



# Il Notiziario

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

Anno XIII, Numero 3, Luglio - Settembre 2010

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A. – Spedizione in Abbonamento Postale – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 2 – DCB Rimini – Valida dal 05/04/2004 – Aut. del Tribunale di Rimini n. 4/98 del 31 Marzo 1998

Direttore Responsabile: Dott. Giovanni Morolli

Coordinatore della Redazione: Dott. Maurizio Della Marchina

Segretaria di Redazione: Valentina Aureli

Comitato di Redazione: Dott. Sergio Arlotti, Dott. Melchisede Bartolomei, Dott. Girolamo Buono, Dott. Giovanni Cananzi, Dott.ssa Antonella Chiadini, Dott. Stefano De Carolis, Dott. Mauro Giovanardi, Dott. Sergio Grassia, Dott. Saverino La Placa, Dott. Franco Mandolesi, Dott. Giuseppe Raco, Dott. Emilio Rastelli.

Stampa: Tipolito Tuttostampa di Giusti e Teodorani Stefano – Rimini

## sommario

### EDITORIALE

- Medici e professioni sanitarie

### VITA DELL'ORDINE

- Variazioni agli albi  
- Convocazione Assemblea Ordinaria

### SANITÀ LOCALE

- Medici e comunicazione

### RUBRICA LEGALE

- Referti on line: le garanzie per i pazienti

### CRONACA ED ATTUALITÀ

- Raccomandazioni e implementazione delle nuove linee guida per lo screening e la diagnosi del diabete gestionale (GDM)  
- La storia di un valore  
- Un pò di coraggio  
- Il tormentone  
- Scusate lo sconforto

### RECENSIONI

- Caravaggio  
- Parigi gli anni meravigliosi

### CORSI, CONVEGNI CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI



Il medico, quando giovane, usa venti medicine per malattia, quando anziano, una medicina per venti malattie.

Sir William Osler

## MEDICI E PROFESSIONI SANITARIE

Ventidue nuove professioni sanitarie, ognuna con un'autonomia che scaturisce dal possesso di uno specifico profilo. E, dall'altra parte, l'attività medica, che si contraddistingue per quella competenza esclusiva di formulare diagnosi, prescrivere ed eseguire trattamenti che, nella moderna complessità dei processi clinico-assistenziali, legittima, garantisce, armonizza e governa ogni altro atto sanitario ancorché autonomo.

Come trovare - nell'interesse del paziente - un punto di equilibrio tra il riconoscimento delle competenze da attribuire alle nuove professioni sanitarie e la garanzia delle competenze che devono, in quanto atti fondanti della professione, rimanere di esclusivo ambito medico?

Venerdì 14 maggio, presso l'Hotel Le Meridien di Rimini, nell'ambito del Convegno Nazionale della FNOMCEO "Medici e Professioni Sanitarie: quali autonomie, quali responsabilità?" si è discusso di questi argomenti così attuali e delicati, che coinvolgono tanto profondamente la Professione

Oltre ai rappresentanti della FNOMCeO, dei principali Sindacati Medici, delle Professioni Sanitarie (Infermieri, Ostetriche, Psicologi, Fisioterapisti), a Rimini hanno relazionato Giuristi, Sociologi, Epidemiologi, Bioeticisti, responsabili del Ministero della Salute, dell'Agenas, delle ASL.

L'evento è stato organizzato dagli Ordini di Rimini, di Forlì - Cesena e di Ravenna, che, per l'occasione, hanno per la prima volta unito le loro forze. Si è parlato di professioni sanitarie e di professionisti, intesi come esperti specificamente formati ed addestrati in una determinata disciplina, deputati a svolgere un ruolo specialistico nell'interesse della società.

L'aumento delle conoscenze e la crescita delle opportunità offerte dalla tecnologia hanno reso inevitabile una organizzazione del lavoro in Sanità basata sulla "divisione delle competenze" tra le diverse figure professionali.

E' quindi ineluttabile un sempre maggior confronto e relazione tra la professione medica e le altre professioni sanitarie.

Questo confronto non deve essere visto e vissuto come un problema ma come una opportunità.

Sono in corso dinamiche evolutive in Sanità e nelle organizzazioni sanitarie che comportano la necessità di definire i RUOLI PROFESSIONALI dei vari operatori, stabilendo ove possibile le relative funzioni al fine di evitare sovrapposizioni e conflitti.

Un rischio che in medicina e sanità va evitato è proprio l'ambiguità del ruolo.

Oggi a fronte del processo di diversificazione dei ruoli professionali sanitari cresce la probabilità del conflitto inter - ruolo.

Pertanto tale diversificazione dei ruoli va in qualche modo governata, partendo anche dai rispettivi programmi formativi.

Ogni professione sanitaria ha una propria AUTONOMIA PROFESSIONALE intesa come capacità riconosciuta al professionista di autodeterminarsi secondo le regole della scienza e dell'arte e le specifiche competenze attribuitegli in un dato contesto organizzativo con un comune obiettivo: la salute del cittadino.

