

medici & medici

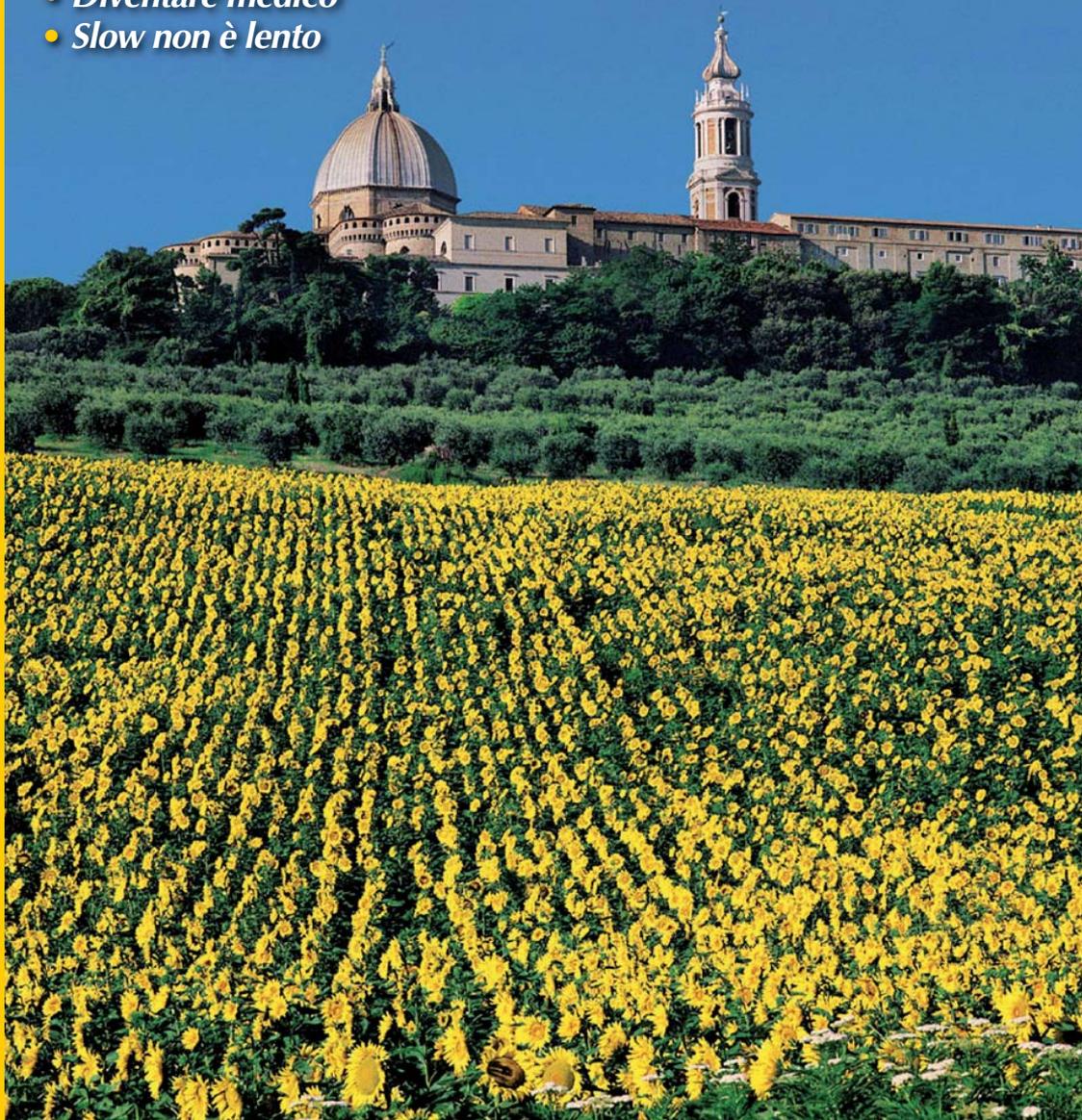
Periodico Trimestrale dell'Ordine dei
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona
Direttore Responsabile: Fulvio Borromei
Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona
N. 9 - Maggio 2012
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

n. 9
MAGGIO

Periodico di informazione Medico-Sanitaria
Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

In questo numero:

- *Anche i medici diventano mediatori*
- *Diventare medico*
- *Slow non è lento*





FONDAZIONE
Ospedali Riuniti di Ancona
onlus

La Fondazione, che ha ormai tre anni, si propone di svolgere attività di solidarietà sociale con i seguenti scopi:

- Migliorare e potenziare il livello qualitativo dell'Ospedale attraverso il coinvolgimento degli operatori sanitari e degli utilizzatori.
- Diventare "terminale intelligente" dei bisogni e delle necessità dei cittadini imparando ad ascoltare i loro bisogni, informandoli correttamente e stimolando l'organizzazione.
- Supportare l'Azienda al fine di migliorare la qualità del soggiorno dei pazienti e delle loro famiglie in ospedale, attraverso una attenzione particolare al comfort alberghiero e l'apertura anche di reparti finora chiusi quali le rianimazioni.
- Sostenere la ricerca scientifica e il rinnovamento tecnologico.
- Umanizzare del "grosso acumulo di cemento" che da fuori può sembrare il nostro ospedale.

Nel rispetto dello Statuto della Fondazione il presidente, dott.ssa Nadia Storti, con il supporto del direttore esecutivo, dott.ssa Anna Rita Duca, del Consiglio di Amministrazione e dei tanti volontari interni all'Ospedale, sta portando avanti i seguenti progetti:

- Preparazione e supporto psicologico dei bambini che devono essere sottoposti ad intervento cardiocirurgico e i loro genitori, nonché preparazione del personale, medico e non, dei reparti di cardiocirurgia, terapia intensiva postoperatoria e blocco operatorio ad instaurare un rapporto umano e di fiducia con i piccoli pazienti e con i loro familiari.
- Interventi di miglioramento del comfort alberghiero e umanizzazione delle cure nel dipartimento di oncematologia, attraverso la realizzazione di locali rispettosi della privacy e dei bisogni personali del paziente e dei familiari.
- Interventi di supporto alle cure mediche dei pazienti oncologici attraverso attività orientate all'accompagnamento e al miglioramento del benessere fisico e psichico (corsi di yoga, arte terapia, massaggio del piede, consulenze nutrizionali, estetista, parrucchiere, gruppo auto muto aiuto, psicologa, sessuologo, assistente sociale, oncologo genetista, radioterapista, dermatologo).
- Sperimentazione clinica del trattamento loco-regionale normo-ipertemia, in collaborazione con la Clinica Chirurgica per il trattamento di alcuni tumori addominali.
- Trails clinico per la ricerca clinica sul tumore del pancreas grazie a finanziamenti privati.

Tutte le attività che interessano i bambini vengono fatte in stretta sinergia con la Fondazione Salesi. La Fondazione Ospedali Riuniti ha bisogno di tutti per poter crescere e per poter continuare ad aiutare i circa 40.000 pazienti che ogni anno vengono ricoverati e i circa 2 milioni di pazienti che vi accedono per prestazioni ambulatoriali, per questo in occasione della prossima scadenza della dichiarazione dei redditi si chiede di ricordare l'impegno di questa Fondazione.

Nella prossima dichiarazione dei redditi, firma a favore della

Fondazione Ospedali Riuniti
C.F. 93120280420

un gesto che a te non costa nulla, ma che contribuirà a sostenere progetti di umanizzazione delle cure e la ricerca

Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Vice Direttore

Maria Beatrice Bilò

Coordinatore di Redazione

Marco Silvestrelli

Vice Coordinatori

Federico Fabbri

Sergio Giustini

Riccardo Sestili

Redazione

Maria Chiara Brugnami

Ilaria Capecci

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Maddalena Vichi

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Maria Beatrice Bilò

Segretario

Arcangela Guerrieri

Tesoriere

Quirino Massimo Ricci

Consiglieri

Vincenzo Berdini

Francesco Braccioni

Anna Campanati

Ilaria Capecci

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Sergio Giustini

Giovanni Petruzzi

Bice Previtera

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi

Giuliano Rocchetti

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Revisore dei conti supplente

Maddalena Vichi

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Stefano Tucci

Maria Chiara Brugnami

Francesco Maria Montecchiani

Roberto Tartuferi

In copertina: Panorama di Loreto

*Questo numero è stato chiuso il
30 aprile 2012*

*Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa*

EDITORIALE

Il silenzio costruttivo dei medici 4

NOTIZIE DALLA REDAZIONE

Avvisi agli iscritti 6

Anche i medici diventano mediatori 7

*Al via Doctor's Life, primo canale
televisivo al mondo interamente
dedicato ai medici e alla medicina* 9

Corsi "Medici in Africa" 11

INFORMAZIONI

*Focus su Farmacogenomica e metabolismo
del Clopidogrel* 12

LETTERE DALLA FACOLTA'

Diventare medico 14

VIAGGIO SENZA BAGAGLIO

La traversata del monte Bianco con gli sci 15

ODONTOIATRIA

*Piercing: gioielli pericolosi per la
salute orale* 17

*Miscellanea delle interferenze, della patogenicità
e delle reazioni avverse tra asma e salute orale,
malattie del cavo orale e alcune forme di tumori,
tossicità dell'alcool etilico e mucose orali* 19

BUONA SANITA'

Slow non è lento 21

Il senso di cura 23

*Centro trattamento angiomi-angiodisplasie
cutanee* 30

Il Silenzio costruttivo dei medici

di Fulvio Borromei

Presidente OMCEO di Ancona

La nostra società sta vivendo un periodo particolarmente critico.

La crisi economica sta influenzando ogni aspetto del nostro quotidiano e ci costringe ad un riassetto del nostro agire nei vari settori sociali.

La sanità risente in maniera evidente di questa negativa influenza.

Descriverne le incidenze è una operazione complessa e non facile perché bisognerebbe ripercorrere ed analizzare le tante distorsioni che sono ricadute in questo settore dove scarso pragmatismo, errori di programmazione, populismo ed una burocrazia soffocante hanno minato quell'habitat favorevole ad un equilibrato sviluppo e crescita professionale.

La sofferenza progettuale nei confronti della classe medica è presente da molti anni, la non facile progressione di carriera e gli scarsi riconoscimenti economici in rapporto all'impegno ed alla professionalità e alle responsabilità costituiscono solo alcuni elementi critici ai quali si possono aggiungere la costante aggressione mediatica ad una classe professionale che pur con i suoi difetti si prodiga e mette a disposizione le sue competenze per la salute pubblica, nonostante tutto ciò il medico è a fianco dei cittadini.

Inoltre c'è anche da considerare che una distorta percezione della classe medica come casta privilegiata impedisce alla politica italiana di inquadranne la sua vera veste.

Si dovrebbe reingegnerizzare la vita professionale considerandola come una risorsa, senza della quale non ci potrà essere una vera e duratura tutela della salute dei cittadini.

Il confronto tra la parte pubblica e le associazioni sindacali della categoria è sempre più difficile e complesso, c'è la necessità che le parole che vengono enunciate dal management politico si concretizzino realmente, rendendo credibile la progettazione che da questo confronto scaturisce.

Purtroppo la lentezza dei processi con i tempi inadeguatamente lunghi della politica, minano questi rapporti portando ad una sorta di delegittimazione e di sfiducia che nel tempo impoveriscono anche i processi democratici, creando sempre più un vuoto che è difficile da colmare.

Anche in questo contesto i medici continuano a lavorare in silenzio e con responsabilità andando spesso al di là del proprio dovere professionale.

