



# Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena



Bollettino dell'Ordine  
dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia  
di Forlì-Cesena

N.2 Luglio - Dicembre 2018

Organo ufficiale  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri  
della Provincia di Forlì-Cesena

**Direttore:** Dott. Stefano Benzoni

**Coordinatore della Redazione:** Dr. Gian  
Galeazzo Pascucci

**Redazione:** Dr. Matteo Costantini, Dr.  
Giovanni Fabbroni, Dr.ssa Roberta Gunelli,  
Dr. Leonardo Lucchi, Dr.ssa Licia Sapigni.

**Segreteria di Redazione:** Dott. Michele  
Gavelli, Rag. Laila Laghi, Dott.ssa Elisabetta  
Leonelli

**Consiglio Direttivo dell'Ordine**

**Presidente:** Dr. Michele Gaudio

**Vice Presidente:** Dr. Gian Galeazzo Pascucci

**Segretario:** Dr.ssa Liliana Zambelli

**Tesoriere:** Dr. Fabio Balistreri

**Consiglieri:** Dr. Andrea Alberti (Cons. Od.),  
Dr. Umberto Castellani, Dr. Angelo Castellini,  
Dott. Matteo Costantini, Dr. Andrea De Vito,  
Dr. Alberto Forgiarini, Dr.ssa Roberta Gunelli,  
Dr. Leonardo Lucchi, Dr. Paolo Paganelli  
(Cons. Od.), Dr.ssa Veronica Pasini, Dr. Marco  
Ragazzini, Dr. Claudio Simoni, Dr. Gilberto  
Vergoni

**Commissione Odontoiatrica:**

**Presidente:** Dr. Paolo Paganelli

**Segretario:** Dr.ssa Melania Vicchi

**Componenti:** Dr. Andrea Alberti, Dr.  
Domenico D'Arcangelo, Dr.ssa Benedetta  
Giulianini

**Revisori dei Conti:**

**Presidente:** Dr. Giovanni Fabbroni

**Componenti:** Dr. Marco Gardini, Dr.ssa Paola  
Possanzini

**Revisore supplente:** Dr.ssa Daniela Zanetti

## Editoriale

*pag. 3*

## Vita dell'Ordine

- Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

*pag. 4*

## LE SERATE DELL'ORDINE, secondo semestre 2018

- Approccio clinico al paziente atopico: allergia ed intolleranza alimentare. La clinica, il laboratorio e le novità
- U.O. Complessa di Ortopedia e Traumatologia di Forlì: principali ambiti chirurgici
- Il bambino in pronto soccorso: come trattiamo il dolore? L'esperienza dei medici e degli infermieri di Forlì e di Cesena
- Endocardite infettiva: diagnosi e terapia

*pag. 27*

*pag. 29*

*pag. 31*

*pag. 33*

## Medici scrittori

- Morbi, microbi, terreni
- Auguri, dottore, da un paziente qualunque

*pag. 35*

*pag. 39*

Periodico distribuito  
a tutti gli iscritti  
all'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Forlì-Cesena  
e a tutti gli Ordini d'Italia.  
È organo ufficiale di stampa dell'Ordine  
e pertanto le notizie pubblicate  
hanno carattere di ufficialità  
e di avviso per tutti i colleghi.



## EDITORIALE

Si è appena concluso un altro anno non particolarmente favorevole per la nostra professione.

Tante, troppe le problematiche e le polemiche.

Ancora una volta un bilancio assolutamente negativo con toni che seppur apparentemente smorzati dimostrano tutta l'espressione del disagio dell'intera professione medica.

E non ci rassicura certo la manovra economica recentemente varata dal Governo scarna di contenuti concreti a favore della professione.

Persino una norma favorevole come quella di "quota 100" diventa un boomerang andando a peggiorare sensibilmente il problema demografico in assenza di una programmazione sensata dell'accesso alle Facoltà di Medicina e alle scuole di specializzazione ed in presenza di un costante blocco del turn over.

Qualcosa di positivo però si è verificato a fine anno. Come saprete la legge n. 3/2018 qualifica gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri quali Enti Pubblici non Economici Sussidiari (e non più Ausiliari) dello Stato. Si sentiva fortemente il bisogno di tradurre concretamente il significato di queste trasformazioni.

Finalmente, alla fine dello scorso novembre è stato sottoscritto un protocollo di intesa con l'istituzione di un tavolo permanente tra FNOMCeO e Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con l'intento di valorizzare e potenziare l'intero sistema di governance della sanità anche e soprattutto per garantire la sostenibilità del SSN.

Il protocollo prevede anche l'istituzione di relativi tavoli permanenti anche di livello regionale con i rispettivi Ordini provinciali con al centro nove argomenti di assoluta rilevanza.

Tra questi meritano particolare attenzione per i contenuti e le caratteristiche di urgenze:

- Ruolo professionale del Medico e dell'Odontoiatra con riguardo alle competenze, l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nel codice deontologico al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva.
- Fabbisogni del personale medico e programmazione e sviluppo dei sistemi sanitari regionali.

La regione Emilia-Romagna è stata di fatto la prima a recepire i contenuti del protocollo nazionale e a convocare gli Ordini lo scorso 19 dicembre per iniziare questo percorso.

Di fatto un riconoscimento che il SSN è sostenuto dai suoi protagonisti e quindi in primo luogo dai medici.

Dopo anni di mancanza di dialogo a livello regionale si apre una nuova strada che, utilizzando le competenze degli Ordini, potrebbe portare a risultati concreti.



**Dott. Michele Gaudio**  
*Presidente OMCeO Forlì-Cesena*

9 SETTEMBRE 2017  
GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

SALUTO DELLE AUTORITA'