La cosa importante, una volta definite le autonomie e le responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari è la integrazione e la collaborazione tra tutti gli attori affinché il cittadino non viva il senso di disagio e confusione davanti ad una molteplicità di ruoli

Però nella verosimile impossibilità di pervenire a una definizione e distinzione giuridica, esaustiva e praticabile, di atto o attività medica e atto o attività sanitaria è tuttavia da perseguire l'obiettivo di riconoscere che l'atto o attività medica si caratterizza e distingue per quella potestà esclusiva e specifica, di formulare diagnosi, prescrivere ed eseguire trattamenti che, nella moderna complessità dei processi clinico-assistenziali legittima sul piano giuridico e garantisce una sintesi tecnico professionale come insostituibile espressione di tutela della salute.

Dal Convegno di Rimini è emerso chiaramente che soltanto il medico è titolare di quella duplice posizione di garanzia verso lo Stato e verso i cittadini a tutela della salute; egli è il protagonista e il primo responsabile delle fasi relazionale, diagnostica e terapeutica su cui si articola la sua attività.

Ogni percorso diagnostico-terapeutico o progetto assistenziale deve avere la figura del medico al centro della equipe per quanto riguarda il processo funzionale, relazionale e curativo.

Come ribadito anche dal Presidente FNOMCeO, dott. Amedeo Bianco, la leadership medica è da considerare come presidio di armonia, coerenza, efficienza e sicurezza, come fattore di sintesi di plurime esperienze e spe-

cializzazioni professionali. Al medico deve essere riconosciuto sul piano dell'autonomia tecnico professionale il ruolo di governo e sintesi del processo clinico assistenziale e nel contempo la piena responsabilità verso il cittadino e lo Stato.

Si è anche detto che gli Ordini Professionali sono i naturali portatori di questi interessi, a loro spetta il compito di vigilare e intervenire su tali processi di cambiamento in Sanità, affinché le innovazioni non si riducano a mere derive efficientistiche che mirano a ridurre i costi impoverendo i servizi di appropriate competenze, esponendo categorie sanitarie su terreni tecnico-professionali non propri, sottraendo ruoli e compiti al medico oltre e contro la sua indiscussa po-

sizione di garanzia e tutela della salute dei cittadini.

In conclusione gli Ordini dei Medici dicono sì alle innovazioni organizzative in Sanità ma nel pieno rispetto delle potestà del Medico.

Ci saranno altre occasioni per continuare la riflessione ed il confronto fuori e dentro le nostre professioni per poter garantire unitarietà ed efficienza dei processi clinico-assistenziali nel rispetto delle autonomie professionali

Quello di Rimini è stato un Convegno ,lasciatemelo dire coraggioso, che per la prima volta ha affrontato un tema delicato ed attuale e che ha permesso al nostro Ordine di essere per una volta al centro del dibattito nazionale.

Maurizio Grossi

3

## Variazioni agli Albi

### **Delibera Consiglio Direttivo seduta del 28 giugno 2010**

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

Dott. ssa SPEAR Sabina  
da ODM Monza Brianza

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:  
Dott. RICCI Clemente

per decesso 27.05.2010

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

Dott. BUONO Francesco di Rimini

**Albo Medici Chirurghi nr. 1678**

**Albo Odontoiatri nr. 335**

### **Delibera Consiglio Direttivo seduta del 21 luglio 2010**

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

Dott. ssa DENICOLO' Agnese  
di Santarcangelo di Romagna

Dott. ssa FRISONI Chiara  
di Misano Adriatico

Dott. ssa MANOLI Aliona di Rimini

Dott. ssa PAZZAGLI Sara di Rimini

Dott. PELLEGRINI Andrea di Rimini

Dott.ssa TADDEI Daniela di San Marino

Nulla osta al trasferimento:

Dott.ssa SIMONI Mimoza di Montegridolfo

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

Dott. ssa CECI Marianna di Pennabilli

**Albo Medici Chirurghi nr. 1684**

**Albo Odontoiatri nr. 336**

# CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA

Caro Collega,  
con la presente ti comunico che venerdì 19 novembre 2010 alle ore 7.00 in prima convocazione, e

**SABATO 20 NOVEMBRE 2010 alle ore 10.00**

in seconda convocazione avrà luogo presso  
la Sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini, Via Flaminia n. 185/b

## L'ASSEMBLEA ORDINARIA

con il seguente Ordine del giorno

Relazione del Presidente;  
Relazione del Tesoriere;  
Bilancio di Previsione 2011;  
Varie ed eventuali.

Tutti gli iscritti sono pregati vivamente di intervenire e, nel caso d'impossibilità a partecipare di persona, li invitiamo a rilasciare delega ai Colleghi, ai sensi dell'art. 24 del Cap. II del DPR 5/4/1950 n. 221.

*Il Presidente*  
*Dott. Maurizio Grossi*

4

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

DELEGA Il Dott. \_\_\_\_\_

a rappresentarlo con piena facoltà di voto nell'Assemblea Ordinaria indetta dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## MEDICI E COMUNICAZIONE

La comunicazione in sanità è il mezzo attraverso cui l'istituzione si rapporta con il cittadino (e viceversa) al punto che le Aziende Sanitarie devono possedere strutture di comunicazione/informazione conformi alla legge 150/2000.

A corrette strategie di comunicazione da parte delle Aziende è affidato il compito di correggere e possibilmente abbattere tutte quelle barriere culturali, economiche, etnico-linguistiche che ostacolano comportamenti consapevoli favorevoli alla salute. Non a caso si parla in questo ambito di strategie perché trattandosi

di comunicazione fra istituzione e collettività prevale una sorta di tecnicismo attraverso cui individuare i canali migliori per raggiungere la più ampia quota possibile di "popolazione bersaglio".