Noi recriminiamo attenzione, rispetto e riconoscimento del nostro operare che continua a garantire la tenuta del sistema sanitario nazionale.





Cari Colleghi,

questo che state (spero) leggendo è il primo numero del bollettino redatto dal nuovo Consiglio dell'Ordine eletto nel Novembre 2011.

Un sentito ringraziamento ed un caro saluto vanno a Stefano Polonara e a Maria Giovanna Magiera che, per motivi personali non hanno potuto proseguire il percorso iniziato all'interno del Consiglio, ma che hanno contribuito, con il Loro fattivo impegno, a migliorare l'organizzazione e i servizi che quotidianamente offriamo.

Naturalmente un caloroso benvenuto va rivolto a Anna Campanati e a Francesco Braccioni che, come neoeletti, ma soprattutto grazie alla loro "tenera" età professionale, sapranno rappresentare le esigenze dei Colleghi più giovani che attualmente sono i più penalizzati da questa situazione economica che fa della precarietà non più una breve tappa, ma un estenuante percorso verso una stabilizzazione sempre più problematica.

All'interno di questo numero troverete inoltre una iniziativa, fortemente voluta dal Presidente Borromei e dalla dott.ssa Guerrieri che ha permesso di iniziare un percorso che dovrebbe vedere il Nostro Ordine, tra i primi in Italia, all'avanguardia nella istituzione di una camera di conciliazione. Quando sarà completato l'iter burocratico e amministrativo, questa rappresenterà sicuramente una arma in più per risolvere controversie tra Professionisti e Utenti, senza, si spera, strascichi giudiziari e con piena soddisfazione delle parti.

Infine una iniziativa che stiamo studiando per modernizzare, oltre che la Segreteria ed il consiglio, anche i mezzi di comunicazione con tutti Voi.

È già possibile scaricare i numeri del Bollettino dal sito dell'Ordine, ma vorremmo anche poter eliminare, per quanto possibile, le copie cartacee, sostituendole gradualmente con l'invio in formato adeguato (PDF?) al Vostro indirizzo di Posta Elettronica.

Questo consentirebbe un notevole risparmio con l'eliminazione delle spese di stampa e spedizione, con utilizzo delle risorse per iniziative più concrete e finalizzate (senza dimenticare il risparmio, ecologicamente valido, della carta utilizzata).

Per questo motivo sarebbe importante che ciascuno di Voi comunicasse alla segreteria il proprio indirizzo di posta elettronica, magari utilizzando la PEC (Posta Elettronica Certificata), che il nostro Ordine ha messo gratuitamente a disposizione, ma che ancora in pochi hanno ritirato e attivato. Vi ricordo che questo è oramai un obbligo di legge, oltre che una opportunità per utilizzare internet per inviare o ricevere documenti in modo ufficiale senza ricorrere a raccomandate o altro.

Come sempre sarà gradito il Vostro parere su queste questioni. In attesa di ricevere le opinioni, e perché no anche le critiche, che riterrete di inviarci, la redazione vi augura buon lavoro.

Dott. Marco Silvestrelli

AVVISI AGLI ISCRITTI

PEC

Coloro che non lo avessero già fatto sono invitati a ritirare presso la nostra sede, in orario di segreteria, la busta contenente il PIN per la PEC (Posta elettronica certificata) che l'Ordine fornisce gratuitamente. Per chi fosse impossibilitato a venire di persona, potrà ritirare la busta un collega o una persona di fiducia, fornito di fotocopia di un documento di riconoscimento dell'iscritto e di una delega firmata.

CERTIFICAZIONI DI MALATTIA INPS RILASCIO PIN

I medici e gli odontoiatri liberi professionisti, non convenzionati SSN e non dipendenti, possono effettuare presso l'Ordine dei Medici l'abilitazione all'invio dei certificati di malattia online.

La normativa Brunetta stabilisce che la certificazione di malattia per l'assenza dal lavoro dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati, deve essere trasmessa on-line.

La nuova normativa è a regime dall'1 febbraio 2011.

Gli accordi stipulati tra Federazione Nazionale degli Ordini, Ministero della Salute e delle Finanze, INPS e SOGEI, hanno stabilito che l'Ordine dei Medici è l'Ente preposto al rilascio dei PIN per i liberi professionisti che lo utilizzeranno per l'invio telematico dei summenzionati certificati.

Tutti i medici interessati all'acquisizione del PIN possono presentarsi presso gli uffici di segreteria dell'Ordine (non è ammessa delega) muniti di documento di identità personale in corso di validità, per ricevere le credenziali necessarie che permetteranno a ciascuno di accedere ai servizi SOGEI.

Anche i medici diventano mediatori

Arcangela Guerrieri

Consigliere segretario OMCeO Ancona



Tra la fine di febbraio e i primi giorni del mese di marzo 2012 si è svolto ad Ancona presso la sede dell'Ordine dei Medici di Ancona il primo corso per mediatori civili, in collaborazione con la società ADR Conciliando. Perché un corso per mediatori civili presso il nostro Ordine? Dobbiamo fare un passo indietro. Il **decreto legislativo 4 marzo 2010 n.28** (Gazzetta Ufficiale n.53), in attuazione della Riforma del Processo Civile (l. 69/2009), ha introdotto un nuovo istituto, la mediazione civile e commerciale, come strumento per giungere alla conciliazione. Dal 21 marzo 2012 la mediazione dovrà essere esperita a pena di improcedibilità nei casi di controversie relative a: condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, co-

modato, affitto di azienda, contratti assicurativi, bancari e finanziari, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica, da diffamazione a mezzo stampa o altro mezzo di pubblicità, da circolazione di veicoli e natanti. Con il cambiamento normativo, avrà un ruolo sempre più importante il Mediatore Civile, una figura altamente specializzata, imparziale e neutrale, in grado di gestire efficacemente il contenzioso attraverso le più moderne tecniche di negoziazione e di facilitare l'accordo tra le parti, orientandole verso la soluzione ottimale.

Per poter svolgere questa funzione, è richiesta una formazione specifica, a integrazione della propria preparazione professionale. L'articolo 16 del suddetto decreto recita "i consigli degli

Ordini professionali possono istituire, per le materie riservate alla loro competenza, previa autorizzazione del Ministero della giustizia, organismi speciali per la mediazione avvalendosi di proprio personale e utilizzando locali nella propria disponibilità". La FNOMCEO ha più volte invitato gli Ordini Provinciali ad interessarsi alla mediazione e a creare camere di conciliazione presso le proprie sedi. Nel maggio del 2011 si è tenuto un congresso a Como sulla mediazione in campo medico organizzato dalla stessa FNOMCEO. Venendo alla attività del Consiglio direttivo di Ancona il presidente dr. Fulvio Borromei ci ha più volte stimolati ad interessarci a questa tematica, proponendo di costituire una camera di conciliazione presso la nostra sede, per rendere un servizio sia ai nostri iscritti che ai cittadini. Non nascondo che l'argomento mi ha affascinato e che non appena se ne è parlato in Consiglio mi sono subito messa alla ricerca di Società che organizzassero Corsi per mediatori. Infatti per costituire una camera di conciliazione è necessario avere almeno cinque mediatori che abbiano frequentato i corsi ministeriali di un minimo di 50 ore. Nello scorso autunno abbiamo quindi stipulato una convenzione con ADR Conciliando, con sede a Latina, che ci è sembrata una società molto seria e disponibile. Infatti è stato possibile organizzare un corso residenziale presso la nostra sede in 2 fine settimana (dal giovedì al sabato) in modo da non doverci spostare e poter conciliare il corso con le nostre attività lavorative. E veniamo quindi al corso vero e proprio. Non vi nascondo che, avendo organizzato il tutto in prima persona, avevo il timore che qualcosa non funzionasse! Inoltre la perplessità di tutti era legata alla materia giuridica, tanto lontana dalla nostra formazione medica. Ed invece tutto è andato per il meglio, nonostante anche le condizioni metereologiche



fossero avverse!!! Abbiamo fatto due fine settimana di full immersion presso la nostra sede con i docenti della ADR Conciliando. Devo dire che l'avvocato Sergio Toto, l'avvocato Nilde Costanzo e la dr.ssa Alba Manzi si sono rilevati preparatissimi, molto pazienti e soprattutto dotati di una grande carica di umanità e simpatia. Gli iscritti al Corso sono stati ventidue, di cui sette consiglieri del nostro direttivo (il Presidente, dr. Fulvio Borromei, chi scrive consigliere segretario, dr.ssa Arcangela Guerrieri, il Presidente della Commissione Odontoiatrica, dr. Federico Fabbri, il dr. Marco Silvestrelli, il dr. Stefano Tucci, la dr.ssa Maria Chiara Brugnami, il presidente del Collegio dei Revisori dei Conti dr. Giuliano Rocchetti), tredici iscritti al nostro Ordine e due componenti del consiglio dell'OMCEO di Pesaro. Sabato 2 marzo dopo la fine del corso abbiamo sostenuto l'esame per diventare mediatori civili. Devo dire che l'esperienza è stata per me molto positiva anche se abbastanza impegnativa. Adesso che siamo diventati mediatori la nostra sfida sarà quella di creare una camera di conciliazione per i contenziosi in campo medico per offrire un servizio ai nostri iscritti e ai cittadini, che potranno trovare sicuramente mediatori preparati non soltanto da un punto di vista comunicativo ma anche da un punto di vista medico.

Al via *Doctor's Life*, primo canale televisivo al Mondo interamente dedicato ai medici e alla medicina

Da lunedì 3 ottobre 2011, solo sulla piattaforma Sky (canale 440), è in onda **Doctor's Life**, il primo canale dedicato ai medici ed alla medicina edito dall'**Adnkronos Salute**. Oggi sono circa 100.000 i medici abbonati a **Sky** e 30.000 quelli che hanno già attivato il canale e sono quindi informati su tutte le novità in campo medico scientifico.

“Nonostante la crisi dovuta a una combinazione perversa di cause economiche e novità tecnologiche rivoluzionarie che tocca l'intero settore editoriale con ricadute pesanti sull'occupazione, - dichiara il cavaliere del lavoro **Giuseppe Marra**, Presidente e Direttore del gruppo GMC-Adnkronos - il Gruppo GMC-Adnkronos ha varato un'iniziativa editoriale destinata ad aprire una strada multimediale e interattiva, mai tentata in Italia nell'informazione, formazione e comunicazione medico-scientifica. Tutti i giorni **Doctor's Life** racconta la vita dei medici, i loro impegni nelle varie specializzazioni e il loro incessante lavoro su linee di frontiera, per affrontare patologie finora inattaccabili. Naturalmente, raccontando le giornate dei medici, spesso estenuanti, **Doctor's Life** toccherà al tempo stesso gli interessi del pubblico più vasto e risponderà alla crescente domanda d'informazione dei pazienti, anche loro vittime della crisi che investe i sistemi sanitari di tutti i Paesi. Persino di quelle società del nord dell'Europa alle quali si guardava come a esempi ideali”.