Mons. Livio Corazza



Dott. Raul Mosconi





Dott.ssa Donatina Cilla



Dott. Paolo Masperi



Sig.ra Franca Ginanni



Sig. Orlando Lama

**80 ANNI DALLE LEGGI RAZZIALI: PER NON DIMENTICARE  
CON LETTURA DI POESIE DI ROCCO ANTONIO MESSINA**



Dott. Giancarlo Cerasoli



Ilario Sirri



## PREMIAZIONE 3° CONCORSO LETTERARIO



Dott. Edmondo Mazzone



Dott. Omero Giorgi



Dott.ssa Giuseppina Pugliese



**CERIMONIA DI CONSEGNA DELLA MEDAGLIA PER I 70 ANNI DI LAUREA**



Prof. Guido Ghini



**CERIMONIA DI CONSEGNA DELLA MEDAGLIA PER I 60 ANNI DI LAUREA**



Prof. Giorgio Landi



Dott. Ubaldo Mengozzi

## CERIMONIA DI CONSEGNA DELLA MEDAGLIA PER I 50 ANNI DI LAUREA



Dott. Michele Aquilina



Dott. Franco Barbanti



Dott. Fabio Bracci





Dott. Dario Bruni



Dott. Salvatore Pignatari



Dott. Carlo Chiadini





Dott. Giovanni Filippi



Dott. Walter Gamberini



Dott. Franco Gattichi



Dott. Italo Gualtieri





Dott. Tommaso Marcatelli



Dott. Gino Riceputi



Dott. Francesco Sorbello



Dott. Enrico Tamburini



## GIURAMENTO DI IPPOCRATE DEI NUOVI ISCRITTI

### ALBO MEDICI



Dott.ssa Matilde Aguzzoni



Dott.ssa Anita Betulla



Dott. Alex Brocchi



Dott.ssa Angela Bruschi





Dott. Cesare Casadei



Dott.ssa Cecilia Di Stefano



Dott.ssa Federica Farolfi



Dott. Giuseppe Ferraro





Dott. Lorenzo Foschi



Dott.ssa Carolina Giannini



Dott.ssa Jenny Giulianini



Dott.ssa Francesca Lolli





Dott.ssa Michela Lupinelli



Dott.ssa Laura Mambelli



Dott. Marco Mambelli



Dott.ssa Lucia Massa





Dott.ssa Lucia Monti



Dott.ssa Francesca Morigi



Dott. Tommaso Moscatelli



Dott.ssa Elena Mosconi





Dott.ssa Francesca Naldini



Dott. Elia Pasqualone



Dott.ssa Mara Pelusi



Dott.ssa Giulia Perini





Dott.ssa Linda Petrini



Dott. Davide Pistocchi



Dott. Enrico Pompili



Dott.ssa Claudia Rosetti





Dott.ssa Lucia Rossi



Dott. Michele Strocchi



Dott. Valerio Tonelli



## ALBO ODONTOIATRI



Dott. Gianni Baiocchi



Dott.ssa Chiara Dellacava





Dott.ssa Federica Paganelli



Dott. Andrea Spinelli



Dott.ssa Mihaela Vitale







## LE SERATE DELL'ORDINE 2018

Nell'anno 2018, grazie alla partecipazione e alla disponibilità dei relatori, la maggior parte colleghi operanti nella nostra provincia, sono state organizzate 19 "Serate dell'Ordine". Si sono svolte il giovedì sera con cadenza circa quindicinale, presso la sala conferenze dell'Ordine dei Medici, per un totale di 57 ECM erogati, garantendo ai nostri iscritti il fabbisogno totale annuo di punti ECM annuali ministeriali richiesti, pari a 50.

Sono state affrontate tematiche di interesse generale, ma anche di respiro più specialistico, con l'intento di incontrare gli interessi di tutti i colleghi.

Continua inoltre, la collaborazione con il gruppo FIPES a fine di partecipare gratuitamente ad eventi formativi a distanza (FAD), ampliando l'offerta formativa e cercando di offrire un servizio di aggiornamento anche ai colleghi che non riescono a presenziare agli incontri serali

### Calendario 1° semestre 2018

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Giovedì 18 gennaio 2018</b>  | <b>L'urgenza in reumatologia appropriatezza nei percorsi diagnostici</b><br>Relatori: F. Girelli, M Bruschi, E. Turrone                       |
| <b>Giovedì 8 febbraio 2018</b>  | <b>Nuove prospettive nel trattamento delle neoplasie cerebrali</b><br>Relatori: M. Ruggiero, L. Tosatto, M. D'Andrea                          |
| <b>Giovedì 22 febbraio 2018</b> | <b>Fibrillazione atriale: epidemiologia, clinica, problematiche terapeutiche</b><br>Relatore: R. Morgagni                                     |
| <b>Giovedì 8 marzo 2018</b>     | <b>Disturbi del comportamento alimentare nell'età adolescenziale e nell'adulto</b><br>Relatori: R. Dalle Grave, F. Mazzini                    |
| <b>Giovedì 22 marzo 2018</b>    | <b>L'infertilità di coppia</b><br>Relatori: A. Borini, T. Zenico, A. Bazzocchi  |
| <b>Giovedì 05 aprile 2018</b>   | <b>Vaccinazioni: certezze e dubbi</b><br>Relatori: S. Spazzoli, A. M. Baldoni   |
| <b>Giovedì 19 aprile 2018</b>   | <b>Chirurgia della mammella nel paziente sveglio: blocco paravertebrale toracico</b><br>Relatore: A. De Chiara                                |
| <b>Giovedì 10 maggio 2018</b>   | <b>"Consumer benefit e reason why ..... Ovvero" Motivazioni e garanzie al servizio del paziente</b><br>Relatore: D. Faganello, R. Tintinaglia |
| <b>Giovedì 24 maggio 2018</b>   | <b>L'utilizzo della Cannabis in terapia del dolore</b><br>Relatori: P. Romualdi, E. Piraccini, A. Castellini                                  |
| <b>Giovedì 7 giugno 2018</b>    | <b>Dall'anamnesi al fascicolo sanitario elettronico: Internet/h-health e relazione di cura</b><br>Relatore: G. Cerasoli, L. Zambelli          |



**Giovedì 21 giugno 2018**

**La nuova normativa in materia di privacy  
(Regolamento Europeo EU/2016/679)**  
Relatore: Avv. M. G. Di Pentima

**Calendario 2° semestre 2018**

**Giovedì 6 settembre 2018**

**Approccio clinico al paziente atopico:  
allergia ed intolleranza alimentare. La clinica, il laboratorio  
e le novità**  
Relatore: G. Timoncini, E. Ricci

**Giovedì 20 settembre 2018**

**Analgesi oppioidi: uso, abuso, dipendenza**  
Relatore: F. Lugoboni

**Giovedì 4 ottobre 2018**

**U.O. Complessa di Ortopedia e Traumatologia di Forlì:  
principali ambiti chirurgici**  
Relatori: R. Casadei, M. Lughi, A. Campagna

**Giovedì 18 ottobre 2018**

**Apnee ostruttive in sonno (OSAS):  
il ruolo dell'odontoiatra e dell'otorinolaringoiatra**  
Relatori: C. Vicini, Y. Turci, R. Gobbi, A. De Vito

**Sabato 27 ottobre 2018**

**Enpam: la tutela previdenziale dallo studente al medico**  
Relatori: S. Falcinelli, C. Capra

**Giovedì 8 novembre 2018**

**Il bambino in Pronto Soccorso: come trattiamo il dolore?  
L'esperienza dei medici e degli infermieri di Forlì  
e di Cesena**  
Relatori: A. Biasini, E. Piscaglia, S. Serra, T. Bernabei,  
A. Fabbri

**Giovedì 22 novembre 2018**

**Endocardite infettiva: diagnosi e terapia**  
Relatori: S. Longhi, E. Gardini, F. Cristini, R. Carletti

**Giovedì 6 dicembre 2018**

**Il trattamento conservativo delle cisti dentigere e mascellari  
e il recupero dei denti inclusi**  
Relatori: G. Santucci, M. Maltoni, I. Maltoni

## **APPROCCIO CLINICO AL PAZIENTE ATOPICO: ALLERGIA ED INTOLLERANZA ALIMENTARE. LA CLINICA, IL LABORATORIO E LE NOVITÀ**

*21.06.2018 presso Ordine dei Medici*

L'Allergia Alimentare (AA) è una reazione avversa agli alimenti causata da una anomala reazione immunologica mediata da anticorpi della classe IgE, che reagiscono verso componenti alimentari di natura proteica. L'AA può manifestarsi già in età pediatrica (5% dei bambini) oppure insorgere in età adulta (4%): nel primo caso spesso regredisce (come ad esempio nel caso di latte e uovo), mentre negli adulti tende a persistere per tutta la vita. L'AA può presentarsi con un ampio spettro di manifestazioni cliniche che spaziano da sintomi lievi fino allo shock anafilattico, potenzialmente fatale. Segni e sintomi compaiono a breve distanza dall'assunzione dell'alimento (da pochi minuti a poche ore) e sono tanto più gravi quanto più precocemente insorgono. Possono interessare diversi organi ed apparati. Il tipo di proteina verso cui il soggetto sviluppa anticorpi IgE è tra i maggiori determinanti della gravità del quadro clinico. Esistono infatti proteine resistenti alla cottura e alla digestione gastrica, responsabili in genere di reazioni sistemiche, e proteine termo e gastro labili, che causano solitamente sintomi locali e più lievi. L'allergia alimentare rappresenta la prima causa in assoluto di anafilassi nel bambino per gli episodi che avvengono al di fuori dell'ambiente ospedaliero. Negli adulti sono invece prevalenti le cause da veleno da imenotteri.