In questo ambito la tendenza è di considerare la comunicazione sempre di più come una risorsa e non come una spesa.

Al di là del livello istituzionale nella percezione comune e, spesso, anche degli stessi operatori la comunicazione in sanità viene comunemente intesa come quella interpersonale del medico con il paziente: in questo

ambito la capacità personale di condurre il colloquio e di stabilire una relazione empatica e di ascolto è in massima parte la dote considerata fondamentale anche se le Aziende stesse, o la Regione nell'ambito degli screening, stanno sempre più puntando sulla educazione alla comunicazione degli operatori sanitari attraverso seminari, documenti, corsi di formazione.

In tutta questa attenzione, assolutamente condivisibile, alla comunicazione fra istituzione e cittadino, fra medico e paziente, rimane a mio parere una zona grigia e non di poco conto: la comunicazione fra medico e medico e in particolare fra medico richiedente/prescrittore (spesso il Medico di Medicina Generale) e medico che esegue la prestazione richiesta (generalmente lo Specialista).

Nel rapporto fra istituzione e cittadino il flusso comunicativo è nella maggior parte dei casi unidirezionale e procede dalla istituzione verso il cittadino senza possibilità di ritorno, al punto che si è dovuto pensare a strutture ad hoc quali le URP per consentire che il cittadino avesse a sua volta un canale istituzione per comunicare con l'Azienda Sanitaria.

La comunicazione fra medici invece, quando svincolata dalla ufficialità e dalla scientificità dei momenti congressuali, gode del privile-

gio di poter essere diretta e paritaria.

Il Quesito Clinico ed il Referto Specialistico rappresentano il veicolo su cui il flusso della comunicazione viaggia in senso bidirezionale. Poiché è in questo flusso che nella maggior parte delle occasioni si sostanzia il rapporto di comunicazione, è di estrema importanza che sia l'uno che l'altro siano chiari, estesi quanto necessario ed esaustivi.

Il quesito clinico è per lo Specialista, in particolare quando viene richiesta una prestazione strumentale, di fondamentale importanza per indirizzare la sua attenzione nella giusta direzione.

Il referto dello specialista, anche in questo caso particolarmente quando si tratta di un referto di una prestazione strumentale deve, nella sua completezza, soffermarsi e rispondere nel modo più esaustivo possibile al quesito posto e contenere comunque una conclusione o un'ipotesi diagnostica.

Credo che nulla sia più frustrante per lo Specialista che vedersi richiedere la prestazione XXXX senza alcuna indicazione e immagino che sia di ben poca utilità per il Curante trovarsi nelle mani un referto genericamente (anche se a volte ampiamente) descrittivo senza alcuna conclusione.

Senza contare che al centro di tutto, come sempre nella nostra professione, vi è l'interesse del paziente.

*Mauro Giovanardi*

---

## REFERTI ON LINE: LE GARANZIE PER I PAZIENTI

Il garante della privacy con la delibera del 19.11.2009 ha introdotto le linee guida sui referti on line. Il paziente ha la facoltà di poter decidere se ricevere o meno la refertazione on line delle indagini diagnostiche e di poter altresì autorizzare l'organismo sanitario a cui si è rivolto a trasmetterle al proprio medico curante.

Il referto medico è cosa del tutto diversa dalla cartella clinica che contiene svariate

informazioni inerenti lo stato di salute di un individuo relative a più eventi clinici presenti e trascorsi, volti a documentarne la storia clinica. Per quanto concerne i referti, è stata concessa all'assistito la possibilità di decidere di volta in volta di ricevere telematicamente gli esiti clinici direttamente attraverso il medico che ha consultato o il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta.

Nell'Azienda USL della Provincia di Rimini è stata scelta la modalità di ricezione attraverso il collegamento al sito internet della struttura sanitaria ove è stata eseguita l'indagine clinica, al fine di effettuare il download del referto.

Va assicurata infine la disponibilità, la gestione, l'accesso, la trasmissione, la conservazione e la fruibilità dell'informazione e della comunicazione nel rispetto del-

la disciplina rilevante in materia di trattamento dei dati personali e in particolare del codice in materia di protezione dei dati personali.

La mancanza di specifiche disposizioni normative in merito a tali modalità di consegna dei referti determina il fatto che tali servizi si devono considerare facoltativi per l'interessato, ovvero offerti con modalità tali da rendere possibile a quest'ultimo di poter scegliere di ritirare il referto cartaceo. La sopracitata Azienda USL di Rimini ha disposto l'obbligo del ritiro del referto cartaceo anche se leggibile e scaricabile on

line.

All'interessato, poi, va concesso il diritto di non comunicare sistematicamente al medico curante tutti i risultati delle indagini cliniche effettuate, lasciandogli la possibilità di scegliere di volta in volta quali referti mettere a disposizione del proprio medico.

Per consentire all'interessato di esprimere scelte consapevoli sul trattamento dei propri dati sanitari, il titolare del trattamento deve preventivamente fornirgli un'idonea informativa sulle caratteristiche del servizio di refertazione on line. Tale

informativa deve essere fornita unitamente a quella del trattamento dei dati personali per finalità di cura, ma distinta da essa e deve essere ben evidente che l'adesione al servizio è facoltativa.