Un palinsesto on air 24 ore su 24 garantisce al medico l'informazione e la formazione a 360°. Tre programmi di informazione giornalistica: dal telegiornale quotidiano “**SalusTG**”, ai due magazine settimanali di approfondimento sui principali fatti scientifici e di politica ed economia sanitaria (“**Salus Tv**” e “**Journal Tribune**”). Non manca un talk show settimanale (“**InSanità**”) con dibattiti e confronti in studio tra i protagonisti del mondo scientifico e



sanitario. Reportage in presa diretta sui grandi temi che riguardano la vita del medico (“**Noi Salute**”). Inoltre diverse serie di documentari, con la partecipazione di grandi scienziati internazionali e fiction medico-scientifiche. Infine **Doctor's Life** entrerà nelle sale operatorie dei centri ospedalieri d'eccellenza per seguire i più importanti e innovativi interventi chirurgici filmati direttamente dalla sala operatoria. Ma non solo. **Doctor's Life** sarà il primo canale televisivo a fornire un servizio di formazione a distanza accreditata presso il sistema di **Educazione Continua in Medicina** (Ecm) completamente gratuito per gli utenti. E se si ha un impegno fuori casa? La lezione in questo caso potrà anche esser seguita dall'Iphone, l'Ipad e i tablet android attraverso il sito web **www.doctorslife.it**

“Sky sperimenta nel campo dell'istruzione e del progresso scientifico - spiega **Paolo Agostinelli**, Direttore Canali Terzi Sky Italia - e l'arrivo di **Doctor's Life**, frutto della sinergia tra Sky e Adnkronos Salute, è un'importante conferma delle infinite opportunità dell'offerta satellitare, in continua crescita anche grazie allo sviluppo di soluzioni tecnologiche sempre più innovative. Questo nuovo canale tematico garantirà ai moltissimi medici abbonati un'esclusiva finestra di aggiornamento e un'opportunità unica per migliorare la propria professionalità: si potranno conseguire a distanza i crediti formativi necessari nell'ambito del sistema ECM, oltre che trovare programmi di approfondimento e di attualità”.

Cuore del progetto la redazione

dell'Adnkronos Salute che è riuscita ad integrare la velocità dell'informazione d'agenzia con la forza e l'immediatezza dell'approfondimento audiovisivo. "Con Doctor's Life abbiamo la possibilità di entrare a casa del medico dalla porta principale - spiega **Francesco Maria Avitto**, Direttore di Adnkronos Salute e responsabile del progetto Doctor's Life - e la sfida più importante sarà realizzare contenuti esclusivi e unici fortemente orientati agli interessi del mondo sanitario con l'ambizione di fare notizia anche oltre il canale stesso e la speranza di aiutare il medico ad affinare una professione di straordinario fascino e di indiscutibili finalità umanitarie".

Elevatissima la qualità del comitato scientifico dei corsi, presieduto dal professor **Marco Salvatore**, professore ordinario presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Napoli Federico II. "La formazione dell'adulto è di gran lunga più complessa da ottenere con gli strumenti formativi tradizionali. Con Doctor's Life avremo l'opportunità di sperimentare nuove tecniche didattiche utilizzando la semplicità e l'immediatezza del

linguaggio televisivo abbinato alla capacità di penetrazione delle immagini e l'interattività del web", spiega Salvatore.

"Credo che un canale dedicato al medico abbia una funzione formativa e informativa davvero importante". Ad apprezzare Doctor's Life, è **Lorenzo Ornaghi**, neo Ministro per i beni e le Attività Culturali. "E' "un'iniziativa importante - ha continuato Ornaghi - noi tutti viviamo in questa società che, con una formula molto sintetica, è definita la società della conoscenza, dove i progressi del conoscere sono continui, dove il sapere è essere informati ma anche formati e ciò è una risorsa in tutte le professioni. E lo è in modo particolare per il medico proprio per gli avanzamenti scientifici della medicina".

Attivare il canale è molto semplice. I medici già abbonati a un qualsiasi pacchetto Sky e i medici familiari/conviventi di un titolare di abbonamento avranno la possibilità di attivare gratuitamente Doctor's Life inserendo sul sito web www.doctorslife.it i dati anagrafici richiesti ed il numero di smart card sul quale abilitare la visione.



CORSI “MEDICI IN AFRICA”

10° CORSO DI FORMAZIONE BASE “MEDICI IN AFRICA”

Dal 16 al 19 maggio si terrà la decima edizione del corso Medici in Africa rivolto a medici e infermieri che intendano operare nei P.V.S

Da dieci anni Medici in Africa organizza corsi di base per medici – e negli ultimi anni anche per infermieri - che desiderano svolgere azione di volontariato nei paesi africani o di altre zone emergenti. I corsi intendono fornire, in tempi brevi, informazioni sulla situazione sanitaria in Africa, cenni di auto-protezione dalle più frequenti malattie endemiche, cenni di diagnosi e terapia di malattie tropicali di frequente riscontro. Inoltre fornisce l'esperienza di colleghi che sono già stati in tali zone e mette in contatto i futuri cooperanti con alcune delle organizzazioni che lavorano in loco e che possiedono ospedali. L'associazione “Medici in Africa - onlus” organizzerà il prossimo **Corso Base** dal 16 al 19 maggio 2012 presso l'Auditorium del Galata Museo del Mare, Darsena Porto Antico Genova. Il costo del corso è di 300 euro.

2° CORSO DI PERFEZIONAMENTO

“COOPERAZIONE SANITARIA ED EMERGENZE UMANITARIE”

da settembre 2012 a maggio 2013

Anche quest'anno verrà organizzato un **Corso di Perfezionamento** teorico-pratico ad indirizzo chirurgico. Il corso è dedicato a laureati in medicina e chirurgia che abbiano già partecipato al corso di base (vedi sopra). La preferenza, nell'assegnazione dei posti al corso disponibili, verrà data a coloro che hanno già avuto esperienze di volontariato nei paesi in via di sviluppo e, in subordine a coloro in possesso di specializzazioni ad orientamento chirurgico e anestesiologicalo. Il corso si terrà dal 25 al 29 settembre e dal 14 al 17 novembre 2012 presso il Polo Biomedico dell'Università di Genova e verterà su tecniche diagnostiche e terapeutiche di patologie africane, nonché su alcune tecniche chirurgiche, ginecologiche ed ortopediche fondamentali con attività pratica mediante l'uso dei simulatori. Il corso teorico sarà propedeutico ad un periodo professionalizzante di pratica, della durata di tre settimane, svolto in Africa con il supporto di un Tutor, presso ospedali che già collaborano con Medici in Africa.

Il costo del corso è di 1300 euro comprensivi di frequenza alle lezioni, assicurazione di base per il periodo professionalizzante e tutoraggio. Restano a carico del discente le spese relative al viaggio (biglietto aereo, visto ed eventuale vitto/alloggio).

Per le iscrizioni ai corsi ed ulteriori informazioni contattare:

MEDICI IN AFRICA ONLUS - Segreteria Organizzativa
da lun. a ven. 9.30/13.30 - tel. 010/3537621 - 349/3780180
mediciinafrica@unige.it - www.mediciinafrica.it

Focus su Farmacogenomica e metabolismo del Clopidogrel

From bench to bed: una nuova opportunità dal Laboratorio per migliorare l'appropriatezza prescrittiva da parte del Cardiologo clinico

Franco Busco, Roberta Galeazzi, Roberto Festa, Roberto Antonicelli

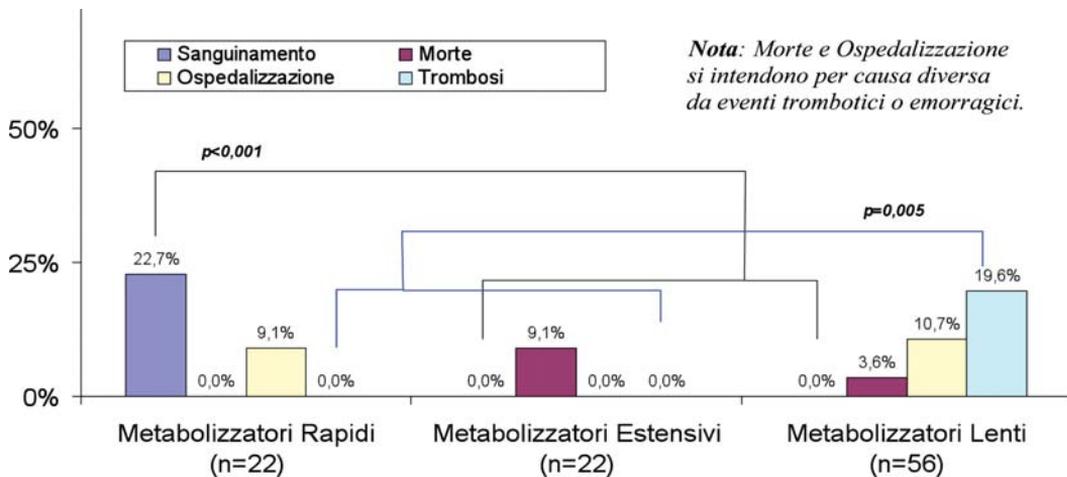
È noto da anni come la doppia antiaggregazione (ASA – Clopidogrel) rappresenti una risorsa terapeutica importante in molte patologie cardiache ed un elemento indispensabile nella profilassi della trombosi coronarica, in particolare nei soggetti portatori di stent medicati (DES). È però altrettanto risaputo come la risposta terapeutica al Clopidogrel, che è un pro-farmaco, sia influenzata dalle caratteristiche personali di ogni soggetto che ne fa uso. Questa problematica è a tal punto rilevante sul piano clinico che la *Food and Drug Administration* americana, consiglia, quando possibile, di effettuare approfondimenti sulle caratteristiche genetiche dei singoli utilizzatori.

In relazione a tali evidenze e raccomandazioni, presentiamo qui in anteprima i dati dell'U.O.C. Laboratorio Analisi dell'INRCA di Ancona (dir. Franco Busco) inerenti uno studio di associazione tra polimorfismi genetici ed esiti clinici, condotto su un campione di 100 soggetti in terapia da un anno con **Clopidogrel** (più *aspirina*: regime di doppia antiaggregazione) a seguito del ricovero per sindrome coronarica acuta presso l'U.O. di Cardiologia-

UTIC del Presidio Ospedaliero INRCA di Ancona (dir. Roberto Antonicelli).

Da alcuni mesi sono infatti disponibili presso il nostro Laboratorio i test per l'analisi dei **genotipi** che influenzano, in eccesso o in difetto, la biodisponibilità del metabolita attivo e quindi l'effetto farmacologico del Clopidogrel. In particolare è possibile indagare l'eventuale presenza delle principali varianti del citocromo P450 (CYP2C19*2; *3; *17) responsabili di una rallentata (*2 e *3) o accelerata (*17) attivazione del farmaco, e il polimorfismo C3435T del gene ABCB1, che codifica per un trasportatore necessario per l'assorbimento intestinale del Clopidogrel, la cui funzione è meno efficiente in caso di omozigosi della variante T.

La letteratura scientifica ha dimostrato come ciascuno di questi polimorfismi si associ ad un aumentato rischio, da un lato, di eventi trombotici in presenza di alleli *loss-of-function* e, dall'altro, di eventi emorragici in presenza di alleli *gain-of-function*. L'originalità del nostro contributo risiede nell'intento di combinare le informazioni provenienti da ciascun polimorfismo così da delineare dei **profili di risposta** al



Clopidogrel in grado di guidare, in prospettiva, la scelta del clinico in termini di aggiustamento della dose o di sostituzione del farmaco stesso. I risultati ottenuti su questo campione preliminare sembrano confermare la validità di un simile ragionamento.