Per anafilassi si intende una reazione sistemica a potenziale rischio di vita. Tale reazione è caratterizzata da sintomi a rapido esordio con interessamento delle vie aeree, difficoltà respiratoria con evoluzione fino al collasso cardiocircolatorio. Tali sintomi sono solitamente associate ad orticaria ed edema delle mucose che possono però essere assenti nel 10% dei casi. L'anafilassi da alimenti presenta un esordio variabile da pochi minuti a due ore, con una media di 30 minuti. Gli alimenti più frequentemente in causa sono costituiti da latte vaccino, uovo, grano, frutta secca, pesce e crostacei, anche se tutti gli alimenti sono in grado di scatenare reazioni gravi. La diagnosi è prevalentemente clinica, con peculiare caratteristica di bronco-ostruzione fino all'insufficienza respiratoria e più raramente di collasso cardiocircolatorio. Per tale motivo la presenza di asma, in particolare non controllata, costituisce un fattore di rischio per reazioni anafilattiche nei pazienti con allergie alimentari. Un altro aspetto da considerare nella diagnosi è la presenza di co-fattori che possono facilitare l'esordio della reazione per l'assunzione di alcuni alimenti, quali l'esercizio fisico, la somministrazione di farmaci antiinfiammatori non steroidei, ed infezioni virali concomitanti.

La terapia dell'episodio acuto prevede di prima scelta l'adrenalina intramuscolo.

La somministrazione precoce di adrenalina blocca la progressione della reazione, riducendo la possibilità di reazioni bifasiche

**Indicazioni assolute** per erogazione di almeno di 1 adrenalina autoiniettabile:

- precedente episodio di anafilassi da qualsiasi causa (alimento, veleno imenotteri, lattice, farmaci);
- anafilassi post esercizio fisico;
- anafilassi idiopatica;
- asma grave/moderata in paziente con allergia alimentare;
- allergia al veleno di imenotteri con precedenti reazioni sistemiche.



**Indicazioni relative:** per erogazione di almeno 1 adrenalina autoiniettabile:

- presenza di co-fattori in soggetto con allergia alimentare
- precedente reazione moderata/lieve alla frutta secca;
- adolescenti o giovani adulti con allergia alimentare;
- distanza da un PS in paziente che ha presentato reazioni di moderata gravità ad alimenti, veleno di imenotteri, lattice;
- reazione moderata a minime tracce di alimento.

**Dott. Giuseppe Timoncini**  
*Medico Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica*

Bibliografia.

- Allergie e Intolleranze Alimentari - Documento Condiviso. IL GRUPPO DI LAVORO INTERSOCIETARIO
- Presidente Roberta Chersevani FNOMCeO 10/luglio / 2017.

# U.O. COMPLESSA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DI FORLÌ: PRINCIPALI AMBITI CHIRURGICI

04.10.2018 presso Ordine dei Medici

## **L'Osteoncologia: una nuova disciplina in ambito ortopedico**

L'Osteoncologia è una nuova disciplina dell'oncologia che si occupa del trattamento dei tumori primitivi dell'osso, dei sarcomi delle parti molli, delle lesioni secondarie ossee (metastasi ossee) e della bone health, cioè delle alterazioni della struttura ossea nei pazienti trattati con chemioterapia.

Attualmente di fronte ad una lesione ossea o dei tessuti molli non si può prescindere dal fare una diagnosi con ago biopsia sotto controllo TAC o con ago biopsia sotto controllo ecografico.

I trattamenti sistemici sempre più aggiornati e l'introduzione delle nuove target therapy hanno portato ad una maggior efficacia del trattamento con un netto miglioramento della prognosi. Nello stesso tempo lo sviluppo delle varie tecniche terapeutiche ha determinato una maggior efficacia delle varie terapie adiuvanti. Infine l'ottimizzazione delle tecniche di radiodiagnostica ha consentito da un lato una diagnosi più precoce delle neoplasie e dall'altra un miglioramento del trattamento chirurgico. Tutti questi fattori hanno determinato un allungamento della vita dei pazienti affetti da neoplasie che ha portato di conseguenza ad una maggiore incidenza di riscontro di metastasi ossee.

Oggi è necessaria una valutazione multidisciplinare del paziente affetto da neoplasia ossea in modo da potergli offrire il miglior percorso diagnostico-terapeutico possibile.

Infatti non tutte le lesioni ossee devono essere operate ma molte possono rispondere bene ai trattamenti sistemici o radianti.

La chirurgia nel paziente metastatico ha lo scopo di prevenire e trattare le complicazioni come la frattura o la compressione midollare, di asportare completamente la lesione ossea nei pazienti che hanno un lungo intervallo libero tra la diagnosi del tumore primitivo e la ricaduta ossea, di ridurre il dolore, di migliorare la qualità di vita del paziente.

Viceversa lo scopo della chirurgia nei tumori primitivi dell'osso e delle parti molli è quello di guarire il paziente e dargli il miglior risultato funzionale possibile. Questo è spesso realizzabile mediante la combinazione della chirurgia con la chemioterapia e la radioterapia. Purtroppo ancora oggi specie nei sarcomi delle parti molli gli errori diagnostici, le incaute escissioni e le indicazioni terapeutiche errate sono fonte di errori che gravano non solo sulla qualità di vita, ma proprio sulla stessa vita del paziente. Proprio per questo è necessario concentrare tali patologie in centri in cui ci sia la possibilità di una valutazione multidisciplinare che mettendo al centro il paziente e facendo ruotare attorno ad esso più specialisti consente al paziente di avere un'indicazione omogenea e non discordante come spesso capita quando i vari specialisti valutano il caso singolarmente.

Questa tipologia di approccio al paziente neoplastico è iniziata presso l'IRST di Meldola, si è estesa a 10 centri in Italia con la costituzione della Società Italiana di Osteoncologia e la si svilupperà nel corso dei prossimi anni in ambito dell'Ausl Romagna.

**Dott. Roberto Casadei**  
*Direttore U.O. Complessa Ortopedia e Traumatologia  
Ospedale Morgagni di Forlì, Ausl Romagna*



## **La mininvasività in ortopedia. Da dove siamo partiti, dove siamo e dove possiamo arrivare**

La mininvasività in chirurgia ortopedica deve essere intesa come un CONCETTO nel quale vengono compresi da una parte gli aspetti tecnico pratici per raggiungere un obiettivo col maggior risparmio tissutale e dall'altra aspetti più intellettuali con le più aggiornate conoscenze in ambito biomeccanico, funzionale, biologico e bio-ingegneristiche.