E' altresì concessa all'interessato la possibilità di richiedere alla struttura sanitaria l'archiviazione di tutti i referti effettuati nei laboratori da essa dipendenti. Il suddetto archivio è consultabile on line dall'interessato, il quale può anche effettuare il download dei referti ivi raccolti.

*Sergio Arlotti*

## RACCOMANDAZIONI E IMPLEMENTAZIONE DELLE NUOVE LINEE GUIDA PER LO SCREENING E LA DIAGNOSI DEL DIABETE GESTAZIONALE (GDM)

La Conferenza Nazionale di Consenso per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale, convocata dal Gruppo di Studio "Diabete e Gravidanza" SID-AMD, composta dai delegati di tutte le società scientifiche e professionali e dagli esperti interessati alla cura e allo studio del diabete gestazionale si è riunita a Roma in data 27 marzo 2010.

Sulla scorta delle indicazioni scaturite, anche in ambito di Aria Vasta Romagna si è deciso di adottare dal 03/08/2010 la nuova procedura, che sostituisce il minicarico con 50 grammi di glucosio e il successivo carico orale con 100 grammi per os della curva completa (\*)

Premesso che:

- 1) Lo screening, la diagnosi e il trattamento del diabete gestazionale risultano efficaci in termini di costi-benefici;
- 2) I criteri attualmente in uso per lo screening e la diagnosi del GDM non sono univoci ed i più noti sono stati stabiliti sulla base del rischio di sviluppare diabete dopo il parto nelle donne affette da GDM e non sulla base dell'outcome materno e fetale (\*)
- 3) Lo studio HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome), condotto in cieco su circa 25.000 donne in 15 centri distribuiti nelle varie nazioni del mondo, ha messo in evidenza che vi è una relazione lineare tra i

- livelli di glicemia registrati a digiuno e dopo 1 e 2 ore dal carico orale con 75 grammi di glucosio e l'aumento della frequenza degli outcomes primari e secondari avversi;
- 4) L' "International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups" (IADPSG), nel Giugno 2008 ha organizzato a Pasadena (USA) una "International Workshop Conference on Gestational Diabetes - Diagnosis and Classification" cui hanno partecipato 225 studiosi di 40 paesi che hanno analizzato i risultati dello studio HAPO e di altri studi pubblicati sull'argomento, per stabilire i nuovi criteri di screening e diagnosi del

GDM. Successivamente, il Consensus Panel del IADPSG sulla base dei risultati della Consensus di Pasadena ha pubblicato le nuove proposte in materia di screening e diagnosi di GDM;

- 5) Che i criteri proposti dall'IADPSG risultano condivisi dalla Conferenza Nazionale, che li ha giudicati idonei e applicabili nel nostro territorio nazionale

Sono state formulate le seguenti raccomandazioni:

- A. Diagnosi di Diabete manifesto in gravidanza  
 Glicemia a digiuno (FPG)  $\geq 126$  mg/dl (7,0 mmol/l) 2 riscontri  
 Glicemia Random (RPG)  
 $\square \geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l) da riconfermare con glicemia plasmatica a digiuno ( $\geq 126$  mg/dl)
- 4) Le gestanti con diagnosi di diabete manifesto devono essere prontamente avviate ad un monitoraggio metabolico intensivo, così come raccomandato per il diabete pregestazionale.
- 5) Se il valore della glicemia alla prima visita in gravidanza risulta  $\geq 92$  mg/dl (5,1 mmol/l) e  $< 126$  mg/dl (7,0 mmol/l) si pone diagnosi di Diabete Gestazionale.
- 6) Tutte le gestanti con glicemia a digiuno alla prima visita inferiore a 92 mg/dl e/o senza precedente diagnosi di Diabete manifesto, indipendentemente dalla presenza di eventuali fattori di rischio per diabete gestazionale, devono eseguire un carico orale di glucosio (OGTT) tra la 24 e la 28 settimana di gestazione.

- 7) L'OGTT dovrà essere eseguito con 75 grammi di glucosio e prelievi venosi ai tempi 0', 60' e 120' per la determinazione della glicemia su plasma. Si pone diagnosi di GDM quando uno o più valori risultano uguali o superiori a quella soglia.

- B. Diagnosi di Diabete Gestazionale mediante OGTT da eseguire alla 24ma-28ma settimana. Glicemia Valori soglia di concentrazioni di Glucosio (\*Carico glucidico: si raccomanda di somministrare 75 grammi di glucosio anidro sciolti in 300 ml di acqua) Glicemia a digiuno naturalmente  $< 92$  mg/dl. Alla prima ora valore soglia  $< 180$  mg/dl, alla seconda ore  $< 153$  mg/dl. Se uno o tutti e due i valori sono superiori si pone diagnosi di diabete in gravidanza.

Occorre anche prevedere che:

- 8) Le donne affette da diabete gestazionale dovranno rivalutare la tolleranza glucidica mediante OGTT (2 ore -75 grammi) a distanza di 8-12 settimane dal parto.
- 9) Il percorso per lo screening e la diagnosi del diabete gestazionale ed il successivo monitoraggio delle donne affette sia da diabete manifesto che gestazionale, devono essere eseguiti da un team multidisciplinare che veda coinvolte le diverse figure professionali interessate, secondo protocolli di gestione condivisi C. Strategie proposte per la diagnosi delle condizioni di iperglicemia in gravidanza. Prima Visita in Gravidanza

za Valutare FPG o RPG in tutte le donne. Se i risultati indicano un diabete manifesto: Trattamento e follow-up come per diabete pre-gestazionale.