Come è possibile osservare dal grafico, infatti, una parte rilevante di soggetti in trattamento ha un profilo genetico di scarsa risposta al Clopidogrel (“metabolizzatori lenti”), manifestando un’alta frequenza di eventi trombotici, del tutto assenti invece negli altri due gruppi. Viceversa i “metabolizzatori rapidi” sono sottoposti ad un maggior rischio di eventi emorragici, che si sono verificati solo in questa classe di soggetti. I pazienti sono stati classificati in uno dei tre gruppi sulla base delle possibili combinazioni dei principali polimorfismi: CYP2C19*2; CYP2C19*17; ABCB1 (3435 C>T). Benché manchino ancora studi clinici specificamente disegnati e mirati a verificare i possibili vantaggi di una posologia “aggiustata” sulla base del profilo farmacogenomico, è del tutto plausibile che i pazienti con “lenta metabolizzazione” possano giovare di una dose più alta di Clopidogrel o del ricorso ad un diverso antiaggregante, quali il Prasugrel o più recentemente il Ticagralor (quest’ultimo non essendo un pro-far-

maco non abbisogna dell’attivazione epatica). Viceversa, i pazienti “metabolizzatori rapidi” potrebbero aver bisogno di una dose ridotta. Su tali basi, nella prassi clinica, sia a livello internazionale che nazionale, cominciano ad osservarsi suggerimenti ed atteggiamenti di questo tipo. Come accennato, la FDA ha recentemente richiesto l’inserimento nella scheda tecnica del Clopidogrel di una *Boxed Warning* (la massima avvertenza sulla possibilità di gravi eventi avversi) per allertare pazienti e medici sul fatto che il farmaco può essere meno efficace nelle persone non in grado di generare efficientemente il metabolita attivo, in conseguenza delle comuni varianti del gene CYP2C19. In attesa di linee guida ufficiali ed esplicite, la conoscenza del profilo genetico di risposta (e quindi di rischio degli opposti eventi avversi) può se non altro motivare un più attento e mirato *follow-up* del paziente in terapia con Clopidogrel.

Il Laboratorio Analisi dell’INRCA di Ancona può offrire ai medici che ne facciano richiesta, tramite semplice impegnativa mutualistica (vedere tabella), la possibilità di indagare le caratteristiche genetiche dei propri pazienti sottoposti a doppia antiaggregazione, in modo da poter personalizzare al meglio la terapia rendendola sempre più efficace.

Richiesta su impegnativa	Effetto	Codice Tariffario Regionale ¹
Variante CYP2C19*2	↓↓ ATTIVAZIONE ²	91.29.205
Variante CYP2C19*3	↓ ATTIVAZIONE ²	91.29.205
Variante CYP2C19*17	↑ ATTIVAZIONE	91.29.205
Variante ABCB1 (3435 C>T)	↓ ASSORBIMENTO ³	91.29.205
Pannello Metabolismo Clopidogrel (include Varianti *2, *17 e ABCB1)	VARIABILE	91.29.205 (x 3)

¹ Non essendo ancora riportati nel Tariffario Regionale, in attesa di una loro integrazione, tali test sono stati assimilati alla voce “DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENI FATTORI DELLA COAGULAZIONE”, attribuendo però a ciascuno un costo pari a metà della tariffa prevista.

² Gli alleli CYP2C19*2 e CYP2C19*3 costituiscono l’85% degli alleli a funzione ridotta nei caucasici (99% negli asiatici). La variante allelica *2, presente in circa il 20% della popolazione generale, è quella maggiormente studiata.

³ Effetto che si estrinseca solo in caso di mutazione presente in omozigosi.

Diventare medico

Francesco Orlandi

Immaginate un incontro di informazione sanitaria sul cancro, come li fa ogni anno Ugo Braccioni con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori in provincia di Ancona. Tutti gli interventi, dall'oncologo all'internista e all'igienista, picchiano forte contro il fumo, il killer evitabile numero uno. Cinque milioni di morti premature nel mondo ogni anno; il trentenne che perde 3 mesi di attesa di vita per ogni anno di fumo; le probabilità moltiplicate per dieci per il cancro di bocca, faringe ed esofago; e così via (1-3).

Al termine, due medici di medicina generale ci vengono a salutare, li conosciamo da studenti. Il fumatore è una figura abituale nei loro ambulatori, che sono spesso il suo solo contatto diretto con il sistema sanitario. Cosa è meglio fare? In breve, il tentativo personale del fumatore ha mostrato in molti studi probabilità di successo attorno al 5%. I farmaci (nicotina, agonisti parziali dei recettori nicotinici, antidepressivi) raddoppiano tale probabilità. La combinazione di nicotina ed agonisti ha mostrato efficacia in uno su 3-4 casi (4-9). Percentuali non incoraggianti, mettere di fumare è un percorso in salita.

Ma prima e meglio dei farmaci c'è il medico di casa, importante per la facilità e l'immediatezza dei colloqui nell'assistenza primaria (10). Le raccomandazioni? Innanzitutto il fumatore si attende un richiamo severo allo stop in occasione di ogni incontro. La cosa gli dà fastidio, ma se l'aspetta. Il silenzio del medico viene recepito come neutralità o comprensione, peg-



Il viaggio di ritorno dei re Magi. Battistero San Giovanni, Firenze

gio ancora come complicità.

In secondo luogo, gli accenni fugaci e le bonarie tirate d'orecchio hanno scarsa efficacia. Vengono raccomandate delle vere e proprie "motivational interviewing" di 15-20 minuti, all'insegna dell'empatia, delle difficoltà individuali a smettere, dei trucchi personali per respingere l'impulso a ricominciare. Le interviste non vanno troppo distanziate, per le facili ricadute (11).

In questi mesi si è sviluppata una vibrata protesta dei medici USA per la mancata messa al bando delle sigarette al mentolo, pernicioso porta d'ingresso al fumo diffusa nella popolazione nera (12). Nei paesi anglosassoni, da San Francisco a Stoccolma, il fumo è stato eradicato dalle abitudini del medico, trenta anni fa. Per qualcuno di noi ciò potrebbe costituire, ancor oggi, un modo salutare di diventare medico.

1. WHO report on the global tobacco epidemic: the MPOWER report. Geneva: World Health Organization, 2008.
 2. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519.
 3. Christiani DC. Combating environmental causes of cancer. *New Engl J Med* 2011;364:791-3.
 4. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99:29-38.
 5. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD000146.
 6. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;12:CD006103.

7. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD000031.
 8. West R, Zatonsky W, Cedzynska M, et al. Placebo-controlled trial of cytosine for smoking cessation. *N Engl J Med* 2011; 365:1193-200.
 9. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2008.
 10. Fiore MC, McCarthy DE, Jackson TC, et al. Integrating smoking cessation treatment into primary care: an effectiveness study. *Prev Med* 2004;38:412-42.
 11. Fiore MC, Baker TB. Treating Smokers in the Health Care Setting. *N Engl J Med* 2011; 365:1222-1231.
 12. Siegel M. A lost opportunity for Public Health. The FDA Advisory Committee report on menthol. *N Engl J Med* 2011;364:2177-9.

La traversata del monte Bianco con gli sci

Un'emozionante esperienza ed il ricordo di un medico alpinista

di Sergio Giustini

Sulle pendici sud del monte Bianco a 2178 m. di quota si trova il giardino botanico più alto d'Europa: è il giardino alpino Saussurea. Esso si raggiunge con il primo balzo della funivia che da La Palud, nei pressi di Courmayeur, raggiunge il pavillon del monte Fréty.

È questa la prima tappa di ciò che è stata definita l'ottava meraviglia del mondo e cioè la funivia del monte Bianco che lo attraversa fino a Chamonix. È la più lunga del mondo compiendosi l'intero percorso, in condizioni di tempo ottimali, in circa un'ora e mezzo.

Il confine italo-francese giace sulla punta Helbronner a 3462 mt di altezza per raggiungere il punto più alto all'aiguille du Midi a 3842 mt su un percorso di 5 Km in unica campata.

Fra i vari esemplari di flora presenti nel giardino summenzionato vi è un fiore chiamato appunto Saussurea in onore dello scienziato ginevrino Horace Bénédict de Saussure il quale nel 1760 compì un viaggio nella valle di Chamonix e, innamorandosi del monte Bianco, decise di offrire una ricompensa a chi gli avesse saputo indicare una via di salita per la cima. Fu all'incirca in quel periodo che E. Kant ebbe a dire "quanto monotona sarebbe la faccia della terra senza le montagne". Una quindicina di anni dopo l'invito del De Saussure il figlio del notaio di Chamonix, studente di medicina a Torino, Michel Gabriel Paccard, effettuò un primo tentativo di ascensione alla vetta che condusse felicemente a termine l'8 Agosto del 1786 quando era medico condotto nella sua città, allora sotto i Savoia.

Egli realizzò l'impresa insieme al valligiano Jacques Balmat, cacciatore di camosci e cercatore di cristalli, partendo da quota 2043 con



Dalla terrazza di punta Helbronner il Monte Bianco francese e il Monte Bianco di Courmayeur

andata e ritorno in giornata (lo stesso qualche anno dopo recò con sé in vetta anche il figlio quattordicenne ed una cagnetta). La data di cui sopra è unanimemente riconosciuta come l'inizio storico dell'alpinismo vero e proprio e l'anno successivo finalmente anche il De Saussure poté raggiungere la cima ma bisognerà attendere il 1864 per avere la prima ascensione da parte italiana con F. Giordano. Tali brevi notizie ad inquadrare l'aura di sacralità e mito che avvolge da oltre due secoli il protagonista più alto d'Europa posto a cavallo di tre nazioni, pietra angolare nella storia dell'alpinismo, propedeutico ai più impegnativi e successivi ottomila.

Se dalla tarda primavera il percorso può essere compiuto sulla "ottava meraviglia" durante l'inverno un'alternativa è rappresentata dalla traversata via terra con gli sci, sul ghiacciaio, fuori pista.

La partenza è da punta Helbronner e si snoda fino a Chamonix per circa 24 chilometri ma quella compiuta da me è risultata più corta di 6 km, per via delle condizioni del ghiacciaio, talchè è stato necessario salire, sci in spalla, ben 310 gradini per accedere alla cremagliera

L'imponente parete granitica de Le grandes Jorasses e il mitico dente del Gigante a 4205 metri slm



che conduce a Chamonix. La condizione fondamentale, come si potrà ben intendere, è rappresentata dalle perfette condizioni meteorologiche oltre ad una minima padronanza sugli sci (è detto scendere a sci paralleli su pista rossa) sui quali sarà superfluo ricercare quelle vibrazioni emotive a tutti note allorché si scende, ad esempio, lungo la Gran Risa. Le emozioni sono quelle di scivolare, per circa 5 ore, lungo la vallée blanche prima e lungo il mer de glace poi, immersi in un paesaggio immenso con panorami mozzafiato ad iniziare da quello sulla terrazza Helbronner con vista a 360° verso gli imponenti quattromila delle alpi italiane, svizzere e francesi: contempleremo il Cervino, il massiccio del monte Rosa, il gran Paradiso e l'imponente parete granitica delle grandes Jorasses la cui parete nord ha costituito uno dei problemi più grandi delle Alpi. La discesa, da compiere con calma accompagnati da una guida alpina, si sviluppa tra guglie, creste, seracchi e crepacci in uno scenario di elevata suggestione. Ho avuto la fortuna di conoscere e percorrere altri ghiacciai, in Europa, ma qui devo dire che è stato diverso. Concludo tale breve memoria per ri-

cordare al gentile lettore un pensiero di M. Proust allorquando afferma che "il vero viaggio di scoperta non consiste nel cercare nuove terre ma nell'avere nuovi occhi".

Lagheti glaciali quasi al termine della Mer de Glace



Piercing: gioielli pericolosi per la salute orale

Dott.ssa Chiara Brugnamì - Dott. Federico Fabbri

Piercing, o body piercing, (dall'inglese to pierce, "perforare") indica la pratica di forare alcune parti superficiali del corpo allo scopo di introdurre oggetti in metallo (talvolta ornati con pietre preziose), osso, pietra o altro materiale, quale ornamento o pratica rituale.