L'incipit al pensare ed operare perseguendo il "sogno" di una chirurgia mininvasiva l'ha dato l'intuito del professor Takagi che nel 1918 ispezionò l'articolazione del ginocchio utilizzando un cistoscopio. Dopo questo tentativo la tecnologia è venuta incontro alle esigenze del chirurgo permettendogli di applicare tutto ciò che di nozionistico si era raccolto nel 1° atlante di artroscopia pubblicato nel 1962 da Watanabe (allievo di Takagi).

Da allora ad oggi si è sempre di più consolidato il binomio tecnico culturale DIAGNOSI-TRATTAMENTO CHIRURGICO.

Si sono raggiunti livelli di perfezionamento diagnostico molto alti e nello stesso tempo si sono potute applicare tecniche chirurgiche assolutamente selettive ed anche molto efficaci. Oggi si approciano in mininvasività patologie della cartilagine, dei legamenti ecc... che in un recente passato venivano approcciati con una chirurgia open. La cosa interessante è che il binomio di cui sopra è teorizzabile per tutte le articolazioni (spalla, gomito, polso, anca, ginocchio e caviglia)

L'evoluzione bio-ingegneristica e culturale con sempre maggiori competenze in campo biomeccanico, funzionale, biologico ha anche permesso un approccio mininvasivo alla patologia degenerativa articolare. Infatti in ottica mininvasiva si è arrivati a sviluppare un altro CONCETTO ad essa strettamente correlato che è quello della PERSONALIZZAZIONE della scelta del trattamento e della procedura chirurgica. Ad ogni paziente la "PROPRIA" procedura chirurgica rivolta ad ottimizzare il risultato con il maggior risparmio tissutale e con la migliore riproduzione della funzione articolare.

Con questo substrato oggi possiamo impiantare protesi con maggior risparmio di tessuto e utilizzando vie di accesso mininvasive grazie anche al perfezionamento di strumentari sempre più "miniaturizzati".

Dove possiamo arrivare...visti i passi in avanti registrati negli ultimi anni penso che non possano essere immaginabili limiti alla tecnologia e alla applicazione in campo chirurgico. E' bello aspettarci sempre cose nuove al servizio del chirurgo per ottenere il miglior risultato per il paziente.

**Dott. Marcello Lughì**

*Dirigente medico 1° livello UO Ortopedia e Traumatologia  
Presidio Forlì AUSL Romagna*

# IL BAMBINO IN PRONTO SOCCORSO: COME TRATTIAMO IL DOLORE? L'ESPERIENZA DEI MEDICI E DEGLI INFERMIERI DI FORLÌ E DI CESENA

08.11.2018 presso Ordine dei Medici

## Il documento di consenso sull'analgosedazione procedurale pediatrica in pronto soccorso: la svolta operativa necessaria

La legge 38/2010 sulle cure palliative e controllo del dolore è fra le più avanzate in Europa. Acquisita con l'accordo stato regioni del 25 luglio 2012, promosse un cambiamento culturale notevole iniziando il percorso ospedale/territorio senza dolore. L'area pediatrica, in accordo con le società scientifiche (ACP, SIP, FIMP) aderì alle indicazioni mettendo in atto formazione specifica per medici ed infermieri (Master, progetto "niente male junior"), definendo procedure interne, esponendo il poster con le scale per valutare il dolore, ed inserendo il video filmato "dolore no grazie" nel palinsesto TV dei luoghi di attesa. Inoltre la documentazione medico/infermieristica sulla valutazione del dolore e suo trattamento, costituisce parte integrante della cartella ospedaliera.

Tuttavia il rapporto al Parlamento 2015 sullo stato di attuazione della legge 38 in area pediatrica, evidenziava lacune importanti nei pediatri di famiglia e nelle aree di pronto soccorso (PS). Il PIPER (Pain in Pediatric Emergency Room) evidenziava che solo in 1 bambino su 4 il dolore veniva misurato e solo in 1 su 2 venivano somministrati farmaci analgesici entro 20 minuti. Nel 2017 il PIPER si rinnovò con il modello "train the trainer" secondo 3 format distinti:

- 1) **Generalità:** valutazione /misurazione dolore in PS durante triage, uso di paracetamolo o ibuprofene da parte di infermieri.
- 2) **Dolore procedurale:** venipuntura, rachicentesi, sutura chirurgica, prima medicazione ustionato.
- 3) **Dolore acuto:** addominale, associato a trauma, nel bambino con anemia falciforme o con deficit cognitivo.

La SIMEUP ha ora prodotto il **Documento di consenso** sul trattamento del dolore procedurale in PS. Dato il metodo rigoroso, standardizzato e ripetibile delle Linee Guida NICE, il Comitato tecnico Scientifico le ha adottate come base, i componenti del Panel giuria sono stati selezionati garantendo la multidisciplinarietà e tutto ciò rende il Documento prezioso e affidabile.

Viene confermato l'approccio relazionale iniziale che acquisirà il consenso avviando le tecniche non farmacologiche (approccio cognitivo/comportamentale con immaginazione guidata, rilassamento, musica, clown terapia) modalità tutte che mirano a ri-orientare l'attenzione del bambino lontano dalla procedura dolorosa.

Il Documento ha il pregio di chiarire subito che le due condizioni essenziali per eseguire analgosedazione in PS sono:

- a) presenza di **operatore esperto** sia nel monitoraggio che nella somministrazione di farmaci in età pediatrica
- b) **protocolli locali definiti e condivisi**. Il medico PS diventa operatore esperto quando è adeguatamente formato.

Si precisa (racc. 62, 63) che oltre ai corsi specifici sulla sedazione di bambini, i medici PS dovranno possedere evidenze documentali delle tecniche di rianimazione avanzata, PALS/EPALS e gli infermieri EPILS/PALS/EPALS nonché dei previsti retraining.



L'addestramento degli operatori potrà essere differenziato (racc 64) prevedendosi formazione per **analgesedazioni minime** (uso di midazolam per os o via intranasale –MAD, fentanil intranasale MAD, Protossido di azoto premiscelato con O2 al 50%, o per quelle **moderate/profonde** (ketamina, propofol, fentanil iv, associazioni di farmaci).

Al di là della precisione e completezza tecnica del documento, quello che emerge con chiarezza è la possibilità di utilizzo di farmaci potentemente analgesici/sedativi da parte di medici non anestesisti ma con formazione adeguata sia nel monitoraggio che nella gestione di possibili eventi avversi. Analogamente, la semplice acquisizione del “*know-how*” necessario, permette ad una infermiera di somministrare in autonomia farmaci a bambini durante il triage.

Tutto ciò valorizza ed aumenta le competenze professionali di tutti gli operatori presenti in PS.

**Dott. Augusto Biasini**  
*Medico specialista in Pediatria ed Ematologia*

Il dolore viene definito come un'esperienza negativa percepita dall'individuo in seguito ad un danno reale o potenziale.

Diverse organizzazioni di fama mondiale come OMS e IASP hanno definito cosa sia il dolore.

Il Pronto Soccorso di Cesena cerca di risolvere le problematiche derivanti sia da dolore patologico che traumatico, avvertito dal bambino.

Per risolvere e creare una giusta risoluzione a tali richieste l'infermiere di triage, prima persona che si interfaccia con il bambino, cerca di entrare in empatia con tale paziente per eseguire una corretta valutazione del paziente, in quanto spesso e volentieri oltre al dolore intercorrono altri fattori come la paura, l'ansia dei genitori, la voglia di attenzione che possono interferire con la reale intensità di dolore percepita.