Se i risultati non indicano un diabete manifesto, ma:

- \* FPG  $\geq 92$  e  $< 126$  mg/dl: diagnosi di diabete gestazionale
- \* FPG  $< 92$  mg/dl: eseguire OGTT tra 24ma-28ma settimana 24ma – 28ma settimana di Gestazione OGTT 2 ore 75 g: In tutte le donne non precedentemente diagnosticate come GDM o diabete manifesto nel corso dell'attuale gravidanza.
  - GDM se 1 o più valori superano la soglia diagnostica
  - Normale se tutti i valori dell'OGTT sono inferiori alla soglia diagnostica.

I risvolti pratici possono essere riassunti come di seguito:

- 1 il valore della glicemia a digiuno (92 mg/dl) è un dato importantissimo, ed occorre che il laboratorio sia sensibilizzato a riguardo.
- 2 Le glicemie eseguite mediante reflattometri non hanno valore per la diagnosi.
- 3 Aumenteranno il numero delle curve da carico, per cui le istituzioni dovranno adeguare la propria offerta.
- 4 Il numero delle donne che richiederanno una consulenza diabetologica aumenterà, e sarebbe opportuno la costituzione di un team multidisciplinare in ambulatorio dedicato così come raccomandato dalle linee guida.

Emilio Rastelli

## LA STORIA DI UN VALORE

dall’Aiuto Materno alla Fondazione San Giuseppe  
Mostra a Castel Sismondo dal 21 al 27 settembre

Cent’anni fa, dopo un decennio di incessante sensibilizzazione portata avanti dal prof. Antonio Del Piano (1870-1954), pediatra riminese, il 9 settembre 1910, nasceva l’Opera Pia San Giuseppe per l’Aiuto Materno e Infantile. Un progetto di ampio respiro per assistere le ragazze madri e i figli illegittimi e combattere la piaga della mortalità infantile. L’Aiuto Materno ha segnato fortemente il panorama cittadino sul doppio binario sanitario - la Maternità e l’Ospedale dei Bambini attivi rispettivamente fino al 1971

8

e 1985 - e socio-educativo ancor oggi presente - adeguandosi via via ai bisogni emergenti fino ad accogliere solo minori. Per iniziativa di 358 soci fondatori (di cui il 75% donne) e grazie alla benefattrice N.D. Isabella Soleri, votata suora di Carità, nelle sale di Palazzo Soleri da lei donato (il palazzo di famiglia al 241 del Corso d’Augusto, allora Strada Maestra), Del Piano ha potuto concretizzare i suoi obiettivi con una moderna impronta dipartimentale di assistenza materno-infantile. In breve tempo è riuscito a ridurre drasticamente il ricorso al baliatico e la mortalità dei piccoli trovatelli. Come? Garantendo assistenza e razioni alimentari alle madri povere, favorendo i riconoscimenti dei figli nati fuori dal matrimonio e promuovendo l’allattamento

al seno. Una vera rivoluzione per superare l’approccio della Congregazione di Carità da lui definito “arretrato e incongruo”. In effetti, a inizio Novecento, è ancora molto scarsa l’attenzione alla salute sia della donna che dei bambini ancor meno dei trovatelli. Solo nel 1938 la Legge Mariotti prevederà una divisione pediatrica negli ospedali più grossi (con oltre 600 posti letto) e ancora più tardi si svilupperà la dovuta attenzione alla gravidanza, al parto e alla prevenzione e cura della popolazione infantile. Dal 1930 al 1970 all’Aiuto Materno è attivo anche il reparto Maternità (diretto dal dr. Adolfo Fochessati) che, nel 1971, lascerà il posto alla Neuropsichiatria Infantile, guidata dal dr. Antonio Fersino coadiuvato, per la Psicologia Medica Infantile, dalla dr.ssa M. Luisa Scoccianti.

Negli anni Sessanta il nuovo reparto pediatrico “Guglielmo Bronzetti” (dal nome dei benefattori riminesi) meglio noto come Ospedalino diventa il riferimento, non solo locale, per la pediatria e la neonatologia, sotto la guida del prof. Ugo Gobbi prima e del dr. Silvio Beverini poi. Nel 1970 ottiene il riconoscimento a Ospedale Provinciale Specializzato e, come gli altri nosocomi, diventa presidio ospedaliero. Ma, visti i segnali per nulla incoraggianti, nel 1974 il prof. Gobbi si trasferisce

all’ospedale di Fano. Con il passaggio delle competenze sanitarie alle regioni, la programmazione del Primo Piano Sanitario dell’Emilia Romagna (1981/1983) prevede un’unica pediatria all’Infermi. Tale scelta è molto dibattuta e osteggiata da più parti con raccolte di firme, aspri dibattiti e prese di posizione anche politiche. La vicenda tra ricorsi e sospensive si trascina fino al 1985 quando chiude la Pediatria mentre la Neuropsichiatria Infantile viene trasferita all’Infermi nel 1988 con una propria Sezione autonoma. Nel 1970 la parte assistenziale del San Giuseppe (ex Ipab) separa la gestione da quella ospedaliera e, dopo aver accolto in convitto migliaia di bambini delle famiglie più povere e sbandate della società, vive il forte dibattito culturale Sessantottino che porta al superamento del classico modello di istituto fino alle attuali comunità educative a dimensione familiare (la de istituzionalizzazione). Nel 2003 assume la veste giuridica di Fondazione di diritto privato e si appresta a dare un nuovo impulso alle comunità che tuttora sono attive e concretizzano il valore dell’accoglienza agli ultimi.