Sono soggette a questa pratica soprattutto zone del corpo quali: lobo dell'orecchio, sopracciglio, narice e setto nasale, labbro superiore ed inferiore, lingua, capezzolo, ombelico e organi genitali. I motivi che spingono a tale pratica possono essere i più vari e possono includere: religione, spiritualità, tradizione, moda, erotismo, conformismo o identificazione con una sottocultura.

Il piercing ha origini antiche o preistoriche, poiché lo scopo principale era quello di distinguere i ruoli assunti da ogni membro all'interno della tribù, al fine di regolare i rapporti tra i vari individui sia nel quotidiano che durante le cerimonie, rendendo immediatamente palese tutta una serie di informazioni sull'individuo e sul suo rapporto con il gruppo di appartenenza.

Molte sono le "storie del piercing" che circolano su Internet riguardo alle presunte origini di ogni singolo tipo di piercing, in qualche caso si tratta di origini fantasiose, dovute all'immaginazione del solo Doug Malloy, pioniere del piercing moderno.

Presso gli Aztechi e i Maya, era in uso la pratica della perforazione rituale della lingua: la lingua veniva perforata con una spina di pesce e veniva passata attraverso una corda, così da versare sangue e indurre uno stato alterato di coscienza. Tale pratica permetteva al sacerdote di comunicare con le divinità. Ferire un organo con cui comunicare, era visto come il sacrificio necessario perché questa trasformazione avvenisse.

I fachiri e i sufi islamici del Medio Oriente ed i medium dell'Estremo Oriente, praticano la perforazione della lingua così da offrire una prova del loro stato di trance.

La ragione per cui gli sciamani degli aborigeni australiani praticano la perforazione della lingua ha una ragione curativa, in quanto ciò serve a permetter loro di "succhiare con la loro lingua la magia malvagia dal corpo dei loro pazienti".

A partire dall'inizio del XX secolo molti imbonitori di spettacoli da baraccone, presero in prestito dai fachiri le loro pratiche di perforazione della lingua introducendo i primi barlumi di piercing alla lingua agli spettatori americani ed europei.

Il piercing è dunque una forma d'espressione che risale ad epoche passate. Oggi è una moda diffusissima in tutto il mondo, soprattutto tra i giovani. Buchi alle labbra, alle guance, alla lingua, brillantini temporanei e permanenti ai denti. Bocca e regioni periorali sono tra le più popolari sedi del body piercing, seconde solo ai più "classici" fori alle orecchie.

Comunque oltre alle implicazioni sociologiche ed estetiche, esistono anche implicazioni mediche rilevanti e di solito sconosciute o sottovalutate da chi si sottopone a queste pratiche. Troppo spesso il piercing viene realizzato da operatori senza alcuna specializzazione professionale a parte quella derivata dall'esperienza e con ovvie, gravi carenze dal punto di vista clinico e anatomico. In questi casi, gli interventi vengono praticati senza anestesia e soprattutto con un controllo assolutamente inadeguato delle infezioni.

Non c'è da sorprendersi se sia stata documentata una grande varietà di complicazioni dovute ai piercing orali. Il medico e/o l'odontoiatra vengono di solito chiamati in causa quando il problema si è già manifestato in tutta la sua gravità.

Chi si affida quindi ad un piercer non professionale può incorrere in tutta una serie di inconvenienti, tra cui i più frequenti sono sicuramente le infezioni. L'enorme quantità di batteri presenti nel cavo orale e l'introduzione di altri microrganismi durante l'intervento rendono il rischio di infezioni decisamente molto elevato.

Strettamente connesso alle infezioni locali è il pericolo di trasmissione di diversi tipi di patologie; un'impropria o addirittura assente sterilizzazione degli strumenti utilizzati può causare infezioni da parte dei virus dell'epatite B e C, dell'herpes simplex, dell'HIV e della tubercolosi.

Inoltre, la ferita può permettere ai microrganismi patogeni di entrare nel flusso ematico e arrivare fino al cuore. L'endocardite infettiva è una patologia causata dall'infezione microbica del rivesti-

mento endoteliale del cuore. La lesione caratteristica è la vegetazione che si forma per la deposizione di fibrina e piastrine sulla superficie endoteliale del cuore: di solito si sviluppa su una valvola cardiaca ma, raramente, può comparire anche in altre parti dell'endocardio.

Un'altra possibile complicanza è l'angina di Ludwig che è localizzata nell'area sottomandibolare, ma rapidamente si estende ai tessuti molli del collo e alla regione laringea, con la possibilità di soffocamento dovuta all'edema della glottide e che necessita di un intervento tempestivo.

Anche i danni ai nervi possono essere ritenute complicazioni associate ai piercing orali. Si possono manifestare con: intorpidimento, perdita della sensibilità e problemi di mobilità nel caso in cui la sede del piercing è la lingua. Se invece la perforazione coinvolge i vasi sanguigni, si possono verificare sanguinamenti, a volte copiosi e prolungati. Nelle situazioni più gravi, l'edema della lingua porta a difficoltà respiratorie fino alla chiusura delle vie respiratorie.

A lungo andare, i piercing orali incrementano il rischio di alterazioni delle gengive. La letteratura riporta ferite tissutali, ma anche retrazioni gengivali, con conseguente esposizione della radice del dente che risulta maggiormente soggetto a sensibilità dentinale, a carie e a malattie parodontali, fino alla perdita stessa dei denti. Il danno estetico che ne deriva compensa ampiamente l'opinabile abbellimento che alcuni attribuiscono al piercing. Nonostante il dente sia meno fragile della gengiva, anch'esso può venire danneggiato: il contatto con il metallo può determinare fratture, soprattutto se il dente è già stato curato. Alcuni studi riportano percentuali di denti scheggiati molto elevate, fino al 47% nei soggetti che portano per almeno 4 anni la classica barretta metallica alla lingua. Un'altra zona di posizionamento di piercing molto pericolosa, ma ampiamente sfruttata in special modo dalle ragazze, è quella sotto al labbro inferiore. Considerando a parte il rischio più evidente di lesioni cutanee da compressione, da strappamento, da scarificazione, risulta molto più grave il danno interno sia ai tessuti molli che ai tessuti duri. Infatti la casistica ci fa annoverare gravi sequestri gengivali ed ossei con ampie esposizioni radicolari degli elementi dentali prossimi al piercing, fratture dello smalto e/o dei denti interi per il trauma contusivo con la parte interna metallica del piercing, non dimenticando di constatare il grande aumento dell'incidenza delle infezioni che la "ferita cronica" del piercing tende a favorire.

Per quel che riguarda i danni tissutali, ricordiamo un recente studio condotto su circa 200 giovani francesi: questo studio ha infatti mostrato che i danni tissutali variano considerevolmente a seconda del materiale di cui è composto l'ornamento inserito nel cavo orale. Acciaio chirurgico, titanio e Teflon sono stati associati a recessioni gengivali con percentuali rispettivamente del 23,5, del 52,9 e del 9%, mentre si sono realizzati danni ai tessuti duri del dente nel 42,9, 35,7 e nel 14,3% dei casi.

I piercing si possono poi associare a difficoltà nelle più normali funzioni orali: ingoiare e masticare alimenti solidi, parlare in modo chiaro. L'eccessiva produzione di saliva determinata dall'oggetto estraneo presente nel cavo orale ne è una delle ragioni. Anche il senso del gusto può essere alterato.

Ricordiamo inoltre il non trascurabile capitolo delle reazioni allergiche da metallo: le dermatiti da contatto sono una manifestazione avversa che si verifica come conseguenza di una reazione di ipersensibilità, determinando pruriti e rossori.

Per finire, esistono lesioni al tratto digerente causate dal fatto che le palline di metallo si possono svitare dalle barrette e di conseguenza vengono ingerite accidentalmente dai portatori di piercing.

Abbiamo dunque a che fare con dei gioielli effettivamente pericolosi. Anche quando si è fortunati a non risentire di alcuna delle complicazioni durante l'intervento, bisogna considerare che ci vogliono tempi di assefazione e guarigione piuttosto lunghi. Per esempio la lingua necessita di almeno quattro o sei settimane per guarire dopo l'applicazione della pallina metallica, mentre le labbra guariscono in uno o due mesi. Per tutto questo lasso di tempo bisognerebbe seguire una serie di precauzioni, spesso invece ignorate o disattese. Sarebbe opportuno evitare i cibi eccessivamente duri e croccanti, quelli speziati, gli alcolici, non fumare, spazzolare dopo ogni pasto e fare lavaggi con collutorio a base di clorexidina allo 0,12/0,20% e sciacquare spesso la bocca con acqua salata tiepida.

Tutto questo ha portato ad una forte opposizione internazionale della classe medica e odontoiatrica alla pratica del piercing come ad esempio si può evidenziare dai tanti articoli dell'ADA (American Dental Association) e dell'AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry). Motivo per cui, se non lo si è già fatto, bisogna consigliare sempre a chi si vuole avvicinare alla pratica del piercing di richiedere una visita preventiva al proprio medico e al proprio odontoiatra.

Miscellanea delle interferenze, della patogenicità e delle reazioni avverse tra Asma e Salute Orale, Malattie del Cavo Orale e alcune forme di Tumori, Tossicità dell'Alcool Etilico e Mucose Orali

Dott.ssa Chiara Brugnamì - Dott. Federico Fabbri

L'asma è un'inflammatione cronica delle vie aeree che si manifesta con episodi reversibili di ostruzione. Negli ultimi decenni è diventata tra le patologie più frequenti dell'età infantile. In rapporto alla sua incidenza, a tutt'oggi sono ancor pochi gli studi che ne hanno valutato l'impatto sulla salute orale e, come frequentemente accade, appaiono discordanti: alcuni autori sostengono l'esistenza di un rapporto tra salute orale e asma, altri lo negano. Il disaccordo è dovuto alle solite ragioni: campioni o troppo piccoli o non omogenei per età dei soggetti, ricerche di tipo prevalentemente trasversali e raramente di tipo longitudinale. Lo studio trasversale può essere infatti paragonato a una foto che riproduce solo la situazione di quel momento, mentre lo studio longitudinale facilita l'analisi delle interazioni tra la patologia e i parametri considerati.

Per questo motivo è stata realizzata un'interessante ricerca presso l'università svedese di Linköping, dove l'asma colpisce circa il 10% di bambini. Lo studio prevedeva visite specialistiche e analisi della saliva effettuate all'età di 3 e 6 anni; i bambini sono stati divisi in due gruppi: pazienti con wheezing e pazienti senza sintomatologia respiratoria. I parametri di salute orale prevedevano: il numero di carie; la presenza di gengiviti; le colonie di batteri della saliva quali *Streptococcus mutans* e *Lactobacilli*. Infine venivano intervistati i genitori per avere informazioni sulle modalità di igie-

ne orale, l'uso del fluoro e le abitudini alimentari.

Il risultato dell'analisi dei dati è chiaro: la presenza di wheezing a tre anni è associata allo sviluppo della carie da 3 a 6 anni. L'asma sembra scatenare l'esordio della carie e ne aumenta la gravità. Uno dei possibili punti deboli di questo studio sta nel fatto che il viral wheezing può evolvere in modo benigno: infatti il 63% dei bambini della ricerca a 6 anni risultava libero da sintomi respiratori.

Anche uno studio condotto in Finlandia è comunque in accordo con questa ricerca: il numero di denti mancanti e otturati nei bambini affetti da wheezing in età prescolare è maggiore rispetto a coloro che non soffrono di tale patologia.

