiple di tipo 2, di cui può peraltro rappresentare l'unica manifestazione (MTC famigliare) (Tab. 1).

Lo spettro della Neoplasia Endocrina Multipla di tipo 2 - MEN2

	Patologie endocrine	Patologie associate
MEN2 A (Sindrome di Sipple)	Carcinoma midollare tiroideo Feocromocitoma (10-60%)(*) Iperparatiroidismo primitivo (10-30%)	Lichen cutaneo amiloidosico (mutazione codon 634: 36%) Megacolon aganglionico (M. di Hirschsprung) (7%)

MEN2 B	Carcinoma midollare tiroideo Feocromocitoma (50%)(*)	Habitus marfanoide (100%) Ganglioneuromatosi intestinale (60-90%) Neurinomi mucosi (70-100%)
Carcinoma Midollare Tiroideo Famigliare FMTC	Carcinoma midollare tiroideo	-

(*) va ricercato e curato prima della tiroidectomia che potrebbe altrimenti scatenare una crisi pressoria

Le forme ereditarie sono dovute ad una mutazione attivante, germinale e quindi trasmissibile alla progenie, del proto-oncogene RET (localizzato sul braccio corto del cromosoma 10, codifica per un recettore transmembrana della famiglia delle tirosin-kinasi): il codone mutato condiziona l'età d'insorgenza e l'aggressività: a rischio altissimo (codone M918T: MEN2B), alto (A833F: MEN2B; C634: MEN2A), ovvero moderato (Fig. 1).

La tiroidectomia profilattica designa la precoce (anche entro il primo anno di vita, nelle forme ad altissimo rischio) rimozione della tiroide nei bambini che hanno ereditato un allele RET mutato; per lo più, il tumore o l'iperplasia delle cellule C sono già presenti all'epoca dell'intervento che però migliora morbilità e mortalità, lasciando aperto solo il "quando" intervenire, che può essere guidato dai livelli di Ct.

I parenti di primo grado dei portatori di mutazioni RET sono candidabili all'indagine genetica, che può essere estesa anche ad altre popolazioni a rischio di MTC ereditario, come per i portatori di lichen amiloideotico o megacolon di Hirschsprung con mutazioni germinali dell'esone 10, causa di MEN2A, o per i portatori di fenotipo MEN2B. Le forme sporadiche presentano una mutazione somatica di RET in circa la metà dei casi. Generalmente indosabile, la Ct può essere occasional-

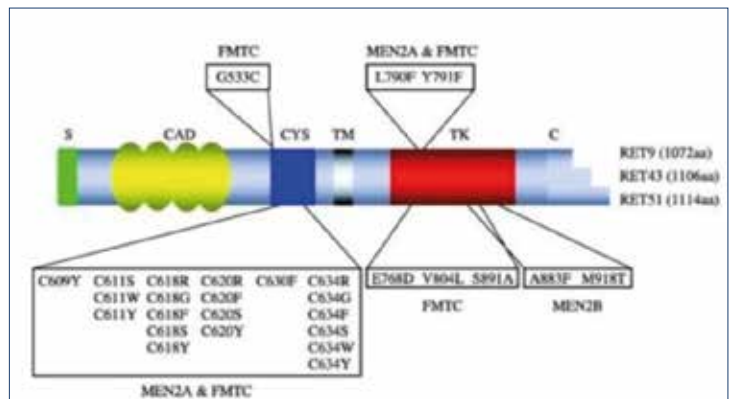


Fig. 1 - Struttura schematica di RET e mutazioni identificate in MEN 2A, MEN 2B, FMTC CAD motivo correlato alla caderina CYS dominio ricco in cisteina S sequenza segnale TM dominio transmembrana TK dominio tirosin-kinasico.

mente elevata anche nel soggetto sano e, ciò che ha rilevanza particolare per quanto precede, nei primi sei mesi di vita, specie nei nati prematuri o sottopeso. La Ct può risultare elevata in situazioni patologiche diverse dal MTC, ma è allora insensibile ai secretagoghi, ossia non iper-risponde al carico di calcio (l'altro secretagogo classico, la pentagastrina, non è più reperibile): l'insufficienza renale cronica, l'iperparatiroidismo, la tireopatia autoimmune, i carcinomi polmonari e prostatico, la mastocitosi, i tumori neuroendocrini aerodigestivi, le ipergastrinemie (attenzione agli inibitori di pompa protonica!).

Il CEA è marcatore aspecifico, elevato in condizioni anche non tumorali (tabagismo, malattia infiammatoria intestinale e, falsamente, in presenza di Ab eterofili). Il simultaneo incremento di Ct e CEA indica progressione di malattia; un CEA in aumento con Ct stabile può suggerire scarsa differenziazione; anche valori normali-bassi di entrambi in forma avanzate indicano prognosi povera.

L'imaging pesante pre-operatorio è comunque indicato in presenza di estesa malattia del collo o di segni/sintomi di metastasi a distanza: si avvale di TC collo-torace; TC/RM con mdc del fegato; RM dello scheletro assiale/scintigrafia ossea; la PET è invece riservata a casi particolari.

Il rischio di metastasi linfonodali è virtualmente assente se Ct < 20, ma aumenta di pari passo ai livelli ormonali fino a richiedere, con Ct > 500, interventi altamente demolitivi. La dissezione del collo per compartimenti laterali è curativa in almeno la metà dei casi se Ct preoperatoria ≤ 1000, purtroppo mai se ≥ 10.000. Quasi la totalità dei pazienti con Ct post-operatoria < 10 sopravvive a 10 anni.

Il rischio connesso ai re-interventi rende necessario disseccare, contestualmente alla tiroidectomia, i comparti linfonodali indicati dalla sede e dalle dimensioni del tumore, dal reperto ecografico, e dei livelli di Ct e CEA. I noduli palpabili si associano ad alto tasso di metastasi che spesso eludono la ricerca pre- e anche intra-operatoria.

Alcuni valorizzano al massimo l'ecografia e non optano per la dissezione se l'ecografia è negativa; un'altra corrente di pensiero sostiene 'comunque' la dissezione dei comparti centrale e laterale ipsilaterali se la Ct è superiore a 20.

In linea generale, i pazienti con MCT senza evidenza di interessamento linfonodale né di metastasi a distanza possono essere sottoposti a tiroidectomia e dissezione del compartimento centrale del collo (VI livello); con reperto ecografico di adenopatie si procede a dissezione del comparto ipsi- laterale, o anche contro-laterale se Ct > 200 indipendentemente dall'esito ecografico. Sfortunatamente, le metastasi linfonodali si associano già a malattia sistemica, tanto più spesso, quanto maggiore è il loro numero; non di meno, la resezione delle metastasi locali riduce il rischio di recidiva locale con interessamento dei nervi ricorrente e accessorio e delle vie aerodigestive: le stesse funzioni che in presenza di malattia avanzata si cercherà di preservare, insieme alle paratiroidi, da una chirurgia meno aggressiva che lasci spazio alle opzioni radiante e medica. L'esclusione

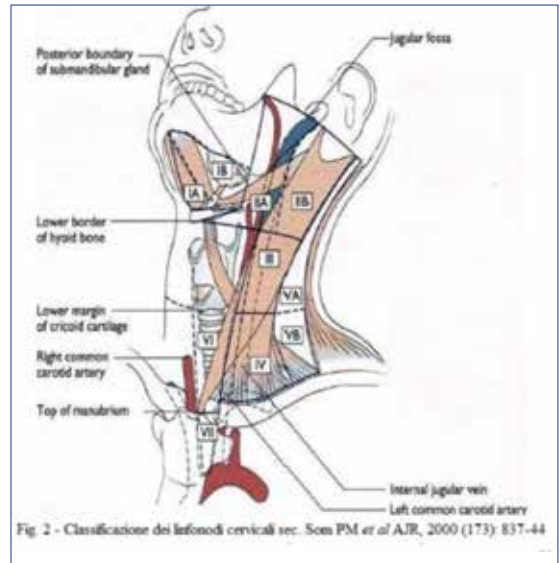


Fig. 2 - Classificazione dei linfonodi cervicali sec. Som PM et al ATR, 2000 (173) 837-44

di un interessamento epatico è presupposto a un delicato re-intervento per MTC persistente o recidivo.

La totalizzazione dopo emitiroidectomia in caso di MTC “incidentale” non è indicata, salvo nel sospetto di malattia residua (mutazione germinale del RET, aumento di Ct basale o stimolata).