A settembre la Fondazione si racconta in una mostra storica a Castel Sismondo che ha il patrocinio anche dell’Ordine: un racconto proposto alla Città e un’oc-

casione per guardare avanti alle nuove sfide del sociale. La Mostra si snoda sul filone cronologico e su quello valoriale ed è accompagnata dalle sculture dell'artista riminese Angela Micheli, interprete di questa storia di aiuto materno con le sue figure femminili. Anche la sezione riminese dell'AMMI Associazione Mogli dei Medici collabora alla manifestazione, ricca di inizia-

tive collaterali: al mattino proiezioni e visite guidate per le scuole; al pomeriggio convegni ed eventi sul filo conduttore della maternità e infanzia. Orario 9,30-12,30 15,30-19,30.

Inaugurazione martedì 21 settembre ore 17.00 con presentazione del Terzo Volume "La storia di un valore" (a cura di Antonella Chiadini e Paolo Freddi) e seconda edizione del Premio "Scien-

za e Carità".

Info e programma: [www.sangiuseppe.org](http://www.sangiuseppe.org); [direzione@sangiuseppe.org](mailto:direzione@sangiuseppe.org); Tel. 054151268.

"La protezione dell'infanzia è la maternità che i bambini hanno diritto di chiedere a tutti gli adulti" (Victor Hugo)

*Antonella Chiadini*

## ....UN PÒ DI CORAGGIO

Un ragazzo va al pronto soccorso. La diagnosi è esofagite. La terapia, due cucchiaini-ini, di Maalox!!!

Un uomo accede al pronto soccorso con un dolore urente all'arto inferiore. Sciatalgia acuta la diagnosi. Venti gocce di Contramal, la terapia. Nessun beneficio, anche momentaneo, per entrambi.

Il vero compito del medico è fare la diagnosi, dire al paziente che cosa abbia. La terapia viene dopo. Per quest'ultima sarebbe sufficiente anche un buon manuale e potrebbe essere anche un non-medico

a prescriverla (NON SOBBALZATE SULLA SEDIA). La diagnosi è più importante. Consente di decidere i passi successivi e le strade da percorrere. A proposito di strade, trattare l'esofagite o la sciatalgia acuta con queste dosi "omeopatiche", sarebbe come andare da Rimini a Milano in autostrada ai venti all'ora. Va bene che i farmaci a volte fanno male, ma anche se non vi sentite come Schumaker, schiacciare un po' l'acceleratore non farebbe male.

*Gianni Morolli*

## IL TORMENTONE

Ogni estate è segnata da un motivetto che diventa prima un best seller, poi un inevitabile tormentone. Da stessa spiaggia stesso mare, a "Vamos a la playa", a "Dammi tre parole", a "Saint Tropez twist" ed alla riminesissima, perché scritta a Rimini da Fred Buscaglione, "Guarda che luna". Visto che il tormentone, col suo repetita iuvant, centra l'obiettivo di inculcarsi nella zucca delle persone, i maghi della comunicazione, con l'ausilio della nuova te-

lefonata mobile, hanno pensato di bersagliare anche i medici di medicina generale con uno strumento al passo coi tempi: SMS.

Come se non bastassero le telefonate dei nostri assistiti, le buste settimanali dell'azienda, quelle della farmaceutica, ecco che, quando meno te l'aspetti, arriva lui, il tormentone: "Sorveglianza Chikungunya e Dengue....", seguito ormai da un vecchio amico di famiglia: "Cari colleghi si ricorda l'importanza del-

la diagnosi precoce della TBC.....".

Fossero solo queste in medicina le malattie alle quali prestare particolare attenzione, sarebbe tutto più facile e semplice. Non è così. Importante mantenere, di questi tempi, l'ottimismo per fare bene il nostro lavoro e magari ricevere, oltre a quelli di allerta, anche un sms di rinforzo ed incoraggiamento. Io suggerirei un bel: "Amaracmand tin bota", al lunedì mattina.

*Gianni Morolli*

## SCUSATE LO SCONFORTO

Sempre più difficile curare e prendersi cura del paziente. Sempre più difficile rapportarsi con i pazienti.

Una volta c'erano pazienti e medici di famiglia. Oggi ci sono gli impazienti ed i medici di base. Tra le pretese dei pazienti e le regole dell'azienda, il medico è la frizione ed è difficile mantenere il decoro professionale, che è l'aderenza ai propri principi etici e scientifici che lo guidano idealmente nelle scelte di tutti i giorni, sia nella decisione di prescrivere un farmaco equivalente, sia una TAC.

In una società consumistica ed in una città che spreca fiumi di denaro per un progetto su un teatro che probabilmente non verrà, si chiede al medico di fare il matrimonio coi fichi secchi. E' come essere invitati ad una cena dove tutti mangiano e bevono a crepappelle e tu invece devi digiunare e mantenerti sobrio.