Oltre alle varie osservazioni eseguite dall'infermiere, esso può utilizzare appositi strumenti o meglio apposite scale che gli permettono una migliore valutazione ed identificazione del dolore, le scale utilizzate sono: Flacc, Wong-Backer, Cheops.

Una volta identificato il dolore si procede in tale maniera:

Se dolore è ben tollerato e non vi sono alterazione dei parametri vitali il bambino viene inviato secondo protocolli direttamente al reparto di pediatria.

Se dolore deriva da patologie di grave intensità con alterazione dei parametri vitali il bambino viene tratto in un primo momento al Pronto Soccorso poi inviato successivamente in Pediatria

Tali metodologie sono state redatte al fine di rispondere al meglio e nel minor tempo possibile alla richiesta d'aiuto del bambino.

**Ermes Piscaglia**  
*Infermiere Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza*  
*AUSL Romagna, Cesena*

# ENDOCARDITE INFETTIVA: DIAGNOSI E TERAPIA

22.11.2018 presso Ordine dei Medici

## Il trattamento medico dell'Endocardite Infettiva

L'endocardite infettiva non è una patologia frequente, l'incidenza è orientativamente di 8-10 casi su 100.000 abitanti nella fascia di età maggiormente a rischio, quella fra i 70 e gli 80 anni, in base a dati di letteratura.

La conoscenza dei suoi fattori di rischio e delle sue caratteristiche cliniche è fondamentale per sospettarla e quindi per sottoporre i pazienti alla diagnostica del caso. Il medico dovrebbe tenere alto il livello di allerta verso tale patologia essenzialmente in tutti i casi di febbre persistente senza particolari richiami d'organo e nei casi di episodi febbrili recidivanti dopo terapie antibiotiche empiriche.

A maggior ragione tale patologia va sospettata quando alle caratteristiche cliniche si associano fattori di rischio specifici, fra tutti la presenza di valvole cardiache protesiche.

Il tema del trattamento medico della endocardite infettiva è argomento tipicamente di medicina ospedaliera, in quanto segue sempre una diagnosi che può anche essere ambulatoriale, ad esempio l'esecuzione di un esame ecocardiografico a seguito di un sospetto clinico.

Le scelte terapeutiche sono molteplici in rapporto alla eziologia in causa. Le emocolture rappresentano l'altro momento fondamentale della diagnostica della endocardite, da eseguire sempre prima dell'inizio di qualunque trattamento antibiotico al fine di non inficiarne la sensibilità diagnostica.

Le emocolture portano infatti a definizione diagnostica microbica la maggior parte dei casi di sospetta endocardite.

Una piccola quota, sebbene non trascurabile, di endocarditi ad emocoltura negativa richiede un approccio diagnostico e terapeutico *ad hoc*, di stampo prettamente specialistico infettivologico.

Riguardo invece alle forme classiche ad emocolture positive, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis* e gli Streptococchi viridanti rappresentano la stragrande maggioranza degli agenti patogeni causali. L'incidenza dei diversi patogeni, e i diversi *pattern* di chemio-sensibilità di *Staphylococcus aureus* che coagulasi-negativi dipende dalla specifica forma di endocardite infettiva: una recente classificazione della patologia ne identifica diverse in base a diversi fattori di rischio di base:

- Endocarditi di comunità
- Endocarditi associate alle cure sanitarie non nosocomiale e nosocomiale
- Endocarditi associate a sostanze di abuso per via endovenosa
- Endocarditi su valvola protesica, ad insorgenza precoce (entro il mese dall'intervento), ad insorgenza intermedia (entro 1 anno) e ad insorgenza tardiva (oltre l'anno).
- Endocarditi associate a *devices* intracardiaci

Senza entrare nei complessi dettagli terapeutici della patologia, i principi fondamentali del trattamento sono i seguenti:

- raramente è indicata la terapia empirica in quanto la definizione diagnostica microbica è molto frequente.
- La terapia empirica iniziale va riservata ai pazienti con quadri clinici di sepsi o shock settico, non frequenti ma possibili, soprattutto quando è in causa lo *S.aureus*.
- Nei casi ad emocolture negative gli approfondimenti microbiologici verso eziologie anche non



batteriche vanno sempre eseguiti, così come vanno eseguite le sierologie verso i patogeni intracellulari tipici della patologia e così come vanno considerate forme di endocardite NON infettiva

- La terapia infusiva è sempre da preferire

- E' patologia di difficile eradicazione, per cui il trattamento è classicamente lungo, tipicamente di almeno 4 o 6 settimane a seconda della eziologia e dal coinvolgimento o meno di una valvola cardiaca protesica o di un *device* intracardiaco.

- Nei ceppi batterici sensibili ai betalattamici vanno sempre favoriti questi farmaci in quanto superiori rispetto alle alternative terapeutiche. L'utilizzo di altre classi di farmaci va riservato ai ceppi batterici resistenti ai betalattamici oppure ai pazienti con anamnesi di allergia grave a tali farmaci.

- Il coinvolgimento del cardiocirurgo è spesso fondamentale, per giudizio clinico ed eventuale indicazione chirurgica in base alla gravità clinica

I principi generali di trattamento della patologia sono classici, consolidati ormai da lustri. Vi è però una serie moderna di dati e studi in letteratura che stanno modernizzando la gestione di questa importante e grave patologia, grazie a innovativi farmaci per via infusiva ed alla possibilità in pazienti selezionati di gestione non ospedaliera della patologia, sia in regime di terapia infusiva mediante programmi di terapia domiciliare o ambulatoriale, sia di terapia per os.

**Dott. Francesco Cristini**  
*Direttore Struttura Complessa U.O. di Malattie Infettive*  
*Ospedale di Forlì e Rimini*

## MORBI, MICROBI, TERRENI

*La politica non è altro che medicina su più vasta scala.*

R. Virchow

A lungo, nella storia della medicina, si è discusso se la causa di un morbo risiedesse in un unico fattore, o se fosse il risultato congiunto di molteplici fattori che agivano sinergicamente. In genere l'etiologia è nel primo caso ascrivibile all'esogeno e nel secondo all'endogeno. Le diverse rappresentazioni legate alla supremazia dell'endogeno, e del multifattoriale, sono infinitamente meno diffuse di quelle legate all'esogeno, nelle tradizioni mediche di tutte le culture umane. Si affermano con l'avvento della genetica e della biologia molecolare e sono quindi evidenze dell'ultimo secolo. Nel caso delle malattie congenite, in particolare, è la nostra stessa struttura che è minacciata: il gene difettoso che codifica in modo sbagliato per una proteina fondamentale, o per un gruppo di enzimi necessari ai processi dell'organismo. La dinamica è tutta interna all'organismo e determina la disfatta del fenotipo che ne è portatore e dei suoi discendenti, se ne avrà. L'endogeno s'impone anche grazie alla recente attenzione occidentale per la soggettività, grazie alla quale l'individuo si emancipa dal gruppo cui, culturalmente nelle società premoderne, è sempre legato. Infatti, il concetto d'individuo, occidentale per eccellenza, si impone relativamente tardi.