Ct e CEA vanno dosati a tre mesi dall'intervento poi, se indosabili, ogni sei mesi per 1 anno, quindi annualmente. Se Ct elevata ma < 150, ripetere ecografia, Ct e CEA ogni 6 mesi. se > 150 richiede uno studio per immagini completo. Il tempo di raddoppio dei marcatori, sfavorevole se inferiore a 2 anni, è un fattore prognostico importante. Tab. 2

MTC: stratificazione del rischio di recidiva post-chirurgica			
	Evidenza strutturale di malattia	Ct	CEA
Eccellente	NO	Indosabile	Normale
Incompleta biochimica	NO	Dosabile	Elevato
Incompleta strutturale	SI	(In tempo di raddoppio dei livelli indirizza la prognosi)	

La radioterapia esterna va considerata nei casi di resezione incompleta o ad alto rischio di recidiva non candidabili al re-intervento. Il controllo loco-regionale è un valido *end-point* dato l'impatto della progressione cervicale sulla qualità di vita *QoL*. Se compaiono metastasi a distanza occorre soppesare il tasso di progressione della malattia, spesso lento e con buona *QoL*, con l'efficacia limitata e la potenziale tossicità della terapia locale e sistemica: il CMT metastatico è incurabile e allora, oltre al controllo loco-regionale, ci si dovrebbe prefiggere il trattamento palliativo delle sindromi da eccesso ormonale (la sindrome gastroenterica con diarrea e *flushing*, e il Cushing paraneoplastico) che possono conseguire a invasione epatica, e i sintomi legati alle metastasi ossee, polmonari, cerebrali, epatiche.

La terapia sistemica, fondata sugli inibitori delle tirosin-kinasi (vandetanib, cabozantinib), non va somministrata solo sul dato biochimico se non vi è evidenza di metastasi, né in caso di metastasi di piccole dimensioni e stabili in base all'*imaging* e al tempo di raddoppio dei marcatori superiore ai 2 anni.

La terapia radioisotopica si prefigge di erogare alte dosi di radiazioni selettivamente alle cellule C tumorali a mezzo di anticorpi monoclonali (radioimmunoterapia) o di analoghi ormonali (della somatostatina o della noradrenalina) marcati.

Bibliografia

Kodama Y et al. The RET proto-oncogene: a molecular therapeutic target in thyroid cancer. *Cancer Sci*, 2005 (3): 143-8
 Lindsey SC et al. Response to initial therapy predicts clinical outcomes in medullary thyroid cancer. *Thyroid* 2015, 25: 242-9.

Wells SA Jr et al. Revised American Thyroid Associations guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. *Thyroid* 2015, 25(6): 567-610.

Scuola di etica medica

VIII Corso di alta specializzazione di etica medica

Agisci in modo tale che gli effetti della tua azione siano compatibili con la continuazione di una vita autenticamente umana. Quanti scenari schiude anche per la professione medica questo imperativo di Hans Jonas? Sicuramente tanti, ma il primo, che poi si ripercuote a cascata praticamente su tutti i temi della bioetica, è quello relativo alla riflessione sul significato della “vita” e di quel suo attributo “autenticamente umana”. Riflessione che può essere declinata in modi diversi e che si apre a una serie di approfondimenti sul senso della malattia e della morte, della relazione di cura, dei diritti, delle fragilità e non da ultimo, in un orizzonte futuro, sul ruolo che ciascuno di noi ha nella conservazione della natura e dell’ambiente per le generazioni a venire. Non abbiamo linee guida, procedure o protocolli, come sul versante tecnico delle nostre attività, per orientarci tra le aspettative, le emozioni, i sentimenti della persona malata e per porle al centro del nostro agire. La salute futura dei nostri pazienti e del mondo nel quale vivono possono divenire l’imperativo categorico dei professionisti della cura a partire da quel “principio di responsabilità” che è sempre stato insito nella corretta relazione tra persone e in particolare nel rapporto medico-paziente. Il corso di questo anno vuole contribuire a questa riflessione con una serie di incontri con prestigiosi relatori provenienti dal mondo accademico e della professione che saranno chiamati a trattare dei principali temi che sono oggi al centro del dibattito bioetico: il paradigma della vita, il senso della morte, l’importanza della relazione di cura ed ancora i problemi emergenti delle nuove povertà e dell’accesso alle cure, delle dipendenze patologiche. Uno spazio lo si è voluto lasciare proprio ad un confronto sul “principio di responsabilità” declinato in tutti i suoi diversi aspetti ed elemento fondante, come ha sottolineato Hans Jonas, di una “etica per il futuro dell’uomo”. Il corso prevede un numero chiuso di quaranta iscritti con l’eccezione del convegno: “Il principio di responsabilità: un futuro minacciato” che si terrà presso il Centro Congressi SGR di Rimini il giorno 9 novembre 2019. Le altre sessioni si terranno presso la sala riunioni dell’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Rimini con lezioni frontali e momenti seminariali di riflessione e confronto diretti da docenti scelti per la loro nota competenza. Gli eventi sono accreditati presso il Ministero della Salute tramite la Federazione Nazionale degli Ordini.

Con il contributo di



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

1° Modulo: IL LINGUAGGIO DELLA MEDICINA

Venerdì 20 settembre 2019

- 15,00-15,40 Saluto delle autorità
(*Presidente Omceo Rimini Grossi Maurizio, Prefetto Rimini Alessandra Camporota*)
- 15,40-16,00 Introduzione della direzione della scuola
Massimo Montesi
- 16,00-18,00 Lectio magistralis: Medical Humanities e umanizzazione: progetti diversi ma complementari - *Sandro Spinsanti*
- 18,00-19,00 Discussione
Cocktail di benvenuto

Sabato 21 settembre 2019

- 9,00-10,00 Le parole della cura - *Umberto Curi*
- 10,00-11,00 Linguaggio e significato della parole nella relazione medico paziente - *Guido Biasco*
- 11,00-11,15 Coffee break
- 11,15-12,15 Riprendere la parola in prima persona: Il metodo autobiografico - *Ernes Fuzzi*
- 12,15-13,00 Discussione
- 13,00-13,15 Compilazione questionario ai fini ECM

2° Modulo: SALUTE E DIRITTI

Venerdì 4 ottobre 2019

- 14,15-16,30 Proiezione del film "Fuocoammare" (106 min.)
- 16,30-16,45 Pausa lavori
- 16,45-18,45 Incontro con *Pietro Bartolo*
- 18,45-19,45 Discussione

Sabato 5 ottobre 2019

- 9,00-10,00 La disuguaglianza nell'accesso alle cure
Giulia Silvestrini
- 10,00-11,00 Il diritto alla cura - *Enrico Al Mureden*
- 11,00-11,15 Coffee break
- 11,15-12,15 L'esperienza dell'ambulatorio "Nessuno Escluso" - *Andrea Gattiani*
- 12,15-13,00 Discussione
- 13,00-13,15 Compilazione questionario ai fini ECM

3° Modulo: LE DIPENDENZE

Venerdì 25 ottobre 2019

- 15,00-16,00 Storia delle dipendenze nel mondo occidentale - *Stefano De Carolis*
- 16,00-17,00 Le dipendenze: dimensioni ed analisi statistica - *Michele Sanza*
- 17,00-17,15 Pausa lavori
- 17,15-18,15 Le dipendenze tradizionali - *Gabriele Caselli*
- 18,15-19,15 Discussione

Sabato 26 ottobre 2019

- 9,00-10,00 Le nuove dipendenze: una mutazione antropologica? - *Annamaria Fantauzzi*
- 10,00-11,00 Le dipendenze tecnologiche
Cinzia Giulianelli
- 11,00-11,15 Coffee break

- 11,15-12,15 Dipendenze emergenti: la sindrome di Hikikomori - *Sara Alighieri*
- 12,15-13,00 Discussione
- 13,00-13,15 Compilazione questionario ai fini ECM

4° Modulo: FINE VITA

Venerdì 8 novembre 2019

- 15,00-16,00 Lo stato dell'arte delle DAT
Mario Bartolomei
- 16,00-17,00 Eutanasia e suicidio assistito: riflessioni sulla dignità della persona morente
Nevio Genghini
- 17,00-17,15 Pausa lavori
- 17,15-18,15 Le pronunce della Corte costituzionale in tema di fine vita: significati e prospettive
Marta Tomasi
- 18,15-19,15 Discussione

5° Modulo: IL PRINCIPIO DI RESPONSABILITÀ

Sabato 9 novembre 2019

Convegno c/o Centro Congressi SGR Sala Energia

- 8,30-9,00 Registrazione dei partecipanti
- 9,00-12,15 Tavola rotonda. Il principio di responsabilità: un futuro minacciato. Partecipano *Giovanni Matteucci, Luigi Alici, Gianfranco Iadecola, Roberto Monaco*
Moderatore *Simona Mulazzani*
- 12,15-13,00 Discussione
- 13,00-13,15 Compilazione questionario ai fini ECM

6° Modulo: ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Venerdì 22 novembre 2019

- 15,00-16,00 Storia della organizzazione sanitaria in Italia - *Gavino Maciocco*
- 16,00-17,00 Modelli sanitari a confronto - *Federico Toth*
- 17,00-17,15 Pausa lavori
- 17,15-18,15 Il fattore umano nelle organizzazioni
Aldo Terracciano
- 18,15-19,15 Discussione

Sabato 23 novembre 2019

- 9,00-10,00 Il burn out del personale sanitario
Ferdinando Pellegrino
- 10,00-11,00 Etica dell'organizzazione e femminizzazione della sanità
Maria Antonella Arras
- 11,00-11,15 Pausa lavori
- 11,15-12,15 La violenza sul personale sanitario
Carlo Palermo
- 12,15-13,00 Discussione
- 13,00-13,15 Compilazione questionario ai fini ECM
Aperitivo di chiusura per i partecipanti

Storia della medicina



Notizie dalla Scuola di Storia della medicina

Prosegue anche in questo numero de «Il Notiziario» la nuova rubrica dedicata alla Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini. Per le prossime edizioni invitiamo i Colleghi e gli altri lettori a segnalare iniziative o proposte di interesse storico-medico alla Segreteria dell'Ordine (info@omceo.rn.it).