Anch'io ho peccato molto

in pensieri, parole, opere. Ho richiesto troppe volte i markers neoplastici di laboratorio. Credo di essermi comportato come il collega ospedaliero. Ho letto richieste di markers in molte cartelle cliniche e lettere di dimissione dei miei assistiti. Come MMG ho pensato di arrivare, per conto mio, a certe diagnosi con l'indirizzo della clinica e del laboratorio. Ho cercato un "aiuto" prima di avviare il paziente ad indagini più complesse, costose o per indirizzarmi a quella più utile. Volevo risparmiare tempo e denaro al mio paziente ed alla ASL. Mi sono comportato così perché mi sento, spesso, professionalmente solo ed imbrigliato da pastoie burocratiche a non finire. Ieri ho incontrato un anziano collega in pensione. Mi ha chiesto come andasse il lavoro. Spiegate le difficoltà, mi ha detto: "Sei un medico vecchio, il tuo DNA è ancora quello della mia generazione". Sarà come lui dice. I no-

stri testi sono stati il Teodori, il Gallone, oggi c'è Doctor, il sistema operativo.

Da Tempo Medico e Lancet di ieri, agli aggiornamenti di Doctor di oggi. Non mi va giù che per la mia sciatalgia debba richiedere una TAC lombo-sacrale perché ho più di 50 anni. Voglio condividere il Doctor - pensiero, né mi sento così vecchio da meritarmi solo una TAC.

Per finire sui costi della salute, perché è di questo che in definitiva scriviamo, voglio concludere con l'economista Serge Latochke: "La tecnocrazia è diventata il contenuto della nostra cultura che così si svuota di valori. Con la cultura diamo significato alla vita, se il mercato si sostituisce alla cultura è la nostra esistenza a perdere senso".

Questo vale anche per il lavoro di un medico di base del terzo millennio e spiega alcuni risvolti del mio sconforto.

*Gianni Morolli*

10

## CARAVAGGIO

E altri pittori del Seicento – Capolavori dal Wadsworth Atheneum di Hartford  
Rimini, Castel Sismondo 23 ottobre 2010 – 27 marzo 2011

Il più antico museo statunitense, sito in Hartford, nel Connecticut, possiede collezioni importantissime dell'arte pittorica europea, fra cui sono stati scelti quindici dipinti provenienti dalla sezione dedicata al seicento, (nel 400° anniversario della morte di Caravaggio), a fornire una concisa, ma esaustiva panoramica della produzione pittorica dell'epoca.

Il ruolo principale è sostenuto, naturalmente, da "L'estasi di San Francesco" di Caravag-

gio, dipinto dall'artista nel 1594, e ad esso sono affiancati altri quadri importanti e mirabili di artisti come Zurbaràn, Gentileschi, Strozzi, Van Dyck, Ribera, etc, tutti coevi del pittore bergamasco ed in qualche modo a lui correlati.

Questa esposizione, pure se numericamente non rilevante, sembra quasi formare un cammeo meritevole di attenta visita ed ammirazione a fianco della più eclatante mostra dianzi illustrata.

*Maurizio Della Marchina*

## PARIGI GLI ANNI MERAVIGLIOSI

Impressionismo contro Salon

Rimini, Castel Sismondo 23 ottobre 2010 – 27 marzo 2011

Questa nuova esposizione porta il nostro “contenitore culturale” ancora una volta al centro dell’attenzione degli appassionati d’arte, con la proposta di ottanta opere pittoriche provenienti da istituzioni museali e da privati di tutto il mondo.

La rivisitazione di un’epoca così ricca di fermenti innovatori e di messaggi culturali rappresenta un potente stimolo per l’approfondimento della conoscenza di un’epoca che ha costituito l’inizio della pittura moderna, al di fuori degli orpelli e delle lezioni accademiche più specificamente classiche.

Il Salon era una esposizione di pitture e sculture che si svolge con cadenza periodica (inizialmente biennale, poi annuale) al Louvre di Parigi dal XVII al XIX secolo.

Inizialmente l’esposizione era

libera e fruibile a tutti, poi, con l’istituzione di una giuria di ammissione, divenne decisamente di stampo accademico e conformisticamente ufficiale.

In seguito alle polemiche conseguenti alla emanazione di giudizi e verdetti rigidamente volti all’esclusione di opere non ritenute idonee, la struttura valutativa del Salon venne modificata e si permise l’esposizione di tendenze più moderne e di natura impressionista.

I pittori dell’universo impressionista, che vedevano riuniti i più significativi rappresentanti di questa nuova temperie pittorica si rendevano sì conto che la propria consacrazione artistica avrebbe dovuto passare attraverso il riconoscimento ufficiale del Salon, ma anche che la novità della loro produzione pittorica ben difficilmente si sa-

rebbe potuta adeguare ai suoi canoni.

La mostra riminese, suddivisa in tre sezioni aventi per tema “volto, corpo, figure”; “nature sospese” e “lo specchio della natura” guiderà lo spettatore lungo il percorso che dagli anni cinquanta ai novanta dell’ottocento accompagna l’evoluzione della pittura francese nella sua oscillazione fra il Salon e l’impressionismo.

La presenza dei più significativi artisti, come Cézanne, Morisot, Bazille, Degas, Courbet, Monet, Manet, Renoir, Seurat, Gauguin, etc, ci permetterà di seguire ed ammirare questo mondo ricco di colore, splendore ed innovazione, che fece della Parigi del tempo la vera capitale artistica dell’Europa.