Perché il wheezing favorisca carie e gengiviti non è chiaro, gli autori ipotizzano come possibili fattori causali sia la respirazione orale che il maggior consumo di bevande dolci.

Per concludere è interessante notare che l'associazione tra asma e carie è stata riscontrata anche in ambiti geografici diversi dalla Svezia, come la Pennsylvania e l'India.

L'interesse per l'asma in ambito odontoiatrico non è comunque nuovo: si trovano pubblicazioni sull'argomento già a partire dagli anni Ottanta. Molto interessante è lo studio che riguarda gli effetti sulle proteine salivari di farmaci usati nell'asma, vedi gli agonisti dei recettori beta2-adrenergici (es. salbutamolo e ter-

butalina). Questi farmaci sono in grado di contrastare efficacemente il broncospasmo. Purtroppo i recettori beta2-adrenergici non si trovano solo a livello dei bronchi ma anche nelle ghiandole salivari e nella polpa dentale. Negli animali da laboratorio si è constatato che la somministrazione di questi farmaci diminuisce la secrezione di proteine salivari e ne altera le caratteristiche. Poiché è nota l'importanza di alcune proteine salivari (es. lisozima e lattoferrina) sull'immunità locale, si può ipotizzare l'associazione tra aumento del rischio di carie e trattamento farmacologico con beta2-adrenergici.

Per concludere possiamo citare una ricerca effettuata presso l'Università di Padova che riguarda sempre l'associazione tra uso di farmaci per l'asma nei piccoli pazienti e aumentato rischio di carie. I parametri presi in considerazione in questo studio erano, oltre alla saliva, l'indice di placca, le abitudini alimentari e di igiene orale, la conta delle colonie salivari di lactobacilli *Streptococcus mutans*. L'indice di carie era più alto negli asmatici, mentre quello di placca no, dato che i bambini asmatici erano più attenti nelle pratiche di igiene orale, mentre la loro saliva dimostrava un minor effetto tampone rispetto ai soggetti sani.

La conclusione degli autori è che i piccoli pazienti affetti da asma sono più cario recettivi, ma rimane comunque da dimostrare l'effettiva associazione tra farmaci beta2-adrenergici, alterazioni salivari e carie.

Come per l'asma in un'altra ricerca svedese è stato esaminato anche il rapporto tra patologie del cavo orale (malattia parodontale - malattia parodontale - aumento della concentrazione batterica nella saliva) e alcune forme di tumori come l'adenocarcinoma dell'esofago, il carcinoma a cellule squamose dell'esofago e il cancro gastrico. Ebbene (lo studio è stato fatto nel periodo temporale 1964-2008) si è visto

che su 6000 casi di carcinoma a cellule squamose esofageo, 38.000 casi di cancro gastrico e 2700 casi di adenocarcinoma dell'esofago per le prime due famiglie di tumori un ruolo negativo importante lo ricoprono il fumo, l'alcool, il reflusso gastroesofageo, la malattia ulcerosa, l'obesità, mentre per l'adenocarcinoma esofageo questo studio supporta l'ipotesi che le malattie del cavo orale ne aumentino il rischio di insorgenza e quindi elemento fondamentale diventa la prevenzione a livello delle malattie dei denti e delle mucose orali.

Altro problema focale è da sempre la tossicità dell'alcool etilico o etanolo a livello della bocca nella sua interezza. Se da un lato la presenza dell'alcool in alcune preparazioni farmaceutiche, cosmetiche ed omeopatiche serve come antisettico, come solubilizzante e come conservante, da un'altra parte vediamo che l'OMS ha catalogato l'etanolo nelle bevande alcoliche in particolare come cancerogeno per l'uomo, tanto che l'AIRC (Ag. Intern., Ricerca sul Cancro) ha sancito che l'insorgenza di patologie tumorali e l'aumento di crescita di tumori già esistenti nella cavità orale, nella faringe, nella laringe, nell'esofago, nell'intestino, nel seno siano correlati al consumo cronico di alcool nelle bevande (si parla di aumento del rischio di 2-3 volte per i tumori orofaringei). Quindi alla luce di quanto detto sopra è necessario limitare al massimo il consumo di bevande alcoliche, comprendendo in questa famiglia anche i collutori a base alcolica. Infatti il metabolismo dell'alcool a livello orale porta all'aumento di concentrazione dell'acetaldeide che è un potente agente cancerogeno. Ecco quindi perchè i collutori a base alcolica dovrebbero essere venduti solo su prescrizione del medico e dell'odontoiatra, dovrebbe essere sempre comunicato di farne uso per periodi limitati e non dovrebbero essere prescritti ai bambini.

SLOW NON E' LENTO

Sofia Di Tizio

etucomestai09@yahoo.it - info@slowmedicine.it - www.slowmedicine.it

In questi ultimi mesi ho condiviso le idee di un gruppo di medici e infermieri, noti per il loro impegno costante nel miglioramento delle pratiche mediche, che ha pensato di fondare un movimento innovativo chiamato **"Slow Medicine"**, che intende proporre, praticare e sostenere una "cura sobria, rispettosa e giusta".

Al Primo Convegno Nazionale della Slow Medicine, (Torino, 18-19 Novembre 2011) mi sono trovata molto bene insieme a medici ed infermieri che hanno imparato a riflettere sul loro modo di svolgere la professione ed a giovani appena laureati che sentono la voglia di cambiare, osservare e distinguere.

Mi piace pertanto condividere con tutte le persone coinvolte nell'assistenza e cura qualche significato della parola **"slow"**.

Non sempre fare tanto significa fare meglio: sembra necessario sviluppare la capacità di agire con moderazione, gradualità, semplicità utilizzando senza sprechi le risorse disponibili. In altre parole "evitare il sovrautilizzo di indagini, farmaci e trattamenti" e anche "nutrire un sano sospetto verso l'innovazione".

La medicina deve essere sostenibile per il paziente e non per il sistema

L'azione medica è guidata dalla relazione medico-infermiere / paziente e cioè la voce della medicina insieme alla voce della vita. I valori e le aspettative delle persone sono diversi: in ogni momento della vita il professionista della salute agisce con attenzione e rispetto.

Si cerca insieme un equilibrio dinamico tra la malattia della persona, le difficoltà, i valori, le funzioni residue, l'ambiente familiare e sociale. E' importante occuparsi del dolore cronico e accompagnare la capacità dell'individuo di adattarsi al suo nuovo stato fisico.

Buone pratiche per tutti

I professionisti dovrebbero riprendersi l'anamnesi, la visita clinica, l'ascolto del paziente. E' indispensabile lavorare in team superando gli steccati fra diversi specialisti e discipline, scambiare informazioni ed emozioni per evitare la frammentazione delle cure.

Una medicina giusta contrasta le disuguaglianze, suggerisce indagini e trattamenti di dimostrata efficacia ed accettabili tenendo conto delle persone e delle circostanze.



Non meno importante è dedicarsi alla cura della donna nella saggezza della vita, della natura e del corpo della donna.

La Slow Medicine, definita come una rete di idee in movimento, si definisce con tre parole chiave: sobria, rispettosa, giusta. L'idea dei fondatori è che cure appropriate e di buona qualità unite ad un'attenta comunicazione fra le persone riducano i costi dell'organizzazione sanitaria, limitino gli eccessi e gli sprechi, promuovano l'appropriatezza d'uso delle risorse disponibili e migliorino la qualità di vita dei cittadini.

Io stessa, lavorando gran parte della vita dentro le mura ospedaliere, nelle aree intensive, in una disciplina abbastanza invasiva, ho avuto lunghe notti per riflettere sulla professione medica e sulla relazione con il paziente e i familiari. Più volte comunicando al paziente le sue condizioni di gravità o ai familiari il verificarsi di complicazioni impreviste ho capito come noi "esperti" ci siamo gradualmente allontanati dal mondo della relazione per rifugiarsi nel mondo della tecnica.

Abbiamo perduto per la strada il significato più profondo della parola "cura" giustificandoci spesso con il poco tempo a disposizione senza renderci conto della nostra incompletezza.

Quando ho lasciato l'Ospedale ho pensato spesso di attuare un progetto di cura a domicilio, essenziale ed equo, che restituisse valore al tempo dedicato al rapporto col paziente.

Da qualche anno lavoro insieme a grandi amici nell'Associazione di Volontariato "**etucomestai**"; diamo una mano a chi sta molto male, nel rispetto di tutte le persone di famiglia coinvolte, integrando l'opera dei medici di famiglia, degli infermieri dell'ADI, dei fisioterapisti.

Noi pensiamo che la medicina a domicilio attuata con competenza clinica e relazionale, solidale con il dolore umano e la sua dignità, possibilmente in team multidisciplinare e multiprofessionale, possa essere di valido aiuto anche per l'organizzazione sanitaria.

Praticare una medicina "slow" sobria, rispettosa, che mantiene una tensione costante verso l'equità può significare molto non solo per il singolo individuo, ma anche per la collettività.



IL SENSO DI CURA

Dott.ssa Bice Previtera

bice.previtera@sanita.marche.it - biceprevitera@gmail.com

Emozioni. Pure, limpide, vibranti, dense di significati, intrise di valori – quelli veri – che si chiamano impegno, sacrificio, dedizione, rispetto delle regole e di se stessi, profondità, spessore morale.

E' quanto è stato offerto in regalo e resta come eredità ideale ai partecipanti all'incontro che la sezione Emilia-Romagna della Società Italiana Medici Manager (SIMM), con la mirabile guida del Dott. Giampiero Ucchino, ha organizzato il 26 novembre u.s. nell'ambito di una mostra al Museo d'Arte moderna di Bologna (MAMBO), letteralmente all'interno di un'opera d'arte, *Bureau con boiserie*, di Flavio Favelli, fra scaffali, armadi e tavolo con sedie in legno e riviste dall'archivio Roberto Roversi misure ambiente, cortesemente messa a disposizione dall'artista.

In un susseguirsi di pathos e concetti hanno condiviso il proprio sapere e l'esperienza vissuta in prima persona personaggi illustri dei campi più svariati: la Medicina, l'Ingegneria, il Diritto, la cittadinanza, la Musica, la Psicologia, la Sociologia, lo Sport.

Si riporterà di seguito una sintesi degli interventi nell'ordine cronologico del programma.

La polisemanticità del termine Cura - spiega il padrone di casa, Dott. Giampiero Ucchino, Direttore U.O.C. Chirurgia generale "B" all'Ospedale Maggiore di Bologna - spazia da sollecitudine ad attenzione, passando per preoccupazione, inquietudine, esattezza, premura, apprensione, affanno, e rimandando a una dimensione metodologica molto importante in medicina. Il riferimento è al tema del miglioramento delle prestazioni cliniche utilizzando

e riorganizzando tecnologie già esistenti, strumenti che la scienza ha già dato, teorie e prassi già possedute, piuttosto che riporre tutte le speranze di cura nella ricerca di laboratorio, certamente necessaria per accrescere le nostre conoscenze. Ci si è quindi domandati cosa accada in altri ambiti professionali vicini, ma anche distanti da quello medico; quali esperienze lavorative o personali abbiano consentito di evidenziare percorsi in cui grandi risultati derivino da un modo nuovo di connettere risorse, sviluppare relazioni, fare ricerca, riorganizzando quanto già si ha a disposizione; con quale "cura" sia utile approcciare gli obiettivi professionali per raggiungerli anche in un contesto di ristrettezza di risorse; come si fronteggi la diffusa sensazione di lavorare in condizioni "estreme" e come ci si "attrezzi" a farlo.