Su proposta del Comitato scientifico della Scuola il Consiglio Direttivo dell'Ordine, nella seduta del 24 giugno 2019, ha approvato l'inserimento del dott. Giancarlo Cerasoli in qualità di "Collaboratore affiliato" alla Scuola di Storia della medicina.

Giancarlo Cerasoli, forlivese di nascita ma cesenate d'adozione, è specializzato in Pediatria Preventiva e in Neonatologia ed è pediatra di famiglia a Cesena. È socio delle principali associazioni mediche del settore nonché della Società Italiana di Storia della Medicina (SISM), della Società Italiana di Antropologia Medica, della Società di Studi Romagnoli, dell'Accademia dei Benigni di Bertinoro e dell'Accademia degli Incamminati di Modigliana. È redattore della rivista «Medicina Historica» (organo ufficiale della SISM) e della collana «Le vite dei cesenati»; in passato è stato redattore della «Rivista di Storia della Medicina», vicedirettore della rivista «La Piê» e collabora-

tore della rivista «Medicina & Storia» e del *Dizionario Biografico degli Italiani*.

Ha pubblicato diversi volumi e ha scritto numerosissimi saggi e articoli per riviste mediche, storiche e storico-mediche. Grande esperto di medicina popolare romagnola fra Ottocento e Novecento, è coautore del fondamentale volume *Guarì Guaròss. Riti e rimedi della medicina popolare in Romagna* (Imola, La Mandragora, 2010).

Fra le sue ultime fatiche ricordiamo *Mal di zolfo. Minatori, medici e malattie nella Valle del Savio e nel Montefeltro nella seconda metà dell'Ottocento*, scritto in collaborazione con Pier Paolo Magalotti (Cesena, Società di Studi Romagnoli, 2017), *Morgagni e Forlì* (Forlì, Grafikamente Editore, 2018), *Da ospizi a caserme. Medicina e cure nelle colonie fasciste per l'infanzia*, in *Colonie per l'infanzia nel ventennio fascista. Un progetto di pedagogia del regime*, a cura di Roberta Mira e Simona Salustri (Ravenna, Longo Editore, 2019, pp. 131-148) e *Per grazia ricevuta. Trenta storie in versi* (For-

limpopoli, Passatore, 2018), in cui declina in senso storico-medico un'altra sua passione, la poesia. Per la sua grande capacità di «coniugare conoscenza e umanità» lo scorso 14 giugno gli è stato assegnato a Cesena il premio “Cesena e le sue pagine” in occasione della serata dedicata al Premio Selezione Bancarella.



Si svolgerà a Varese il prossimo 8 novembre la VIII Giornata di Museologia Medica, organizzata dalla Sezione di Museologia Medica (coordinata dalla prof.ssa Francesca Vannozzi, Università di Siena) della SISM. La giornata accoglie annualmente i contributi di storici della medicina, sia specialisti che cultori della materia, volti a valorizzare – attraverso l'indagine delle fonti e lo studio delle collezioni pubbliche e private – il patrimonio storico-scientifico di ambito medico. È solitamente ospitata a turno in un Ateneo italiano che, sulla base delle proprie raccolte mediche, ne definisce il tema. Gli atti delle edizioni precedenti sono reperibili e interamente scaricabili in formato PDF sul sito internet della SISM (www.sism.wikidot.com/publicazioni).

Il tema prescelto per la VIII Giornata è *Le collezioni storiche di otorinolaringoiatria*, una disciplina che a Varese e nel restante territorio lombardo vanta nomi autorevoli nel panorama scientifico. Quest'anno, per la prima volta, anche la Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini parteciperà a questo importante appuntamento, presentando una relazione dal titolo *Alle origini dell'otorinolaringoiatria: gli strumenti chirurgici della domus del Chirurgo di Rimini*. Fra gli oltre centocinquanta ferri chirurgici recuperati nello scavo archeologico della *domus* sono infatti compresi diversi strumenti riconducibili alla chirurgia otorinolaringoiatrica, alcuni dei quali piuttosto rari e di uso maggiormente specialistico.

La partecipazione della Scuola ha due ulteriori finalità: risvegliare l'interesse degli studiosi e del pubblico su un ritrovamento archeologico finora unico al mondo e proporre la candidatura di Rimini quale sede per la prossima Giornata di Museologia Medica, mettendo così a confronto il ricco strumentario medico-farmaceutico riminese con le tante altre testimonianze della medicina e della chirurgia nell'antica Roma.

Stefano De Carolis

Medicina di genere

Che 'genere' di cervello?

L'11 maggio scorso si è concluso il programma di aggiornamento 2018-2019 del Centro di Formazione in Medicina di Genere. Un incontro, mi vien da dire, generoso di nuovi saperi che riguardano il cervello maschile e femminile. Nella prima parte sono intervenuti: Cosimo Argentieri sul disagio psichico, Stefano De Carolis sulle demenze e Alessandro Meluzzi su "Maschile e femminile: corpo, mente, e anima". Nella seconda parte si è fatto il punto sulle Dipendenze patologiche, analizzate sempre in un'ottica di genere, con le relazioni di Liana Fattore, Maria Caterina Staccioli e Teo Vignoli (che verranno pubblicate nel prossimo numero).

Cosimo Argentieri (Direttore sanitario - Qualità "Neomesia KOS Care") ha trattato "**La differenza di genere nella cura del disagio psichico**" partendo dal concetto che salute mentale e fisica sono inseparabili e che il benessere delle persone e la loro capacità di prendersi cura della propria salute fisica e mentale sono condizionati sia da fattori genetici e biologici che da fattori psicologici, sociali e ambientali. La società può favorire una molteplicità di disturbi e disagi psichici sempre più complessi ed estesi, che compromettono in misura diversa salute e benessere. Identità e ruolo di genere modellano la salute mentale in maniera specifica, strettamente collegata alle determinanti socio-culturali attraverso cui ogni società si esprime. E la storia della psichiatria si intreccia con quella dell'emarginazione sociale ed economica soprattutto della donna che ha dovuto fare i conti con lo stereotipo di una ipotizzata fragilità mentale entrando in modo massiccio nei circuiti della nuova scienza psichiatrica.

Le differenze di genere del cervello (fin dai primi studi di Maccoby e Jacklin tra il 1966 e



il 1974, si era visto che la donna ha maggiori capacità linguistico-letterarie mentre l'uomo è più portato per quelle visuo-spaziali e matematiche) sono strutturali, morfologiche, neurobiologiche (farmacologia), ci sono inoltre diversità epidemiologiche, cliniche e della presa in carico. Vi è forte evidenza scientifica che anche l'approccio psichiatrico debba essere personalizzato sia sulla base del genere (tra le diversità strutturali citiamo ad es. le connessioni tra i lobi frontali, le aree corticali, il numero di neuroni, la lateralizzazione dell'amigdala) che della specificità della persona vuoi come status socio-economico-culturale che come predisposizione/vulnerabilità alla malattia e predisposizione/risposta al trattamento. Oggi il concetto

“uguale diagnosi = uguale trattamento” va superato a favore di un approccio più classico e tradizionale, personalizzato. La **diagnosi e la terapia basate sul genere** devono considerare: la prima aspetti epidemiologici, sintomatologici, personali (dimensionali), la seconda differenze in farmacocinetica e farmacodinamica (nella donna correlate anche alle fasi della vita), valutando sempre, per entrambi i sessi, il background individuale socio-culturale in modo da integrare psicofarmacologia, psicoterapia e riabilitazione.

Stefano De Carolis (Responsabile del Centro per i disturbi cognitivi e demenze di Rimini) ha illustrato le **“Differenze di genere nelle demenze: riflessioni ed evidenze”**. Partendo da Auguste Deter, diventata famosa suo malgrado – è la paziente studiata da Alois Alzheimer (1864-1915) negli anni 1901-1906, nella quale lo psichiatra tedesco identificò per la prima volta la malattia che ha preso il suo nome – De Carolis ha preso in esame la più recente letteratura in merito. Già dal punto di vista epidemiologico il rapporto risulta sfavorevole: la prevalenza dei vari tipi di demenza (circa 70, di cui la più frequente è la malattia di Alzheimer) aumenta con l'età ed è maggiore nel sesso femminile. Oltre a questi fattori di rischio, purtroppo non modificabili, ne esistono altri (come ipertensione, diabete, obesità e ormoni sessuali femminili) che risultano più rilevanti nelle donne. In particolare, gli eventi che riducono l'esposizione agli estrogeni nel corso della vita sono generalmente associati a un aumentato rischio di sviluppare l'Alzheimer.

Studi clinici hanno inoltre dimostrato che, nelle donne che vanno incontro alla menopausa, si riduce il metabolismo del glucosio e aumenta la deposizione di beta-amiloide (un marcatore dell'Alzheimer) in alcune aree

strategiche cerebrali più di quanto accada negli uomini di pari età. Ciò determina un più precoce rischio di malattia.