Nel secolo XIX questi due punti di vista videro in L. Pasteur (1822 - 1895) e C. Bernard (1813 - 1878) i loro paladini, in un'accesa contesa scientifica. Bernard studiò le cause ambientali, esterne e interne, difendendo l'idea che la malattia fosse originata dalla perdita dell'equilibrio dell'organismo, generalmente dovuta al concorso di un gran numero di fattori. Pasteur dimostrò per primo la correlazione esistente fra infezione batterica e determinate malattie, concentrando i propri sforzi nella ricerca di un agente microbico all'apparire di una nuova patologia. La contesa venne dunque vinta da Pasteur e dai suoi seguaci, e come risultato la teoria microbiologica fu rapidamente accettata e si diffuse fra i medici. Anche qui, come spesso nel successo di tante teorie scientifiche, molto si deve a riflessi immaginativi più che reali. Gran parte del successo del pasteurismo deriva dalla scoperta, nel 1885, del vaccino antirabbico. Il timore di questa malattia non era dovuto tanto alla sua letalità, molte altre ve n'erano di più nefaste, ma alla fantasia che il contagio trasformasse le persone in belve umane, temuta quindi per i suoi aspetti disumanizzanti.

Solo dopo la metà del XX secolo si è diffusa la concezione che, come sostenuto da Bernard, la causa delle malattie può risiedere nelle interazioni fra più elementi. Si parla quindi di "eziologia multifattoriale di una malattia", laddove ad esempio una corrispondenza meccanica causa/sintomo non è facilmente pensabile, poiché il sintomo può cambiare e spostarsi senza che ne cambi la causa. Già con la psicoanalisi la causalità endogena, nell'etiologia delle malattie mentali, prende la sua rivincita. Il determinismo dei processi mentali, adottato per la prima volta da Freud, amplificherà la causalità psicologica fino a comprendere tanto esperienze reali quanto quelle di fantasia e di immaginazione, anche se inconsce. Il fattore essenziale per lo sviluppo di una malattia ha ora origine nell'esperienza interiore, fino a scoprire con la psicosomatica, in molte sindromi "funzionali", l'azione di un motivo causale endogeno cronico di malattia. Uno stress originato nella vita quotidiana dell'individuo in lotta per l'esistenza. Anche se si sono cercate corrispondenze fra determinati conflitti emotivi e la tendenza a colpire elettivamente certi organi, così come accade per molti germi patogeni, oggi si ridimensiona la parte delle etiologie definite, e si ritiene crescente, invece, la quota delle sindromi morbose senza etiologia deterministicamente intesa.

L'ipotesi di una situazione conflittuale specifica, quale causa di una malattia definita, un certo automatismo fra costituzione individuale e ambiente, lascia il posto a situazioni dove preponderante è il valore dei fattori endogeni e l'impronta eredo/familiare. Sarebbe ora la problematica elaborazione delle proprie esperienze interiori, come angoscia, disperazione, passioni, conflitti, sogni e speranze, cui è costretto l'individuo, ciò che costituisce la forza motrice di numerose malattie. Il male non si presenterebbe più come qualcosa di fortuito che agisce in maniera anonima e mirata, ma insorgerebbe



là dove le vicende interiori problematiche interagiscono con le funzioni fisiologiche ad esse associate (**A. Mitscherlich**).

Venti secoli dopo, quindi, echi della teoria umorale d'Ippocrate si ritrovano in C. Bernard e nel suo modello etiologico, più che in quello pausteriano. Costante è in Bernard il richiamo alla complessità del fenomeno biologico, per cui non si può quindi parlare di malattia del singolo organo, ma solo di affezione dell'intero organismo. Per lui l'essere vivente è portato spontaneamente a ripristinare il suo equilibrio anteriore ad ogni evento stressante. La normalità è un concetto statistico e la predisposizione avrebbe un ruolo superiore a quello delle cause prossime. Egli, pur se capostipite dell'introduzione del metodo sperimentale in medicina alla fine dell'800, per il suo ribadito carattere qualitativo della ricerca scientifica condivide, quindi, con l'antico maestro un certo finalismo, in reazione alla crescente importanza data al microbismo. Dagli agenti patogeni esterni di Pasteur si arriva ad accogliere, con Bernard, l'idea che l'organismo umano sia agente attivo della propria patologia. Anche perché l'etiologia microbica non si è dimostrata la via regia che è presente in altre scienze, e l'evidenza dei fatti parla per etiologie pluricausali in tutti i campi della medicina. Anche nelle malattie infettive è in gioco un equilibrio dinamico fra agente infettivo e immunità specifica.

Tutta l'apparente contrapposizione fra Pauster e Bernard nasce, a ben vedere, dal problema dell'individuo che il primo, biologo, minimizza mentre il secondo, medico, comincia, da qui, a considerare come suo campo d'intervento privilegiato. In tale senso per lui il determinismo non è più solo biologico, ma anche storico, suo oggetto è l'essere vivente nella sua interezza. Temporalità, individualità e plurifattorialità sono i parametri sempre più invocati nella spiegazione degli stati patologici. Questo anche grazie al recupero della dottrina dell'evoluzionismo, tanto dal proporsi ultimamente una medicina che ne tenga conto, detta appunto: darwiniana. Nella prevedibilità della causalità microbica la reazione del terreno colpito introduce una variabilità che si presta a più interpretazioni, senza riuscire a mettere d'accordo osservazione e misurazione. Emergono i limiti della sperimentazione non appena ci si rivolga ad un essere capace di speranza e d'immaginazione, e che non si lascia azzerare in condizioni sperimentali. *“La questione dell'immaginazione è sintomo della contraddizione tra l'esigenza del laboratorio e quella dell'esistenza degli esseri oggetto di indagine”* (**I. Stengers**). Però il metodo sperimentale esige che la causa mostri i suoi effetti in modo non ambiguo, in una situazione attivamente spogliata da ogni possibilità che altri fattori clandestini, non identificati, possano intervenire. Così, però, misconoscendo che il soggetto umano non si presta a una qualunque prova in modo passivo, ma tende a darvi un senso, venendone influenzato, secondo un codice interpretativo diverso da vissuto a vissuto. Si rende, allora, il procedimento sperimentale individualmente incontrollabile e la sua razionalizzazione sarà, poi, possibile solo su base statistica.

Nel XX secolo il modello naturalistico di ambiente interno di Bernard si è ripresentato, in Occidente, negli studi sullo stress di H. Selye e nel concetto di omeostasi di W. Cannon. Qui la malattia sarebbe un'unità formata da un elemento perturbante esterno e dai meccanismi di difesa e di adattamento dell'organismo, orientati a ripristinare la perduta stabilità. Ma l'unità organica, cui si applicano le leggi naturali nella moderna biologia, è problematizzata al punto da far scrivere a **E. Ungerer** che *“...non è lo stadio terminale (sessualmente maturo) quello che sostanzialmente rappresenta l'organismo come totalità morfologica e funzionale, bensì il ciclo individuale decorrente da uno stadio iniziale fino a un nuovo stadio iniziale”*. Quando la dimensione temporale è ridotta alla durata effimera della vita individuale la guarigione è sempre interpretata come ripristino dell'equilibrio anteriore, cioè come vanificazione dell'esperienza patogena che nel tempo si è dispiegata. Tuttavia, nelle mutilazioni il ritorno ad una situazione anteriore all'evento che l'ha prodotta è quasi sempre impossibile in chi ne è vittima, ma solo nella sua discendenza.