La connessione fra il concetto di cura e l'essenza primaria dell'essere umano affonda le proprie radici nel mito: si narra infatti che Cura abbia creato la figura umana modellando fango cretoso, a cui il dio Giove infonde lo spirito. Fra i due sorge una diatriba su chi possa decidere a maggiore ragione il nome della nuova creatura. Alla disputa si aggiunge la Terra, altrettanto rivendicando tale diritto in virtù della materia della creazione che da lei proviene. Saturno, dio del Tempo, interviene a regolamentare la lite: "Tu, Giove, hai dato lo spirito e al momento della morte riceverai lo spirito. Tu, Terra, hai dato il corpo e riceverai il corpo; poiché per prima fu Cura a dare forma a questo essere, finché esso vive lo possiede Cura. Per tutta la vita l'uomo è l'essere della Cura e visto che proviene dalla terra, dall'humus, il suo nome è homo" (Liber Fabularum,



Scena mitologica del Guercino: Cronos, Marte e Cupido in presenza di Afrodite

Higynius, I sec. d.c.). Come molti altri racconti mitologici, le fiabe hanno la capacità di mediare delle profonde verità e, giungendo direttamente al cuore, fanno capire che, fin dai tempi più antichi, Cura non doveva solo provvedere a curare ma anche a “prendersi cura” di questo Homo in quanto lo “possiederà”, cioè lo terrà come cosa sua, finché vivrà.

“Il prendersi cura richiede una visione sistemica e gradi di libertà” sostiene il Prof. Alberto Felice De Toni, Preside della Facoltà di Ingegneria Università degli Studi di Udine, Presidente Nazionale dell’Associazione degli Ingegneri Gestionali (AIIG) e, per dimostrarlo, proietta un video su metronomi e tavolette. “La cura di sé parte dal riconoscere i propri errori, continua nell’affrontare le condizioni avverse e solo alla fine riesce a vincere” egli

prosegue, proiettando una figura tratta dal sito *Bastardidentro* denominata *Cicogne e verità*. “I nostri simili alle economie di scala preferiscono la coesione sociale” egli continua, mostrando gruppi di scimmie antropomorfe che tendono naturalmente a dividersi quando il numero degli individui diviene troppo elevato per consentire un adeguato *rooming*. “Prendersi cura significa ascoltarsi per comprenderci” - è la volta di Totò ed Eduardo De Filippo nella famosa scena a Milano con il vigile urbano che li apostrofa dicendo loro di tornare alla Val Brembana - e implica il creare contesti: nella *leadership* situazionale si deve passare dal controllo al presidio e il maestro si dimostra tanto più bravo quanto più saprà creare un contesto in cui ognuno trova la propria strada, ovvero situazioni di *comfort* che consente di diventare *leader* di se stessi. “L’inno-

vazione è una disobbedienza, per cui – come Galileo insegna – è preferibile non chiedere permesso, ma al massimo il perdono”. Il codice paterno – premio in funzione dei risultati – e quello materno – amore a invarianza dei risultati – confliggono: solo il figlio che è in equilibrio fra i due codici riesce a non sbandare. Il senso di cura - nel rispetto dei ruoli, come stigmatizza l'allenatore della squadra nazionale italiana di pallavolo Velasco - crea un *team* vincente. “Prendersi cura di sé e degli altri significa essere coraggiosi: alcune partenze sono in salita, ma, se si reagisce alle situazioni difficili, si riesce con coraggio a spaccare i paradigmi esistenti, a cercare nuovi punti di vista, a non fermare la testa, a immaginare e, dopo aver respirato a fondo, prendendo la rincorsa, a mettersi in gioco e a innovare”.

“C'è un diritto alla cura? Sì, sancisce l'art. 32 della Costituzione italiana. Chi decide? L'interessato. Cosa succede se non si dà? Se ne risponde, perché si è violata la Costituzione. La persona con delle ombre (l'incapace, l'anoressico, il drogato, etc.) mantiene la propria sovranità? Sì.”. Così esordisce il Prof. Paolo Cendon, Professore Ordinario di Istituzioni di Diritto Privato all'Università di Trieste e padre dell'istituzione dell'amministratore di sostegno, in vigore dal 2008. “Questo lo diciamo oggi – egli continua –, perché tutti parlano in qualche modo (attraverso una poesia, una canzone, un libro); se la voce non si sente è perché non sappiamo ascoltare e/o non la cerchiamo abbastanza. Che cos'è l'essenza di una persona? Ciò che essa è e sente di essere”. Nella persona esiste un nucleo di inviolabilità che attiene all'essere nella sua spiritualità, che la volontà riesce a scindere dal corpo, cosicché si ha la possibilità di salvare se stessi pur subendo una violenza, come egli testimonia citando il caso di una bambina di nove anni. E' necessaria allora l'opera di ri-

composizione, particolarmente importante nella cura, per aiutare la persona a ritrovare l'unità; il medico, lo psicologo, l'infermiere, ogni operatore sanitario e socio-sanitario devono aiutare la persona a ricomporre i frammenti in cui essa è divisa. Ma ci vogliono modi garbati, morbidi, ormai desueti, dell'Ottocento. Il primo dovere del medico – come si evince dal film *Il tempo delle fragole*, citato dal Prof. Cendon – è chiedere scusa. Un'altra cosa importante è la concezione floreale: nel rigoglio e nella florealità risiede la radice della felicità; c'è una tensione, una immaginazione verso tanti temi segnati sulla nostra agenda, obiettivi, aspettative (negli aspetti ludici, affettivi, bancari, etc.); la persona malata è esattamente uguale a noi in questo; c'è un ostacolo (disabilità motoria, visiva, droga, etc.), ma essa mantiene le nostre stesse attese; siamo di fronte quindi a un soggetto desiderante e, finché esiste un oggetto desiderante, c'è speranza.

Commovente la testimonianza, estremamente sofferta nella sua signorilità, di Nicoletta Mantovani Pavarotti. “Il medico – ella sostiene nel suo racconto di persona che ha scoperto di essere malata e ha consultato vari luminari, con diversi approcci – deve infondere fiducia e speranza. Il paziente si aspetta che il medico sia suo alleato. Il familiare del paziente deve a sua volta essere aiutato, perché la malattia distrugge non solo la singola persona, bensì l'intero nucleo familiare. Uno strumento può essere un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che si occupi di tutte le sfaccettature”.

Il suono del silenzio e la musica ovunque – anche in condizioni estreme e senza comodità come avviene nell'isola del Giglio, ove professionisti legati solo dalla passione per la musica classica si incontrano d'estate per suonare in piedi sullo sfondo del mare al tramonto di

fronte a spettatori vestiti in modo casual, che seduti sulla nuda terra attendono l'alba immersi nelle melodie trasmesse alle corde profonde dell'io – riescono a convivere e a sostenersi, per consentire a una persona di prendersi cura di sé e conducendola per mano quando essa ha difficoltà, per offrirle il sollievo per l'anima così auspicato e sospirato. Queste le sensazioni e i concetti che permeano la platea dopo l'esecuzione del duo per violino e violoncello di Zoltán Kodály – brano di estrema levatura tecnica, vibrante di forza e passionalità – ad opera di due musicisti di prim'ordine: Daniela Petracchi, violoncellista, insegnante e fondatrice dell'Associazione Musicarticol9 e Stefano Pagliani, già Primo Violino al Teatro alla Scala di Milano, a conferma della universalità di un'arte che sa accogliere al contempo il particolare di ogni singola persona.

Bisogna porre attenzione al “proprio” senso di cura. Conosciamo storie, incontriamo persone: sovente si rischia di perdere, di far perdere una grande esperienza. Da qui l'idea di Lisa Galli, Psicologa e psicoterapeuta, di creare un *blog*, dal titolo “Quando la vita cambia colore”: parlare del proprio lavoro sotto forma di relazione può anche aiutare i nostri figli a crescere. “Esistere, in verità, è penetrare nella propria esistenza” affermava il filosofo Kierkegaard. Ecco come la funzione della narrazione assurge a rivestire un ruolo centrale, fra il confronto, la visione alternativa, la elaborazione e l'organizzazione mentale. E' necessario effettuare continuamente un esame di realtà. Spiegare la propria storia agli altri è spiegarla a se stessi e ciò consente di attivare la propria resilienza, per affrontare i problemi. Il mestiere della malattia è 24h/24. Il tempo della cura è il tempo della vita.



Tali concezioni possono trovare una realizzazione concreta come risultato dello studio di modelli socio-sanitari di *governance* e dei percorsi di cura, così come è accaduto all'Università degli studi di Bergamo, ove, all'interno della Facoltà di Scienze della formazione, in collaborazione con la Società italiana di cure palliative, è stato creato il "Centro Scienze umane Salute e Malattia", legato all'inguaribilità terminale. "Cosa significa prendersi cura di una persona dal punto di vista delle scienze sociali, di chi deve organizzare i servizi socio-sanitari, ovvero creare il contesto entro il quale la persona trovi le dimensioni per reagire?" si chiede Stefano Tomelleri, docente di Sociologia generale all'Università di Bergamo. "Abbiamo un mondo sociale fragile. La malattia irrompe nel corpo umano e simultaneamente nel mondo sociale, dove gli operatori sanitari e socio-sanitari devono mettere in atto tutto ciò che è necessario. E' allora importante a questo punto ricordare il senso della "rimonta": quando sembra che tutto il possibile sia stato fatto, può scattare la voglia di rimontare. Tuttavia dobbiamo avere la consapevolezza che i gradi di libertà in questa epoca sono stati via via ridotti, fino all'uso sempre più frequente di vocaboli quali omologare, catalogare, uniformare, formalizzare, razionalizzare, a riprova di un tentativo di controllo grave e preoccupante. Anche le metafore usate hanno un messaggio intrinseco: a) costruire strade e ponti, attraversare solchi, abbattere torrette (come nella guerra feudale) denotano messaggi positivi, costruttivi; b) l'immagine di un meteorite è indice di catastrofismo e, quindi, di un messaggio negativo; c) un'oasi nel deserto (nicchia ecologica) implica il concetto secondo cui c'è sì collaborazione, ma questa rimane all'interno di un gruppo di lavoro, cosicché i vari gruppi restano isolati, proprio come oasi nel deserto; d) riferirsi a un monastero, invece, indica la coesistenza di universale e particolare, poiché tale immagine rappresenta un mo-

dello che ha una visione universale ma rispetta la particolarità del locale, dando alla persona (malata e non) che si è persa la possibilità di ritrovarsi in un luogo familiare, ove sentirsi a casa. In conclusione restano questioni aperte: l'immaginazione sociologica e/o la visione sistemica; sostare sul linguaggio dell'omologazione, fino alla valorizzazione delle differenze; riconoscere e dar valore alle storie di collaborazione; coltivare la generatività; passare idealmente dal frullato alla macedonia".