Differenze di genere esistono infine nei **vari tipi di demenza** (ad esempio nella malattia di Alzheimer i maschi avrebbero un'aspettativa di vita più breve delle femmine dopo la diagnosi) e negli stessi sintomi comportamentali della demenza, soprattutto nelle fasi iniziali (depressione e apatia sarebbero più frequenti nel sesso femminile).

Alessandro Meluzzi (Docente di Psichiatria Università Sacro Cuore di Roma) su **“Maschile e Femminile: corpo, mente e “anima”**, è partito dall'affermazione che solo nella complementarità maschile-femminile possiamo affrontare la natura come Bios o Zoè, poiché tra cervello maschile e cervello femminile c'è una riconosciuta diversità e un'asimmetria intellettuale. L'intelligenza multifattoriale, olistica, una capacità intellettuale maggiore con maggiore interazione fra i due emisferi della donna, si riflette anche in psichiatria.

Riflessione interessante anche sull'Alessitimia ossia l'incapacità di raccontare, di esternalizzare il proprio disagio, il proprio problema e quindi di chiedere aiuto. L'uomo - rispetto alla donna ha molte meno capacità in tal senso e tende ad ammalarsi di più (infarto, incidentalità).

La donna inoltre ha altre caratteristiche specifiche come maggior sopportazione del dolore e della fatica fisica, capacità di concentrazione e di tenuta muscolare, più capacità multitasking rispetto all'uomo. Nel campo dell'EROS, la donna è in grado di governare il proprio atto sessuale, l'uomo no. Dunque le diversità sono significative, e che sia in atto una sorta di guerra tra i sessi, è una realtà. La famiglia non tiene più perché è venuta a mancare l'idea di sacralità: “sacrificio=sacrum facere” ossia il lasciarsi

attraversare da qualcosa di più alto della propria stessa vita. Oggi la famiglia è stata sostituita da un altro costrutto che è la coppia, modello di rapporto uomo/donna che dura per un periodo limitato della vita.

Si sono incrinati i rapporti fra i sessi in quanto è venuto meno quel mondo di divieti che li conteneva. Se prima la paura più consistente era la Fobia, oggi è la Sindrome di Capodanno: tutto è concesso e si tende alla depressione, all'apatia. È la Sindrome della demotivazione.

La nostra felicità non è questa, non è nell'attimo fuggente: la nostra felicità sta nel riuscire a riconciliarci. Non si può guardare in faccia né il sole né la morte.

Antonella Chiadini



di Laura Baffoni

Dalla letteratura scientifica.
FOCUS su: *Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: A call to action* (Nebela et al., *Alzheimers Dement*, 2018)

Questa *review* elaborata dalla "Society for Women's Health Research Interdisciplinary Network on Alzheimer's Diseases" rappresenta lo stato dell'arte sulla malattia di Alzheimer (MA) e analizza in un'ottica di genere i principali fattori di rischio, il quadro clinico e le possibilità di diagnosi, evidenziando anche le aree che meritano ulteriori ricerche per la mancanza di certezze. Già nell'epidemiologia emergono alcuni dati controversi; infatti mentre la frequenza della malattia è più elevata nel sesso femminile, i dati relativi alla prevalenza e all'incidenza della malattia sono talvolta contrastanti; mentre diversi studi europei hanno mostrato una maggiore prevalenza di MA nelle donne, questo non è confermato da studi che valutano la popolazione statunitense o mondiale. È stato ipotizzato che queste differenze geografiche possano dipendere da differenze nelle opportunità occupazionali ed educative legate al genere, nei diversi paesi: quindi secondo Nebela et al. una migliore comprensione delle differenze legate al sesso e al genere potrebbe migliorare il riconoscimento dei sintomi, la prevenzione dei fattori di rischio e l'*outcome* clinico.

In questa ottica, particolare attenzione è stata data dagli Autori a una revisione critica della letteratura sul diverso peso dei fattori di rischio. È noto che le malattie cardio-metaboliche (diabete tipo II, sindrome metabolica, ipertensione, ipercolesterolemia, obesità) rappresentano fattori di

rischio per lo sviluppo di MA sia nell'uomo sia nella donna, ma il rischio relativo di sviluppare la MA nella donna potrebbe essere maggiore che nell'uomo e differente a seconda dell'età. La depressione, che aumenta anche del 70% il rischio di MA, mostra una prevalenza doppia nel sesso femminile e diversi studi hanno mostrato che si associa ad alterazioni cerebrali come la perdita di volume dell'ippocampo e della corteccia prefrontale.

Poiché alterazioni del sonno e del ritmo circadiano modificano la produzione e l'eliminazione di peptidi A β e tali alterazioni aumentano con l'invecchiamento, la menopausa rappresenta un periodo particolarmente vulnerabile per le donne che, infatti, in menopausa ad es. hanno un picco d'incidenza nella sindrome delle apnee notturne, che si associa a un più rapido declino cognitivo.

Gli Autori sottolineano in particolare l'importanza dei fattori sociali; infatti basso livello socio-economico, basso grado di studio e basso livello occupazionale costituiscono fattori di rischio per lo sviluppo della malattia sia nell'uomo che nella donna, ma è noto come le donne, soprattutto nel secolo passato, abbiano avuto e tuttora abbiano minori possibilità di educazione e di lavoro rispetto agli uomini. Anche la figura del *caregiver* familiare, quasi sempre rappresentata dalla donna nel ruolo di moglie, madre o figlia, potrebbe aumentare il rischio di demenza o comunque di un più rapido deterioramento cognitivo in risposta all'esposizione a diversi fattori di rischio: psicosociali (depressione, isolamento sociale e alterazione del ritmo sonno-veglia), comportamentali (esercizio fisico e dieta) e fisiologici (sindrome metabolica, stato infiammatorio). In qualche maniera correlato a questo dato, lo stato maritale rappresenta un fattore protettivo nel sesso maschile, infatti è stato dimostrato come essere celibe o vedovo aumenta il rischio di AD negli uomini. Secondo

gli Autori sono necessari ulteriori studi su come alcuni fattori influenzati dal genere (percezione della salute, comportamenti a rischio, fattori stressogeni sociali o legati al lavoro, relazione medico-paziente, aderenza alla terapia) impattano sul rischio, sulla diagnosi, sulla risposta terapeutica e sul corso della MA.

Infine, un fattore francamente protettivo è l'attività fisica, ma anche a questo riguardo essere uomo o donna può fare la differenza in quanto il beneficio associato alla attività fisica potrebbe essere maggiore quando il livello degli estrogeni è alto e quindi ridursi con la menopausa. Fra i fattori di rischio specifici per il sesso femminile, gli Autori elencano l'ipertensione gravidica, che, in uno studio multietnico che ha arruolato 1279 donne di età media 61 anni, aumenta significativamente il rischio di atrofia cerebrale; tuttavia, poiché la prevalenza dell'ipertensione gravidica è maggiore nelle donne obese o con gravidanza tardiva, gli Autori sottolineano che sono necessari ulteriori studi per capire se l'ipertensione gravidica sia un fattore di rischio indipendente per la MA.

Altro dato importante che emerge dalla revisione della letteratura fatta dagli Autori è la mancanza di dati conclusivi sugli effetti della terapia ormonale sostitutiva (TOS). Durante il periodo menopausale è stata osservata una riduzione della memoria verbale che è stata associata ad alterazioni della funzione dell'ippocampo dovute al calo dell'estradiolo; ma se alcuni studi osservazionali hanno dimostrato che iniziare una TOS precocemente riduce il rischio di MA, altri studi hanno rilevato che una TOS iniziata tardivamente o in donne con deficit cognitivi già presenti, aumenta il rischio di MA. Recentemente uno studio finlandese di popolazione ha dimostrato una riduzione del rischio per MA in donne che hanno utilizzato TOS per almeno 5 anni, ma gli stessi Autori evidenziano come le donne che avevano assunto TOS aves-

sero in media un grado di studio maggiore e un livello di salute migliore di quelle che non avevano assunto TOS, per cui nuovamente non è chiaro quali siano i fattori indipendenti. Altri studi hanno dimostrato che l'utilizzo di TOS nel periodo immediatamente post menopausale presenta minori effetti indesiderati e la diagnostica di *neuroimaging* ha evidenziato che la deposizione di peptide A β era minore nelle donne positive per APOE ϵ 4 che assumevano estradiolo rispetto ai controlli che ricevevano placebo. Infine molti studi dimostrano che una menopausa precoce (naturale o chirurgica) si associa ad un aumentato rischio di precoce deterioramento cognitivo. Pertanto gli estrogeni presenti durante la vita fertile hanno un ruolo protettivo ma esistono ancora delle discrepanze nella letteratura riguardo all'influenza degli estrogeni e della TOS sulla funzione cerebrale e sul rischio di MA.

Anche ciò che è noto sui fattori genetici non è conclusivo. L'allele ϵ 4 del gene APOE è il maggior fattore di rischio genetico correlato all'insorgenza di MA ad esordio tardivo, in particolare tra le persone di età compresa fra i 65 e 75 anni con genotipo APOE ϵ 3/ ϵ 4 il rischio di MA è 4 volte più alto nelle donne che negli uomini. Una limitazione nella valutazione delle differenze legate al sesso nei pazienti APOE ϵ 4 positivi è che l'*outcome* negli uomini è gravato da una precoce mortalità. Quindi gli Autori sottolineano con forza la necessità di ulteriori studi per chiarire il ruolo dei diversi alleli del gene APOE sui fattori di rischio generali e specifici per la donna e su come la TOS possa modificarne il peso.