I disturbi dell'immagine corporea, fantasmi causati da lesioni periferiche o centrali, cominciarono ad essere studiati solo durante la Guerra civile americana, e il termine *arto fantasma* introdotto cinquanta anni dopo. Il vissuto d'integrità anatomica pare essere un costrutto mentale - proiezione psichica della stabilità dell'ambiente interno - che fatica ad accettare la realtà fisica.

Fra il modello esogeno e quello endogeno è certamente questo più adatto a suscitare suggestioni letterarie. Tanto che, alla fine del XIX secolo, **E. Zola** (1840- 1902) concepisce il disegno di trasporre nella narrativa non le semplici idee mediche, ma la stessa metodologia sperimentale di C. Bernard.

Nella sua concezione del romanzo, come “opera sperimentale”, cerca di applicare una metodologia scientifica all’osservazione della realtà sociale. Le concezioni che stanno alla base della narrativa zoliana si trovano esposte nella forma più organica nel volume “Il romanzo sperimentale” del 1880, secondo cui il romanzo deve essere l’analisi scientifica di un caso umano, uno studio clinico. La teoria di Zola applica alla letteratura la ricerca della verità empirica, sperimentata nel campo delle scienze naturali. Tale teoria lo avvicinò ad altri scrittori come G. de Maupassant e J.- K. Huysmans, facendone il caposcuola del Naturalismo, i cui echi in Italia portarono al Verismo di G. Verga e L. Capuana.

All’interno del modello esogeno, nella storia della medicina, invece salta agli occhi il diverso riconoscimento attribuito a due pionieri della moderna batteriologia, e cioè il già citato Pasteur e I. P. Semmelweis. Il primo mancò per qualche decina di voti addirittura il seggio al senato francese, il secondo morì pazzo in un manicomio di Vienna. Ambedue scienziati operanti nell’800 si interessarono dell’antisepsi, dell’asepsi e delle infezioni trasmesse attraverso i materiali chirurgici e le mani degli operatori sanitari. Semmelweis (1818 - 1865) nel 1847, quindi in era premicrobica, propone come antidoto alla febbre puerperale, che in quegli anni mieteva migliaia di giovani vite, il lavaggio delle mani con una soluzione di cloruro di calce di chi si accingeva a visitare le puerpere. I risultati non tardano e la mortalità si riduce drasticamente. Ma il mondo scientifico non è ancora pronto a quella scoperta e le invidie e le irrisioni, anche di blasonati accademici, a questo metodo banale, ma efficace, finiscono per isolare e amareggiare il suo inventore. Pasteur, neanche trent’anni dopo, riceve invece riscontri di tutt’altra natura. Joseph Lister, un importante chirurgo britannico in una lettera datata 18 febbraio 1874, lo ringraziava per avergli dimostrato, con le sue ricerche sui microbi e sui germi che portano alla putrefazione, la verità sulle infezioni post-operatorie. Lister, applicando i metodi asettici e antisettici nel suo ospedale ad Edimburgo, trova che la mortalità si è ridotta e che la chirurgia è grande debitrice proprio agli studi di Pasteur.

Vien da domandarsi se i successi pratici ottenuti da Pasteur non siano legati alle coincidenze dei suoi interessi scientifici con gli interessi dell’economia del suo paese, il quale si aspettava da lui la soluzione di problemi concreti, che potevano risolvere – come poi risolsero - l’andamento economico di certi settori strategici dell’agricoltura e dell’industria. Esemplicativi sono i suoi lavori per limitare le malattie del baco da seta, del carbonchio che decimava i greggi, del colera dei polli, le malattie della vite e le alterazioni della birra e del vino. L’interesse di Semmelweis per l’epidemia di febbre puerperale, invece, riguardava principalmente donne del popolo dalle condizioni assolutamente miserabili, perlopiù nubili, il cui scarso interesse generale si univa alla riprovazione sociale per essere quasi sempre ragazze madri. La tragica e paradossale storia di questo ricercatore, che non ebbe mai in vita la soddisfazione di veder riconosciuta la sua scoperta, sembra proprio essere stata condizionata dall’impossibilità, che l’*establishment* di allora ebbe, ad accettare l’ipotesi che fossero proprio i medici a trasmettere l’infezione (per la scarsa attenzione prestata all’igiene delle loro mani, dopo che avevano effettuato esami autoptici). Di questa vicenda lo scrittore francese **Louis-Ferdinand Cèline** (1894 – 1961) ne fece una romanzesca, e commovente, tesi di laurea. La malattia per lui, che era medico, è esperienza brutale è profondamente ambivalente. Convinto che la povertà sia la più grave delle malattie croniche, tremenda e senza possibilità di cura, in un mondo dedito alla sopraffazione e alla sete di potere, per lui l’unica speranza di guarigione è distinguersi dalla massa. In questa valutazione non è certamente estranea la storia di I. F. Semmelweis che lui, come abbiam visto, ben conosceva. Anche da qui il cinismo con cui poi racconta, nei propri libri, la professione medica ed i suoi pazienti.

Forse c’è da concludere amaramente che le diverse parabole di questi geni della medicina sono anche state condizionate dalla presenza, in un caso, e dalla mancanza, nell’altro, di un coincidente interesse sociale. Eppure la patologia umana a cui si applicarono era la stessa ed il periodo in cui si svolsero le loro ricerche è solo a qualche lustro di distanza. Ma la rivoluzione scientifica iniziava allora il suo sviluppo tumultuoso e nelle società occidentali si andava sempre più affermando, nel bene e nel male, il primato dell’economia.

Da questo episodio si evince come la medicina sia inscindibilmente legata all’insieme della cultura del suo tempo, per cui concezioni mediche ed idee di un’epoca vanno a braccetto. Possiamo concludere che, nell’approccio ancora decisamente esogeno del secolo successivo, si comincia però a



ricredersi sul fatto che il malato non c'entri affatto nella genesi della sua affezione, come si riteneva ai tempi di Pasteur. Durante il XX secolo lo si ritiene invece, e in misura sempre maggiore, responsabile del proprio stato e quindi, in un certo senso, della sua malattia. Così come i fantastici successi della medicina scientifica e della tecnologia esportano la professione sanitaria ai rischi del potere.

**Dott. Ferdinando Borroni**

## Bibliografia

Cèline L.F. - Il dottor Semmelweis – Adelphi.

Mitscherlich A. - Malattia come conflitto – Feltrinelli.

Nathan T., Stengers I. – Medici e stregoni – Bollati Boringhieri.

Ungerer E. - Fondamenti teorici delle scienze biologiche – Feltrinelli.

Zola E. – Il romanzo sperimentale – Pratiche.

## AUGURI, DOTTORE, DA UN PAZIENTE QUALUNQUE

*testo tratto dal blog “Medicina Interna - Casi clinici ed aggiornamenti” curato da alcuni colleghi friulani (<https://medicinainterna.blog>)*

Sono qua.

In pigiama. Solo.

Ho delle bandinelle ai lati del letto e non riesco a scendere.

E' per la mia sicurezza, dicono. Sarà. Quando ci sono i miei parenti, me le abbassano.

Ma i miei familiari possono entrare solamente dalle 12 alle 14 e dalle 18 alle 20. Troppo poco. Ho paura. Non ho ben capito di che malattia soffro, nè perché mi trovo ricoverato in questo reparto.