La cura assume diverse declinazioni e impostazioni a seconda dei diversi contesti. "Essa – afferma Franca Olivetti Manoukian, Psicopsicologa dello studio APS di Milano – diviene tale se si attivano determinate azioni da parte di qualcuno (medico, infermiere, psicologo, etc.). La cura richiede di partire da se stessi per attivare un percorso distante, decentrato da sé. Si assiste così all'attivazione di competenze diverse, ma anche apertura verso l'altro con la disponibilità a farsi permeare dall'esperienza dell'altro. Oggi si è esposti a cambiamenti epocali della società che scuotono dalle fondamenta la visione di se stessi e hanno ripercussioni nella quotidianità. Tali cambiamenti nei servizi socio-sanitari si traducono in riduzione del personale, di acquisti e di materiali e in aumento dei controlli: ai singoli che sono chiamati a offrire cura, ma che sono costretti a lavorare in queste condizioni, giunge come messaggio la svalutazione di se stessi, cosicché il proprio lavoro viene vissuto non solo come impegno inteso nel senso della fatica, ma come vera sofferenza. Anche la quotidianità si riflette sul lavoro di costoro (la scuola dei figli con le sue criticità, i problemi economici delle bollette e del mutuo, etc.), che si aspettano dal proprio lavoro sostegno e certezze e, invece, ottengono incertezze e negazioni. Si crea una situazione di grande confusione, in cui gli operatori continuano a dire "Non ce la faccio più". Allora i singoli che oggi operano nei luo-

ghi deputati alla cura (ivi compresa la scuola, oltre agli ospedali, alle RSA, alle comunità terapeutiche, etc.) esprimono disagio e sofferenza, per la paura di essere attaccati (logica conseguenza è la medicina difensiva) e di essere giudicati male (ad esempio le ricerche sul consenso informato non sono confortanti). La cura riguarda un bene immateriale, che non si vede ed è quindi più difficile da affrontare da tutti i punti di vista. Anche i vertici non parlano più – anziché riconoscere che sono come noi e si trovano in una situazione di confusione – e rifiutano il confronto. Ciò porta a una disaffezione verso il lavoro, che ingenera frustrazione. Il coraggio, in queste condizioni, è difficile da trovare. Come possono gli operatori offrire conforto e cura, se essi stessi ricercano cura, mostrano bisogni, hanno attese? Come possiamo ipotizzare di avvicinare questi stati di malessere in coloro che curano? Intanto dobbiamo aiutarli a comprendere, senza cercare un capro espiatorio, il proprio malessere. Allora bisogna dare attenzione alla organizzazione che cura. Le dimensioni della cura sono state finora incentrate finora sulla relazione individuale e, contestualmente, l'organizzazione è vista sempre più come struttura formale tesa al controllo. L'unico modo per affrontare il problema è curare l'organizzazione, che è una realtà complessa, in cui si incrociano esigenze sia di uniformare comportamenti che di saper valorizzare le aspirazioni degli operatori; il problema infatti è che non si vedono le organizzazioni come forme non solide, ma fluide, frutto della ricomposizione tra frammenti diversi: le organizzazioni sono noi. Le poesie raccolte in *Speranza Fredda* del cinese Bei Dao scandagliano con una vis emotiva controllata e silenziosa le distanze dell'esistere e le prigioni dell'esserci che possono aiutarci ad affrontare l'ardua impresa che ci attende".

E' la volta di Pietro Mennea, velocista, ideale sportivo della nostra gioventù, che ha donato

all'Italia l'orgoglio di vedere un *record* mondiale imbattuto per quasi diciassette anni, puro, onesto, educato alla maniera di un'altra epoca. Dopo l'era sportiva, che l'ha visto gareggiare ai livelli mondiali più elevati per un ventennio, egli ha ottenuto quattro lauree ed è stato eurodeputato. Oggi è avvocato affermato, che siede con fierezza sulle poltrone ormai consuete che rappresentano il corrispettivo del premio per la medaglia d'oro vinta alle Olimpiadi. Non fu accettata la condizione – una Ferrari – da lui posta a chi lo invitò a recarsi al Sestriere per passare il testimone a chi avrebbe secondo il pronostico battuto il suo *record*, nel caso in cui invece il *record* non fosse stato battuto, così come poi i fatti confermarono; gli organizzatori non seppero cogliere l'attimo e perdettero per sempre di consegnare Sestriere alla storia; ma egli è sereno, perché superiore. "Non è necessario essere perfetti – egli spiega, raccontando come imparò a prendersi cura di sé anche mettendosi la maglia di lana quando faceva troppo freddo – ma bisogna dare il meglio di se stessi. Ciò significa avere spessore morale, credere in valori importanti e profondi, con particolare riguardo a impegno, sacrificio, dedizione, rispetto delle regole e di se stessi". A dimostrazione che queste non sono solo parole racconta la costanza di allenamenti durissimi – cinque-sei ore al giorno ogni giorno, anche a Natale, Capodanno e Pasqua –. "Bisogna provare ed è normale sbagliare: l'importante è ripartire dall'errore. Noi rappresentiamo delle storie, non siamo miti, né eroi; ma dalle storie si deve prendere solo una parte, bisogna fare salvi dei valori. Sono libertà crescere, commettere errori e ripartire da essi, lavorare sodo, aver rispetto di sé ed essere se stessi". Pietro Mennea è stato insignito del titolo "Amico di SIMM" per la categoria Sport.

E stato infine nominato Socio onorario SIMM il Dott. Fosco Foglietta, Vice presidente FIASO

dall'aprile 2009, già Direttore Generale dal 1.10.1999 al 30.09. 2002 presso l'Azienda U.S.L. di BO SUD e dal 1.10.2002 al 20.09.2010 presso l'ASL di Ferrara, persona che, accanto all'impegno istituzionale, continua a coltivare altre attività di ricerca, di divulgazione e di docenza collaborando con numerosi centri scientifici e istituti accademici.

Trarre le conclusioni è stata cura dei Proff. Walter Ricciardi – Direttore dell'Istituto di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Vice Preside della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Presidente della Società Europea di Sanità Pubblica (EUPHA), Responsabile nazionale del Coordinamento Scientifico della SIMM – e Giuseppe Massazza – Vice Presidente Operativo SIMM, Direttore della SC Programmazione e Controllo di Gestione presso l'Azienda Ospedaliera CTO M. Adelaide di Torino, Direttore Scuola di specializzazione in Medicina Fisica e riabilitativa dell'Università di Torino, Direttore dei Servizi

Sanitari ai Giochi Olimpici di Torino 2006 –: “Emergono tre concetti – afferma il Prof. Massazza –: il tempo, dimensione da dedicare a se stessi per imparare l'arte del prendersi cura; il valore della SIMM nel diverso modo di porsi, poiché essa fa un gioco di sponda; la necessità di essere pronti a cogliere l'attimo, perché le opportunità si presentano una sola volta”.

“La battaglia che la SIMM condurrà – prosegue il prof. Ricciardi – avrà il fine di portare la voce dei cittadini, delle persone che soffrono, nel momento in cui si devono assumere decisioni, realizzando un'alleanza fra medici e cittadini. Emerge l'esigenza della salute da rappresentare in un contesto in cui ci si preoccupa solo dei soldi. La SIMM s'impegna a presentare questo tipo di prospettiva anche nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Dobbiamo salvare il Sistema Sanitario Nazionale. La SIMM ha uomini e idee ed è capace di intercettare i bisogni del futuro, pur nella consapevolezza che l'impostazione del nostro sistema è vecchia, consci che bisogna aggregare risorse spendendosi con onestà intellettuale”.



CENTRO TRATTAMENTO ANGIOMI-ANGIODISPLASIE CUTANEE

SOD Clinica di Dermatologia (Direttore Prof. Annamaria Offidani)

Responsabile: Dott.ssa Oriana Simonetti

AZIENDA OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI ANCONA

La Clinica di Dermatologia, diretta dalla Prof.ssa Annamaria Offidani, ha attivato da circa un anno il Centro per il Trattamento degli Angiomi Cutanei presso l'Ospedale Pediatrico Salesi.

Il centro, coordinato dalla dott.ssa Oriana Simonetti, già operativo, si occupa delle lesioni angiomatose, sia immature che piane, con un ambulatorio dedicato ed un approccio multidisciplinare, avvalendosi di trattamenti terapeutici innovativi nonché di tecnologie avanzate.

In particolare il centro si è dotato di un Dye Laser 595 nm, di ultima generazione, dedicato al trattamento degli angiomi piani e/o angioidiplasie capillari. Queste ultime in particolare sono malformazioni dei vasi capillari che, per definizione, sono presenti alla nascita e non si risolvono spontaneamente. Qualsiasi parte del corpo può essere colpita, ma si localizzano più frequentemente al volto. In questi casi si possono accompagnare ad anomalie correlate di tipo neurologico, oftalmologico o sistemico.

Un'importante caratteristica distintiva delle angioidiplasie capillari è che persistono nel

corso della vita accrescendosi di dimensioni, proporzionalmente al segmento cutaneo interessato, con grave disagio non solo estetico, ma anche psicologico.

Inoltre la lesione, che nel bambino si presenta come una macchia roseo-rossa e liscia, progressivamente va incontro ad ipertrofia con successiva formazione di placche purpuree e noduli, quale risultato della graduale ectasia vascolare, con rischio di sanguinamento e traumi durante l'età adulta.

Pertanto l'intervento mediante Dye laser, in età pediatrica, viene fortemente consigliato per la presenza nel bambino di fattori favorenti un migliore risultato terapeutico, quali: cute più sottile, vasi più piccoli e superficiali, interessamento di un'area più limitata, minor probabilità di effetti collaterali. Tutto ciò consente di ridurre sensibilmente anche il numero delle applicazioni.

Per informazioni telefonare il lunedì mattina (dalle 10 alle 12) al numero: 071 5962010 o tutti i giorni (dalle 9 alle 14) al numero: 071 5963433



ANCONADIAGNOSI

RISONANZA MAGNETICA



Vi siete mai trovati nella situazione di dover richiedere la Risonanza Magnetica per un paziente claustrofobico, mantenendo la affidabilità diagnostica? La nuova apparecchiatura di ultima generazione Signa Profile HD della ditta GEMS è stata attentamente concepita per ridurre l'ansietà e il senso di claustrofobia del paziente, ma senza compromettere l'utilità diagnostica; il sistema è dotato di un magnete compatto, **aperto e spazioso**. Grazie all'installazione di una nuova "gabbia di Faraday" **trasparente**, il paziente sarà sempre in contatto visivo ed acustico con gli operatori. La **Ancona Diagnosi s.r.l.** dispone di questa Risonanza Magnetica di tipo **aperto**, che è ideale per chi non sopporta la sensazione di chiusura delle altre apparecchiature.

SONO ESEGUIBILI LE SEGUENTI INDAGINI DI RISONANZA MAGNETICA (RM):

- Osteo-Articolare (spalla-gomito-polso-mano-anca-ginocchio-caviglia-piede)
- Encefalo (encefalo-fossa cranica posteriore-sella turcica-orbite-angioRM)
- Massiccio Facciale (seni paranasali)
- Articolazioni Temporo-Mandibolari (ATM): anche valutazione dinamica
- Colonna Vertebrale (rachide cervicale-dorsale-lombare)
- Total Body (in particolare: pelvi-bacino)

Ubicazione: Il servizio RM della Ancona Diagnosi è situato in **Ancona, via Maggini 200**, all'interno dell'area ospedaliera della Casa di Cura "Villa Igea", il cui Servizio di Radiodiagnostica é dotato di Ecografia, Radiologia Digitale convenzionale, Mammografia digitale, Densitometria ossea, TC Multistrato ad alta risoluzione, TC-Cone Beam per studi delle arcate dentarie. La RM è situata in un'area specificatamente dedicata, con accesso diretto facilitato dall'esterno, in assenza di barriere architettoniche per disabili, con adiacente ampio parcheggio. La struttura é dotata di spazi di attesa arredati per rispondere ad esigenze di comfort e privacy; la operatività è assicurata da personale altamente specializzato.

**Per ulteriori informazioni e per appuntamenti è possibile contattare il numero 071 2820175
I tempi di attesa sono ridotti al minimo: non oltre tre giorni lavorativi**

medici & medici



www.ordinemedici.ancona.it
segreteria@ordinemedici.ancona.it