*Maurizio Della Marchina*

11

## Corsi, convegni congressi e attività culturali

### I GIOVEDÌ DELL’ORDINE

Sala Riunioni Ordine dei Medici di Rimini ore 19.00

#### GIOVEDÌ 30 SETTEMBRE 2010

Lesioni cutanee, parassitosi, prevenzione e diagnosi precoce del melanoma  
*Stefano Catrani – Maurizio Pallanti – Cristina Fiorentini – Christian Landi*

#### GIOVEDÌ 28 OTTOBRE 2010

Lo stato dell’arte nel trattamento delle malattie neoplastiche del colon retto:  
dallo screening alla sala operatoria  
*Gianluca Garulli – Maurizio Salvi*

#### GIOVEDÌ 16 DICEMBRE 2010

Nefrologia e dialisi nell’Azienda USL di Rimini: la diagnosi precoce delle malattie renali, la prevenzione e la cura dei fattori di rischio cardio-vascolare nel paziente con insufficienza renale cronica

*Leonardo Cagnoli – Angelo Rigotti – Stefano Bini – Renzo Mignani*

L’iscrizione è gratuita e comprende attestato di partecipazione e attestato ECM. Il rilascio dell’attestato ECM è vincolato alla effettiva presenza a tutte e tre le giornate. Posti disponibili 85.

Per iscrizioni rivolgersi a segreteria organizzativa I&C srl, tel. 051.6144004, e-mail: chiara.cilione@iec-srl.it

## SABATO 2 OTTOBRE 2010

“Attualità sulle vaccinazioni nell’ Azienda Sanitaria Rimini”  
Sala “Energia” Centro Congressi SGR - Via Chiabrera, 34/B - Rimini

- 08.15 - 08.30 Registrazione partecipanti  
08.30 - 08.45 Presentazione e apertura Dr. Melchisede Bartolomei Responsabile formazione dell’Ordine dei Medici di RN  
08.45 - 09.15 La Pandemia da A/H1N1. Criticità delle esperienze passate.  
Dr. Francesco Toni Direttore Dipartimento Sanità Pubblica AUSL RN  
09.15 - 09.45 Vaccinare oggi: le motivazioni per una adesione consapevole.  
Dr. Roberto Buzzetti – epidemiologo Rimini -  
09.45 - 10.15 Le “nuove” vaccinazioni: antivaricella e antipapillomavirus.  
Dr. Giovanna Bruschi Responsabile vaccinazioni minori AUSL RN  
10.15 - 11.00 Discussione  
11.00 - 11.30 Le malattie infettive dell’infanzia: dal PLS al MMG?  
Dr. Lello Contarini Direttore U.O. Tutela Salute Famiglia, Donna e Età Evolutiva AUSL RN  
11.30 - 12.00 Le vaccinazioni in età adulta. La campagna vaccinale antinfluenzale.  
Dr. Anna Pecci Responsabile profilassi Malatt. Infettive U.O. Igiene Sanità P. AUSL RN  
12.00 - 12.40 Discussione  
12.40 - 13.00 Questionario e conclusioni  
Moderatore del corso Dr. M. Bartolomei

## CONGRESSO AAITO/AIPO Emilia Romagna

Dal 15 al 16 ottobre 2010 presso il Centro Congressi SGR di Rimini

Segreteria Organizzativa: MDB Enterprise srl tel.099.7354333  
e-mail:congressi@mdbenterprise.it, www.mdbenterprise.it

## LA GESTIONE DELLA MALATTIA PSORIASICA

23 ottobre 2010 Teatro Malatesta – Montefiore Conca

- 09.00 - 09.30 Registrazione e consegna questionari ECM  
09.30 - 09.45 Saluto di benvenuto  
Valli Cipriani (Sindaco di Montefiore Conca)  
Introduzione ai lavori  
M. Grossi (Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Rimini)
- Moderatori: A. Corvetta - G. Landi
- 09.45 - 10.15 Epidemiologia e patogenesi (C. Landi)  
10.15 - 10.45 Psoriasi e indici di valutazione della gravità (S. Catrani)  
10.45 - 11.00 Pausa  
11.00 - 11.30 La terapia sistemica della psoriasi (M. Morri)  
11.30 - 12.00 La psoriasi artropatica (A. Bezzi)  
12.00 - 12.30 Sindrome metabolica e rischio cardiovascolare (G. Piovaccari)  
12.30 - 13.00 Test di valutazione e chiusura dei lavori

L’incontro è gratuito e rivolto ai Medici di Medicina Generale. Sono stati richiesti i crediti ECM ministeriali.

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi a:

Everywhere S.r.l. Vicolo Volto Cittadella n. 8 – 37122 VERONA

Tel. 045.8006786, fax. 045.593487, e-mail: info@everywheretravel.it. www.everywheretravel.it

## VII CONGRESSO NAZIONALE SIMEU

Dal 18 al 21 novembre 2010 presso il Palacongressi di Rimini

Segreteria Organizzativa: Adria Congrex, tel. 0541.305824 - e-mail: s.belli@adriacongrex.it

### NUOVO ORARIO D’UFFICIO ORDINE DEI MEDICI

Via Flaminia, 185/B - Rimini - Tel. 0541.382144 - Fax 0541.382202

Lunedì e Mercoledì dalle 8.30 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00

Martedì, Giovedì e Venerdì dalle 8.30 alle 13.00

E-mail: info@omceo.rn.it - Internet: www.omceo.rn.it