Altro punto che merita particolare attenzione e/o conferme è lo studio sulla memoria verbale, che avvantaggia la donna rispetto all'uomo; questo vantaggio rappresenta una sorta di riserva cognitiva che può determinare nelle donne affette da MA manifestazioni cliniche più lievi a fronte di danni cerebrali già moderati. Tutto ciò potrebbe comportare un ritardo diagnostico cosicché al momento della diagnosi la donna ha spesso una MA più severa (limitando le opportunità terapeutiche) e più rapidamente progressiva. Secondo gli Autori se tali dati verranno confermati si renderà necessario avere un approccio alternativo per individuare precocemente la MA nella donna, anche utilizzando score che hanno *cut-off* diversi nei due sessi.

Gli Autori concludono che per avere migliori opportunità terapeutiche è necessario pianificare nuovi *trials* per la prevenzione che valutino le differenze di genere nel *neuroimaging* e nei *biomarker* nel corso della vita e soprattutto nelle fasi precoci della MA, così come studi che valutino se lo stato ormonale possa modificare i fattori di rischio e le comorbidità della malattia di Alzheimer.

Medici ma non solo



di Franco Magnoni

Una tazza di cicuta

Da venticinque secoli si sapeva che Socrate beve con calma, anzi “con vera letizia”, la sua tazza di cicuta in una prigione di Atene. Ma questa prigione non si poteva ritrovare. Fino a poco tempo fa si era supposto che le carceri ateniesi fossero situate in delle grotte in una collina nelle vicinanze del Partenone. Abbastanza recentemente, un archeologo americano che per trentacinque anni ha indagato e scavato, ha enunciato una nuova teoria e cioè che il luogo dove Socrate con tanta fermezza si accomiatò dalla vita si troverebbe proprio al centro dell’agorà, cioè della piazza centrale di Atene. In quella costruzione, in una delle otto celle lo scomodo filosofo greco attese il giudizio, formulato dopo un lungo tempo. Dal luogo stesso in cui pulsava la vita di Atene, Socrate non volle uscire, anche se l’occasione gli fosse stata offerta perché egli stesso dice di “aver ritenuto più giusto e più bello, invece di darsela a gambe, pagare alla sua città la pena, qualunque essa sia, che ella imponeva”. Il ritrovamento di otto celle non troppo anguste ha suscitato qualche perplessità, perlomeno il dubbio che questo esiguo numero di locali rappresentasse l’intero edificio carcerario, ma poi si è riflettuto che ai tempi di Socrate non era in uso una lunga detenzione. Chi veniva ristretto era soltanto in attesa di giudizio o era detenuto per un breve periodo di pena inflitta per non aver soddisfatto qualche ammenda. Una conferma della recente scoperta potrebbe essere desunta dal racconto dell’ultima giornata di Socrate che Fedone fa a Echècrate, filosofo pitagorico. Egli afferma infatti che lui stesso e gli altri amici si erano radunati per tempo” in quel tribunale dove appunto s’era svolta la causa, che era vicino alla prigione”. E il tribunale è quasi certo che si trovasse nell’agorà. Gli Undici, i magistrati ateniesi che avevano la gestione del carcere pubblico che era interamente sotto la loro giurisdizione e a cui spettava anche di portare l’accusato sotto processo, avevano atteso il ritorno della nave sacra inviata a Delo per le feste Delie e poiché nessuna condanna poteva essere eseguita prima del ritorno della nave, stavano intanto dando “gli ordini opportuni” perché era stato deciso che Socrate doveva morire. Là, in una di quelle otto celle, che l’archeologo americano ha recuperato alla storia, Socrate dava ai suoi discepoli gli ultimi insegnamenti, pensava alle piccole cose pratiche, si preoccupava di fare un bagno perché alle donne fosse risparmiato di lavare il suo cadavere togliendole dalla loro incombenza. Al morire del sole le ore

erano passate nella prigione d'Atene, il giorno stava illanguidendo e nella cella entrò il messo degli Undici, un "demosios" o schiavo pubblico, che per un cittadino normale sarebbe stato un compito infamante porgere la tazza, e Socrate, veduto colui" – bene – disse, brav'uomo, tu che di queste cose te n'intendi, che si deve fare?" "Nient'altro, rispose, che, dopo bevuto, andare un po' attorno per la stanza finché tu non senta peso alle gambe e dopo rimanere sdraiato e così il farmaco opererà da sé." Chissà se la cicuta non fosse contenuta già in una di quelle tredici bottiglie di ceramica e vetro che l'archeologo americano ha ritrovato nei locali e che gli sono apparse come la prova più importante per sostenere la sua tesi circa l'identificazione delle carceri in Atene. Tutti i condannati a morte cercavano sempre di ritardare il momento d'accostare la fatale tazza alle labbra e magari prima volevano bere e mangiare a sazietà aspettando le tenebre. Socrate dice che credono "d'aver qualcosa da guadagnare facendo in codesto modo "ma il filosofo sa bene di non avere niente da guadagnare risolvendosi di bere il veleno un po' più tardi e non intende rendersi ridicolo a se stesso "attaccandosi alla vita e facendone risparmio quando non c'è più niente da risparmiare". L'uomo che aveva accettato le leggi della sua Città era ormai quasi completamente freddo; il ghiaccio mortale saliva ad invaderlo e per l'ultima volta gli amici udirono la sua voce: "O Critone - disse- dobbiamo un gallo ad Asclepio: dateglielo e non ve ne dimenticate". L'offerta di un gallo era il ringraziamento tradizionale di chi guariva da una malattia al dio della medicina, Asclepio.

Cosa intendeva dire Socrate con le sue ultime parole? Che la vita è una malattia da cui ci si guarisce con la morte? Il dono del gallo fa riferimento ad un contesto religioso: possiamo interpretare la disposizione di Socrate come un ringraziamento per la guarigione dalla vita solo se disconosciamo il senso filosofico della sua morte. Altrimenti, la soluzione dell'enigma è molto semplice: la parte migliore di Socrate non è morta ma continua a vivere; per aver assistito Socrate e i suoi amici nella prova il dio della medicina merita un ringraziamento. Fedone ed Echecrate appassionati di filosofia sembrano però non avere dubbi: "Questa, Echecrate, fu la fine dell'amico nostro, un uomo, noi possiamo dirlo, di quelli che allora noi conoscevamo il migliore; e senza paragone il più intelligente e il più giusto". Concluderei che Platone ha organizzato il suo testo in modo tale che il lettore non riceva altra risposta se non quella che riesce a trovare da sé.

Ed infine per il lettore curioso ed interessato al *Conium maculatum*, dal nome volgare Cicuta maggiore, una nota di Botanica farmaceutica. Pianta erbacea dal fusto eretto, cilindrico, ramoso, alto 1-2 metri. Fiorisce in giugno-luglio. Le proprietà tossiche e medicamentose della cicuta sono conosciute dai tempi più antichi. Contiene cinque alcaloidi e di questi la coniina è l'alcaloide più attivo e svolge un'azione curarica paralizzando le terminazioni dei nervi motori e successivamente i centri midollari.

Le proprietà medicamentose della Cicuta maggiore sono state considerate nei tempi passati utili in moltissime malattie. È stata consigliata nelle nevralgie, tetano, epilessia, corea, tossi convulsive, spermatorrea, ninfomania e per attenuare i dolori del cancro. Per via esterna, prescritta sotto forma di pomata nelle adeniti cervicali, erisipela, ulcere sifilitiche. È scritto che presenta odore sgradevole e nauseabondo simile all'urina di gatto soprattutto quando viene spezzata.

Recensioni

Ottocento.

L'arte dell'Italia tra Hayez e Segantini

Ancora una volta i Musei San Domenico di Forlì ci coinvolgono con una mostra importante che, con un taglio inusuale, spazia a tutto campo nell'arte italiana del ventesimo secolo.

Questo transito dall'arte d'impronta prettamente mazziniana e risorgimentale a quella modernista e futurista a cavallo dell'800 e '900 si dipana dai primi decenni dell'Italia unitaria a quelli della Grande Guerra, ponendoci di fronte ad un'evoluzione artistica decisamente tumultuosa.

In questi fatidici sessant'anni il Romanticismo si evolve progressivamente nel Purismo, nel Realismo, nell'Ecclettismo storicista ed approda successivamente nel Simbolismo, nel Neorinascimento e nel Divisionismo, ponendoci dinnanzi ad aspetti polimorfi e, talora inattesi, dell'espressività artistica del nostro Paese.

La progressiva evoluzione del sentimento nazionale italiano, conseguente all'unificazione delle differenti peculiarità territoriali e tradizionali, viene rimarcata attraverso le più impattanti arti espressive, la pittura e la scultura e ci consente di comprendere come l'arte sia stata, in quei decenni, forse il principale strumento di creazione del consenso e della identità nazionale.