Dicono che sono anemico... mi parlano di poche piastrine... dovrò fare una biopsia ossea... Ma io non conosco il significato di queste parole. E mi vergognavo a dirlo. Se mi parlano di fresa e tornio, capisco tutto, era il mio mestiere... ma queste piastrelline proprio non capisco cosa siano. Vedo la gente che lavora qua che parlotta dietro la porta con i miei familiari. Ma nessuno ha la pazienza di spiegarmi qualcosa, quindi oscillo tra l'idea di non aver niente, e il pensiero di aver qualcosa di terribile che mi porterà alla morte a breve.

Chiedo spiegazioni al personale vestito di bianco che si aggira per la mia camera. Infermieri? Medici? Preti? Non riesco a capire, sono vestiti tutti molto simili. E io sono così confuso. Oggi è la Notte Santa, la notte di Natale. Quella notte magica in cui nascondevo i regali per le bimbe sotto l'albero.

E ora la passerò qua, da solo. Le mie figlie mi porteranno una fetta di pandoro, mi hanno detto stamattina. Ma io preferirei una fetta di serenità e di speranza.

Ho paura. Mi sento sottomesso, in pigiama, scalzo, davanti a un medico con un lungo camice e strani strumenti in tasca. Sono impotente. Ignorante.

Eppure sono sempre stato un uomo autonomo. Forte. Il riferimento per gli altri operai. Il padre di famiglia che si preoccupa di tutti. E ora sono io la preoccupazione di tutti. Ma non mi dicono niente. Voglio sapere, voglio essere consapevole del mio destino. Non voglio un medico che mi prescriva solo degli esami, ma che mi doni il suo tempo. Tempo per il dialogo, per le spiegazioni e, perché no, anche per il conforto.

Non ho nessun parente medico. Nessuno che mi traduca queste parole straniere. Leucemoide, mi pare di avere udito. Non conosco neanche nessun dirigente ospedaliero nè un politicante che possa chiedere per me un trattamento di favore, tramite mille telefonate disturbanti. E neanche lo vorrei, per come sono fatto. Non voglio disturbare. Eh sì, sono molto orgoglioso, sempre stato. Si dice che con gli anni i difetti peggiorino, e mi sa che è vero.

Tra poche ore è Natale.

I camici bianchi si dimezzeranno e torneranno a casa dalle loro famiglie. E io avrò ancora meno possibilità di chiedere e di capire qualcosa. Chiederei il tempo di chi mi assiste. Se possibile, anche un pizzico di gentilezza. Se non è possibile, almeno il rispetto.

Anche in questo ridicolo pigiama a righe che mi aveva comprato mia moglie prima di morire, sono un uomo.

Sarò un uomo malato, ma rimango comunque prima di tutto un uomo.

Poi, in questa Notte Santa, arriva lei.

Una dottoressa, mi pare di capire.

Mi chiede dove sono nato. Già penso sia una mera informazione da registrare su qualche carta, o peggio ancora, un'informazione da passare alle pompe funebri.

“Cividale del Friuli”, rispondo.

Lei prende una sedia, e si accomoda vicino al mio letto.

“Ecco sì, lo avevo letto”, mi dice. E inizia a spiegarmi che lei conosce bene quei luoghi. Ci va spesso a zozzo con la sua cagnolina. E d'estate va a fare il bagno nel fiume a Vernasso o a Loch. Mi riaffiorano mille ricordi. Di quando, da ragazzo, ci tuffavamo nel Natisone dalle rocce. E di quando ho perso un cugino che – dopo essersi lanciato – non è più riemerso dall'acqua. Glielo



racconto.

E poi dilago su argomenti più leggeri, come di quella volta in cui – con i miei amici d’infanzia – avevamo fondato il primo (e unico) Udinese Club del mio paesino. E di come mia mamma si era messa a cucirmi una lunghissima bandiera bianco e nera.

Inaspettatamente, la dottoressa mi racconta di essere abbonata allo Stadio Friuli da oltre 20 anni. Proprio ieri aveva affrontato il freddo gelido di questi giorni per andare a tifare sugli spalti del nostro Stadio. “Cavolo, avrei voluto sentirla almeno per radio” le dico.

Allora lei si allontana, e ritorna dopo pochi minuti con il Messaggero Veneto dove posso leggere il resoconto della partita, le pagelle, l’editoriale di Simeoli. “Meglio di niente” mi dice.

Parlando e leggendo, sono tornato un uomo.

Non più solo un paziente, non più solo un malato. Ma un uomo. Con le proprie passioni, i propri ricordi, il proprio passato.

In questa Notte Santa, mi sento un po’ a casa anche lontano da casa.

Ho visto nascere Gesù in quella donna sconosciuta che ha condiviso un po’ del suo tempo in questa notte speciale insieme a me. Non mi ha trattato con condiscendenza, non mi ha chiamato “caro tesoro”.

Mi ha trattato con il rispetto dovuto a una persona più anziana.

E allora è stato Natale anche per me.

Vi auguro dottori, di oggi e di domani, di riconoscere nei vostri pazienti vostro fratello, vostro padre o un vostro amico.

Vi auguro di trattare tutti con rispetto e allo stesso modo, dal semplice contadino al ricco imprenditore.

E che questo modo sia il miglior modo possibile, sia in termini di professionalità, che di dialogo e di umanità.

Vi auguro di non perseguire la diagnosi ad ogni costo e con ogni mezzo, ma di perseguire sempre e solo il bene del paziente. Il che, a volte, può voler dire anche solo alzare le mani e accompagnare con dignità una persona nella fase terminale della sua vita. E in questo caso dobbiamo comprendere ed accogliere le difficoltà di accettazione anche dei parenti che affrontano questa fase dolorosa.

Vi auguro di essere sempre uomini che curano altri uomini.

Un dolce e sereno Natale a tutti voi

(a cura del Dott. G. G. Pascucci)

## Consiglio Direttivo

Presidente: Dr. Gaudio Michele

Vicepresidente: Dr. Pascucci Gian Galeazzo

Segretario: Dr.ssa Zambelli Liliana

Tesoriere: Dr. Balistreri Fabio

Componenti:

Dr. Alberti Andrea (Odontoiatra)

Dr. Castellini Angelo

Dr. De Vito Andrea

Dr. Forgiarini Alberto

Dr.ssa Gunelli Roberta

Dr. Lucchi Leonardo

Dr. Milandri Massimo

Dr. Paganelli Paolo (Odontoiatra)

Dr. Ragazzini Marco

Dr. Sbrana Massimo

Dr. Simoni Claudio

Dr. Vergoni Gilberto

## Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dr. Paganelli Paolo

Segretario: Dr.ssa Vicchi Melania

Componenti:

Dr. Alberti Andrea

Dr. D'Arcangelo Domenico

Dr.ssa Giulianini Benedetta

## Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dr. Tolomei Pierdomenico

Componenti:

Dr. Gardini Marco

Dr. ssa Zanetti Daniela

Supplente: Dr. Costantini Matteo



## Sede

Viale Italia, 153 - scala A - piano 1° - Forlì

Tel. e Fax. 0543.27157

[www.ordinemedicifc.it](http://www.ordinemedicifc.it)

[info@ordinemedicifc.it](mailto:info@ordinemedicifc.it)

PEC: [segreteria.fc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fc@pec.omceo.it)

Orario di apertura al pubblico:

dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 14.00

Martedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 18.30