Hayez e Segantini costituiscono, non solo nella intitolazione della rassegna, l'alfa e l'omega di questa evoluzione, talora tumultuosa e sempre coinvolgente, di un percorso espressivo ed identitario.

Il primo rappresenta il segnacolo della nascita della pittura storica, il vero pittore della nazione, di impronta classicheggiante, egli è l'ultimo dei romantici, capace di elaborare una produzione figurativa a partire dai canoni cinque-seicenteschi, riferentesi alle memorie storiche ed epiche antiche. Segantini, invece, interviene attivamente nello sviluppo pittorico italiano interpretando gli scenari epici della natura alpestre, in una personalissima ricerca della modernità e del divisionismo.

La mostra forlivese propone un approccio all'ottocento italiano condotto con un taglio prevalentemente orizzontale, in contrasto alle più usuali e recenti tendenze verticali, coinvolgendo i visitatori



Francesco Hayez, *Ruth*, 1853, olio su tela, 137x100. Bologna, Collezioni Comunali d'Arte



Vittorio Corcos, *In lettura sul mare*, 1910, olio su tela, cm 130x228, collezione privata.



Michele Cammarano, *Breccia a Porta Pia*, 1871, cm. 290x467, olio su tela, Museo di Capodimonte

Giovanni Fattori, *Lo staffato*, 1880 circa, olio su tela, cm. 90x130, Galleria d'arte Moderna Firenze



con repentine variazioni di registro fra una sezione e l'altra, inducendo risposte emozionali di efficace intensità.

Come già accennato, l'incipit dell'esposizione è affidato a Francesco Hayez, forse il maggiore rappresentante pittorico del romanticismo, che accoglie lo spettatore con nudi e rappresentazioni storiche, con grandi quadri di sicuro effetto scenico.

Nel suo solco si inseriscono le opere di Michele Rapisardi, Cesare Maccari, Amos Cassioli e Giovanni Muzzioli, ricche di atmosfere e di soggetti epici e storicamente coinvolgenti, lentamente evolventisi verso le tematiche del naturalismo.

La terza sezione è dedicata alla ritrattistica relativa ai personaggi dell'arte, della cultura e della politica del tempo; decisamente incisivi sono: "Cavour" di Hayez, "Garibaldi" di Corcos, "Puccini" di De Servi e "D'Annunzio" di Michetti, tutti di efficace presa sullo spettatore e di evidente attualità descrittiva.

La cosiddetta "Pittura in presa diretta" riempie la quarta sezione, dedicata a soggetti di stampo militare e guerresco e prodotta da artisti che, per potere descrivere più accuratamente le proprie tematiche belliche, si recavano personalmente sui campi di battaglia.

Così Gerolamo Induno, Napoleone Nani, Michele Cammarano e Giovanni Fattori ci propongono episodi guerreschi ed eroici di efficace realismo, tali da porre in evidenza il coinvolgimento degli italiani nel Risorgimento, interpretato come una vera guerra di popolo.

Il primo impatto con questa sezione viene offerto dal drammatico e realista "Lo staffato", di G. Fattori, in cui movimento e violenza sono le principali cifre dominanti ed il pathos di quel corpo trascinato dal cavallo nella polvere non



Giovanni Segantini, *Alla stanga*, 1885-1886, olio su tela. Roma, Galleria Nazionale d'Arte Moderna e Contemporanea

può non colpire chi si avvicina al dipinto.

La denuncia sociale caratterizza la quinta sezione della mostra, in cui la rappresentazione delle precarie e faticose condizioni di lavoro ottocentesche permea ogni rappresentazione pittorica.

Su tutti emergono i dipinti di Fattori, di Signorini, di Tomaselli e di Tommasi, con *“L'alzaia”*, *“I carusi”* e *“Gli emigranti”* a rimarcare situazioni e personaggi di drammatica incisività.

La sezione successiva è dedicata al paesaggio italico, con dipinti a rappresentare il realismo-postromantico (Nino Costa), la pittura di macchia di Telemaco Signorini, il divisionismo di Giuseppe Pelizza da Volpedo e Giovanni Signorini, tutti con opere di impatto emotivo notevole e che facilmente inducono a trasformare in astrazione l'ambiente esterno circostante.

La settima sezione ci fa entrare ed immergere nel bel mondo e nella società borghese ed alta, ben lontano dalla disperazione e dalle fame che attanaglia le povere classi sociali.

Federico Zandomenighi, Giuseppe De Nittis,

Vittorio Maria Corcos, Michele Tedesco, Ettore Tito e Silvestro Lega ci offrono una panoramica incisiva ed efficace della buona società, dei suoi passatempi e dei suoi svaghi, ricca di influssi parigini e mondani, ma non scevra di accenti intimistici e famigliari.

Nella esposizione forlivese un ruolo a parte, forse non organico al rimanente contesto, è gioca-

Angiolo Tommasi, *Gli emigranti*, 1896, cm. 262x433, olio su tela





Giuseppe Pelizza Da Volpedo, Lo specchio della vita (E ciò che l'una fa, e le altre fanno), 1895-1898, olio su pannello, olio su tela, cm. 132×288. Torino, Galleria d'Arte Moderna

to da un sunto Della Esposizione del Ritratto Italiano allestita nel 1911 a Firenze per il cinquantesimo anniversario della Unità d'Italia.

L'intento di fornire un supporto quasi fotografico dei volti degli italiani, con la propria identità e caratteristiche, con lo spirito identitario e campanilistico, pure offrendo ritratti di autori di alto profilo, come Guido Reni, Luigi Crespi, Umberto Boccioni, pare rappresentare un unicum separato dal contesto espositivo.

L'ultima sezione, già orientata agli autori dell'incipiente novecento, è incentrata sulle opere di Giuseppe Pelizza da Volpedo, Giovanni Segantini e Francesco Paolo Michetti, che esaltano la propria caratteristica divisionista, fornendo una base di partenza alle correnti artistiche peculiari del nuovo secolo.

In conclusione, la mostra "Ottocento" di Forlì costituisce una disamina ricca e ben documentata della produzione pittorica nazionale del diciannovesimo secolo, della sua evoluzione e degli autori che hanno così efficacemente contribuito a fare nascere e sviluppare il sentimento artistico identitario e patriottico italiano, cooperando efficacemente alla formazione culturale italiana.

Maurizio Della Marchina

Semiseria... mente



di Saverino La Placa

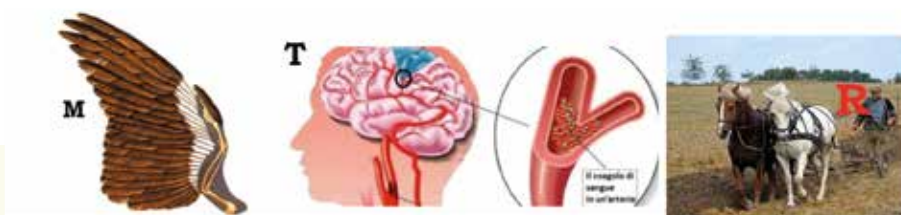
Indovinello

“La sua vita può durare qualche ora, quello che produce la divora. Sottile e veloce, grossa e lenta e il vento molto la spaventa. Cos'è?”

Gioco con numeri

In una scatola contenente 154 palline, ci sono 3 palline bianche meno di quelle rosse, ma 5 palline bianche più di quelle verdi. Se tutte le palline sono rosse, bianche e verdi, quante palline rosse ci sono?

Rebus (8,4)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

Soluzioni dei giochi del numero precedente:

Spiegazione dell'indovinello: **50%.**

Spiegazione del rebus: **“M” “EDICOLA” “CONI” “CO”**
(Medico laconico)

1	x	9	x	3	=27
+		+		+	
4	+	6	+	7	=17
+		+		x	
2	x	8	x	5	=80
= 7	=23	=50			

Spiegazione del gioco con numeri:

Pillole e cavilli

La medicina, il diritto e il suo rovescio



di Mario Bartolomei

Con parole im-precise.
La lingua professionale
e la crisi di fiducia.

A inizio anno Maurizio Grossi ci ha raccontato della Raccomandazione n. 18 del Ministero della Salute, per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (il Notiziario n° 1/2019, Editoriale). Le indicazioni per una buona comunicazione professionale sono le seguenti: «“standardizzare” gli acronimi e le abbreviazioni»; «semplificare e utilizzare termini in italiano, specialmente quando la comunicazione è diretta ai pazienti»; dire «sempre le cose giuste e nel modo più semplice possibile».

Il rischio di un utilizzo improprio di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli è soprattutto quello di minare il rapporto di fiducia che sta alla base di ogni sistema di cura. Giova però ricordare che l'arte di parlare chiaro alimenta anche la fiducia reciproca, il senso delle istituzioni e la convivenza democratica. Sfortunatamente, a non essere chiari sono in primo luogo i politici, le pubbliche amministrazioni, i giudici e gli stessi avvocati a cui ci rivolgiamo per chiedere tutela.

La lingua del diritto, normalmente, non soffre di parole raccorciate, mutilate, abboracciate, magari fuse insieme, e di simboli. Al contrario, come sottolinea lo scrittore Gianrico Carofiglio, in un saggio agile e generoso di esempi, anche molto divertenti, la lingua del diritto è spesso vittima di frasi chilometriche e labirintiche, in cui imperversano il *latinorum*, frequenti arcaismi, espressioni di incerto significato e improbabili neologismi. Ne sono testimonianza: “*legitimatío ad causam*”, “eziandio” e “l'onde”, “denegata ipotesi”, “codicisticamente” e “decadenziale”. Fa talvolta capolino qualche sigla, come “ss.mm.ii.” (successive modifiche e integrazioni, dove il raddoppiamento delle tre lettere

suggerisce il plurale).

L'imprecisione regna sovrana: nel diritto e nella burocrazia prevalentemente per sovrabbondanza, nella medicina per difetto. In entrambi i casi, gli pseudo-tecnicismi – cioè parole dall'aspetto specialistico, utilizzate per pigrizia o per dare al testo una patina di formalità, se non di solennità – creano enormi barriere comunicative. Se ne ottiene una *non-lingua*, oscura, appannaggio di una classe "sacerdotale" che si autoproclama custode di certi saperi. Tuttavia, capita pure che l'utilizzo della *non-lingua* sia motivata dal narcisismo, altre volte ancora dall'ignoranza di quello di cui si sta parlando.

Il problema della corretta redazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria dei pazienti non è solo questione attinente all'esercizio di un potere, al narcisismo o all'ignoranza. Comporta anche conseguenze giuridiche, sul piano civile e penale, e persino conseguenze in tema di *privacy* dei pazienti, che vantano il diritto di accesso ai propri dati personali in forma leggibile e intelligibile, come affermato da un'ormai datata decisione del Garante per la protezione dei dati personali.

È necessario puntare alla concretezza e all'essenzialità lessicale, alla semplicità sintattica e alla chiarezza grafica. È di fondamentale importanza che il linguaggio della medicina e del diritto – come del resto qualsiasi linguaggio – non rinneghino la loro stessa essenza, quella di comunicare, e non abdichino alla propria funzione, quella di tracciare limiti e, conseguentemente, percorsi di ragionamento. In fondo, i limiti non esistono se non quando siano chiari.

Non resta che concludere, per restare in tema, con un KISS: "keep it simple, stupid"!

Per approfondire.

Carofiglio G., *Con parole precise. Breviario di scrittura civile*, Laterza, 2015.

Garante per la protezione dei dati personali, *Diritto di accesso - Accesso a dati incomprensibili per la grafia o per l'uso di codici - 26 marzo 2001 [41910]*.

Ministero della Salute, *Raccomandazione n. 18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli*, 13 dicembre 2018 (reperibile sul sito internet: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2802_allegato.pdf).

Servizio Organizzazione e formazione manageriale, *Comunicare con chiarezza. Materiali di approfondimento*, Università degli Studi di Padova, ottobre 2007-marzo2008, (reperibile sul sito internet: http://www.matteoviale.it/biblioteche/approfondimenti/dispensa_dettagliata.pdf).

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

CONVEGNO "SOS DOLORE, SOS TRAUMA"

26 settembre 2019 presso Tiss'You Care Clinic di Domagnano di San Marino
Segreteria Organizzativa: Tiss'You Care Clinic
Mail: info@tissyoucare.it
Tel. 0549 963613

60° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA

2-5 ottobre 2019 Palacongressi di Rimini
Segreteria Organizzativa: Aristeia
Mail: biasetti@aristeia.com
Tel. 010 553591

56° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA REUMATOLOGIA

27-30 novembre 2019 Palacongressi di Rimini
Segreteria Organizzativa: AIM Group International
Mail: sir2019.reg@aimgoup.eu
Tel. 02 56601365

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

Master in medicina geriatrica



Negli ultimi 100 anni si è assistito, in tutti i Paesi Occidentali, a un aumento progressivo della popolazione anziana. In Italia vi sono più di **13 milioni di anziani** (>21% della popolazione); di questi, più di 2 milioni sono non-auto sufficienti, mentre più di 200.000 sono residenti presso strutture. Per tale motivo la medicina geriatrica ha assunto un ruolo centrale nella cura e nella gestione dei pazienti anziani e ha sviluppato una metodologia di lavoro specifica. Il paziente anziano ha infatti particolari caratteristiche che lo distinguono dall'adulto. Queste caratteristiche richiedono una particolare preparazione da parte di tutti i medici che quotidianamente operano con gli anziani: nei reparti ospedalieri e negli ambulatori di Geriatria e Medicina Interna, ma anche nelle strutture e servizi territoriali come le lungodegenze, le residenze sanitarie assistite (RSA), le case protette e, ovviamente, gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale.

Prof. Giovanni Zuliani – Università di Ferrara – Direttore del Master

L'Università di S. Marino e **l'Università di Ferrara** in collaborazione con **l'Associazione Samarinese di Gerontologia e Geriatria**, ha istituito a partire dal 2012 un **Master di 2° livello in Medicina Geriatrica** riconosciuto in Italia e rilascia **60 crediti formativi universitari** (cfu).

L'obiettivo del Master è quello di fornire una formazione specialistica di base nel campo della medicina geriatrica, della metodologia, delle patologie correlate all'invecchiamento, del loro inquadramento e trattamento, in linea con quelle fornite in ambito universitario, nei Paesi più avanzati in questo campo.

Giunti ormai all'ottava edizione, con più di 100 diplomati, possiamo affermare che il Master in Medicina Geriatrica è stato accolto con grande entusiasmo dai numerosi partecipanti provenienti da tutta Italia e dall'estero. **Ad oggi esso rimane l'unica iniziativa di questo tipo nel nostro Paese.** Destinatari Laureati in Medicina e Chirurgia, Psicologia e Scienze Infermieristiche con diploma Magistrale. Il Master in Medicina Geriatrica ha avuto, nel 2015, il patrocinio ufficiale della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) oltre che della IAGG –European Region.

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

Università Degli Studi Della Repubblica Di San Marino Università Degli Studi Di Ferrara

In collaborazione con Associazione Sammarinese Di Gerontologia E Geriatria

Con il patrocinio di SOCIETA' Italiana Di Gerontologia E Geriatria

IAGG International Association Of Gerontology And Geriatrics – European Region

MASTER IN MEDICINA GERIATRICA

Direttore del Master: *Giovanni Zuliani* - Coordinatore della Didattica: *Giancarlo Ghironzi* - Tutor della

Didattica Applicata: *Carlo Renzini*

Anno Accademico 2019/2020 10 / 11 gennaio 2020

Inaugurazione 7° edizione del Master e consegna diplomi agli allievi della 6° edizione del Master
Biogerontologia / Cure Primarie in Geriatria / Introduzione alla Psicogeriatria

7/8 febbraio 2020

Malnutrizione e Disidratazione / Sarcopenia / Valutazione Multidimensionale Attivazione e Reattivazione funzionale / interventi Psicosociali

6/7 marzo 2020

Aging cerebrale. Demenze, Delirium, Depressione (le tre D)

10/11 aprile 2020

Sistema cardiovascolare, principali patologie cardiovascolari / Endocrinologia Geriatrica
S. da Fragilità, Disabilità / S. Allettamento e Riabilitazione / Sarcopenia e Fragilità

8/9 maggio 2020

Artrosi / Osteoporosi / Cadute
Orto geriatria, Turbe dell'andatura, Dizziness / Prevenzione e Terapia delle lesioni da decubito

12/13 giugno 2020

Interventi Psicosociali diretti al Caregiver e Interventi diretti al sistema di cura / Supporto degli operatori
Aging apparato digerente e Stipsi/Diarrea / Incontinenza urinaria e fecale / Aging apparato respiratorio

11/11 settembre 2020

Sincope e perdite di coscienza / Oncogeriatrics / Ematologia Tecniche di comunicazione efficace in Medicina

9/10 ottobre 2020

Farmacologia nell'anziano / Contenzione e Maltrattamento degli Anziani / Cure di fine vita e Terapia del dolore Cure degli Anziani con demenza nei servizi / Piano assistenziale

6/7 novembre 2020

Le infezioni correlate all'assistenza ed antibiotico resistenza nelle strutture residenziali per Anziani / Panificazione della cura nella demenza avanzata / Sindromi extrapiramidali

11/12 dicembre 2020

Aging apparato genitourinario; Principali patologie urologiche / UVG e Rete dei Servizi in Geriatria / Choosing Wisely ad appropriatezza Presentazione e discussione tesi

Sede delle lezioni: Aula didattica c/o Dipartimento di Economia, Scienze e Diritto - WTC,

Via Consiglio dei Sessanta – Dogana di San Marino - Torre B - 3° Piano

Orari: Venerdì 9.00/13.00 – 14.00/19.00 – Sabato 8.00/13.00

Per info: ASGG – Associazione Sammarinese di Gerontologia e Geriatria www.asgg.sm

Ricordando i colleghi



Pietro Bevilacqua,
per tutti Piero.

(26 giugno 1941 - 5 aprile 2019)

Il dott Piero Bevilacqua è deceduto improvvisamente nella notte all'età di 77 anni, eterno ragazzo, era nato a Lunano (Ps) il 26/06/1941, figlio di del medico condotto di Gradara. Laureato a Perugia 14/11/1968, specializzato in Gastroenterologia nel 1970, in Malattie Cardiovascolari e Reumatiche nel 1974 ed Igiene e Medicina Preventiva nel 1978.

Lo conobbi quando presi servizio in Medicina Interna all'ospedale di Riccione nel lontano 1984, a quei tempi c'era solo un Servizio di Cardiologia e lui era uno dei due medici cardiologi, fu un fratellone anziano, non solo cardiologo, ma medico completo.

Quando nacque la Divisione di Cardiologia, si dedicò alla Patologia Vascolare, con l'istituzione del Servizio Doppler della Divisione di Medicina Interna, di cui fu primario per circa un anno. Della Sua Direzione ricordo l'equilibrio, la competenza e la frase: "Ragazzi non litigate per lavorare", che non voleva dire lavorate poco, ma andate d'accordo, moderatevi, stemperate i vostri ardori.

In seguito si dedicò alla libera professione.

Le sue grandi passioni furono la caccia e naturalmente i cani e i fucili, finché potette guidare, non mancò nel suo garage una Porsche 911 e una Panda 4x4 dedicata alle escursioni venatorie.

Medico arguto ed uomo ben voluto da tutti, persona affabile ed allegra, estimatore delle cose belle, del buon cibo di una saggezza pratica.

Negli ultimi anni è stato afflitto da un deficit del visus, che ha affrontato con grande forza d'animo, malgrado un recente intervento e i vari problemi di salute che avrebbero avvilto chiunque, quando ci sentimmo anche pochi giorni prima dell'improvvisa morte, lo sentii sorridente e fiducioso.

Emilio Rastelli

Spazio Ammi

Ottocento.

L'arte dell'Italia tra Hayez e Segantini



Giovanni Segantini, *Le due madri*, 1889, cm 157 x 280. Milano, Galleria d'Arte Moderna

È ormai un appuntamento atteso e gradito quello che ogni anno porta le Ammine di Rimini in visita alla Mostra di Forlì: da tempo infatti abbiamo capito e apprezzato il valore delle iniziative della Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì allestite nei Musei di San Domenico, prezioso recupero perfettamente adatto a contenere i tesori che negli anni si sono avvicendati.

E così nel tempo abbiamo potuto conoscere Cagnacci e Caravaggio, Canova, Melozzo da Forlì e Silvestro Lega, Wildt, l'Arte Liberty e l'Art Deco, l'arte tra le due guerre... attraverso esposizioni puntuali e coinvolgenti, sempre interessanti per il taglio non spocchioso o riservato a pochi in-

tenditori, ma invece accattivante e didattico nel senso più nobile della parola.

Sono i principali ingredienti del successo di tali iniziative che portano Forlì alla ribalta mondiale (addirittura!) visto che l'esposizione dello scorso anno, "L'eterno e il tempo tra Michelangelo e Caravaggio", è stata premiata quest'anno a New York con il Global Fine Art, una specie di Oscar mondiale delle mostre, sbaragliando concorrenti come il MoMa di New York o Palazzo Pitti.

Quest'anno è stato il momento di una mostra dedicata all'arte del nostro paese fra Hayez e Segantini, cioè, in altre parole, fra classicismo e

innovazione, fra le solide radici legate al passato e l'ansia e la scoperta di nuovi linguaggi figurativi cui alcuni artisti hanno saputo guardare, osando strade inconsuete.

E' stato emozionante ripercorrere le sale a fianco delle grandi tele (spesso presentate e premiate alle Esposizioni della fine dell'Ottocento) che mostrano come si sia trasformato il senso della storia: dal patriottismo identitario dei temi legati al Medioevo, considerato la culla della nostra identità nazionale, alle tematiche relative alle battaglie risorgimentali cui spesso gli artisti prendevano parte, con la loro arte se non imbracciando propriamente le armi.

"Fatta l'Italia, bisogna fare gli italiani" sentenziava D'Azeglio: ed è quello che i pittori e gli artisti cercarono di fare raccontando con i diversi linguaggi e i diversi temi delle loro provenienze (dai pittori lombardi ai Macchiaioli ai pittori della scuola di Posillipo) l'Italia com'era, ritrovando quella verità, quel senso del reale che in tutta Europa faceva riscoprire la luce e i suoi infiniti giochi, il sentimento e gli affetti, il paesaggio in tutte le sue sfaccettature (la campagna e i pascoli di Segantini, ma anche la città con le sue miserie e povertà), la vita quotidiana con i suoi drammi e la sua solennità. La mostra si conclude con "Le due madri" di Segantini: spesso a Forlì l'ultima sala diventa quasi emblematica di ciò che l'esposizione ha voluto sottolineare. E la solennità classica ed equilibrata della composizione, i quieti e sicuri affetti che circolano fra le figure, il paragone simbolico fra l'abbraccio della madre e l'arcadica lentezza dell'animale, la lucerna posta al centro dell'opera (elemento realistico e simbolico al tempo stesso), i filamenti cromatici che portano Segantini ad allontanarsi dall'accademismo e a segnalare nuovi approcci formali e nuove tecniche compositive... costituiscono proprio la sintesi del percorso, mostrandoci quanto i pittori italiani siano legati a quel senso della misura e del ritmo che provengono da atavici legami con la storia passata del nostro paese, quanto sappiano intraprendere nuove strade, originali anche rispetto alle coeve esperienze europee e quanto, in conclusione, l'apporto che la nostra cultura figurativa ha saputo offrire all'Europa sia da apprezzare, stimare e far conoscere.



Spazio FederSpev

ERRATA CORRIGE articolo rubrica FEDER.S.P.eV.

La FEDER.S.P.e V. Sezione provinciale di Rimini comunica che nel precedente articolo apparso su Il Notiziario 2/2019 per un mero refuso dattilografico è stato pubblicato un indirizzo errato e più precisamente il ricorso relativo all'azione legale promossa da FEDER.S.P.eV. contro i tagli delle pensioni superiori a 100mila euro lordi va anch'esso inoltrato alla Corte dei Conti (Sezioni Regionali) e non al Pretore del Lavoro come erroneamente pubblicato.

Ci scusiamo per il refuso dattilografico.

Variazioni agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 13 MAGGIO 2019

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BARBIERI Maurizio

dott. RENZI Antonio

dott. TORDI Dario

trasferimento da Pesaro-Urbino

trasferimento da Pesaro-Urbino

trasferimento da Reggio-Emilia

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BARBIERI Maurizio

dott.ssa DAVIDHI Gilda

dott. FERRARINI Jacopo

dott. MARGARITA Fabio

dott. RENZI Antonio

trasferimento da Pesaro-Urbino

trasferimento da Forlì-Cesena

trasferimento da Pesaro-Urbino

trasferimento da Roma

trasferimento da Pesaro-Urbino

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa CAMPANA Roberta

dott. MURATORI Primo

trasferimento a Ferrara

decesso (23/04/2019)

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BAFFONE Davide

dott. CARLINI Andrea

dott. GALVANI Gianluca

dott. MURATORI Primo

trasferimento a Forlì Cesena

trasferimento a Pesaro Urbino

trasferimento a Varese

decesso (23/04/2019)

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

Dott. PERCHINUNNO Matteo

trasferimento a Ravenna

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott. BARBIERI Matteo

dott.ssa MAZZONI Annalisa

trasferimento a Forlì Cesena

trasferimento a Bologna

Variazione nome e Codice Fiscale:

dott.ssa RUSSO Anna

di Rimini

(da Russo Anna Maria Letizia a Russo Anna,

codice fiscale da RSSNMR54E60B180Z a RSSNNA54E60B180K)

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 24 GIUGNO 2019

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BITONDO Maria Maddalena

dott. DI STEFANO Nicola

dott. GASPARRE Giuseppe

dott.ssa VANDI Giuliana

per trasferimento da Matera

per trasferimento da Chieti

per trasferimento da Bologna

per trasferimento da Forlì - Cesena

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. PERCHINUNNO Matteo

dott. BEVILACQUA Pietro

per trasferimento a Ravenna

decesso (05.04.2019)

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BARBIERI Matteo

dott.ssa MAZZONI Annalisa

per trasferimento a Forlì Cesena

per trasferimento a Bologna

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa AMADORI Niki

dott. ARGENTIERI Cosimo

dott.ssa CONTI Elisa

per trasferimento a Modena

per trasferimento a Ravenna

per trasferimento a Modena

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott. GABRIELLI Fabrizio

dott.ssa LATTANZI Giulia

dott. MUCCINI Maurizio

per trasferimento a Pesaro Urbino

per trasferimento a Forlì Cesena

per trasferimento a Pesaro Urbino

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2033 – Albo Odontoiatri nr. 391 – Elenco Speciale STP nr. 03

Svelato il volto di un Medico del Periodo CARTACEO!

Come tutti sappiamo, nel Periodo CARTACEO, mancava l'integrazione dei sistemi informatici Ospedale-Territorio: le Dimissioni, i Referti del Pronto Soccorso arrivavano al Curante a macchia di leopardo! Nel passaggio a nuovi gestionali, a volte, la storia del paziente si perdeva in parte nell'etere... La Civiltà fu a un passo dalla fine: il Medico del Cartaceo si era incartato!



Doc 2019

