



---

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

---

**Consiglio Direttivo:**

**Presidente:**

Dott. Gaudio Michele

**Vice Presidente:**

Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo

**Segretario:**

Dott.ssa Zambelli Liliana

**Tesoriere:**

Dott. Balistreri Fabio

**Consiglieri:**

Dott. Alberti Andrea  
Dott. Castellani Umberto  
Dott. Castellini Angelo  
Dott. Costantini Matteo  
Dott. De Vito Andrea  
Dott. Forgiarini Alberto  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Lucchi Leonardo  
Dott. Paganelli Paolo  
Dott.ssa Pasini Veronica  
Dott. Ragazzini Marco  
Dott. Simoni Claudio  
Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione Albo  
Odontoiatri:**

**Presidente:**

Dott. Paganelli Paolo

**Segretario:**

Dott.ssa Vicchi Melania

**Consiglieri:**

Dott. Alberti Andrea  
Dott. D'Arcangelo  
Domenico  
Dott.ssa Giulianini  
Benedetta

**NOTIZIARIO n. 8**

**OMCeO Forlì-Cesena**

**ORARI SEGRETERIA ORDINE**

**mattino: dal lunedì al venerdì ore 9.00 -14.00**

**pomeriggio: martedì – giovedì ore 15.30 - 18.30**

**sabato chiuso**

**CONTATTI**

**tel. e fax 054327157**

**sito internet: [www.ordinemedicfc.it](http://www.ordinemedicfc.it)**

**e mail: [info@ordinemedicfc.it](mailto:info@ordinemedicfc.it) [segreteria.fc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fc@pec.omceo.it)**

---

**PROCEDURA OBBLIGATORIA PER LA PARTECIPAZIONE  
A "LE SERATE DELL'ORDINE"**

Dal 15 marzo, a seguito delle nuove disposizioni trasmesse dall'AuslRomagna, Provider per quest'Ordine per il rilascio dei crediti ECM, **per la partecipazione e il riconoscimento dei crediti ECM de "Le Serate dell'Ordine" sarà OBBLIGATORIO:**

- **effettuare l'iscrizione online**, seguendo le istruzioni sotto indicate;
- **compilare** dal giorno successivo all'evento, il Questionario di Gradimento On Line.

**[CONTINUA](#)**

---

**Collegio  
dei Revisori dei Conti:**

**Presidente:**

Dott. Fabbroni Giovanni

**Revisori:**

Dott. Gardini Marco  
Dott.ssa Possanzini Paola

**Revisore supplente:**

Dott.ssa Zanetti Daniela

**Commissione ENPAM  
per accertamenti di  
Invalidità**

**Presidente:**

Dott. Tonini Maurizio

Dott. Nigro Giampiero

Dott. Verità Giancarlo

**Commissione Giovani  
Medici**

Coordinatore:

Dott. Gardini Marco

Dott. Biserni Giovanni  
Battista

Dott.ssa Casadei Laura

Dott. Farolfi Alberto

Dott. Gobbi Riccardo

Dott. Limarzi Francesco

Dott.ssa Moschini Selene

Dott. Natali Simone

Dott.ssa Pavesi Alessandra

Dott.ssa Turci Ylenia

**Commissione  
Aggiornamento  
Professionale**

Coordinatore:

Dott. De Vito Andrea

Dott. Amadei Enrico Maria

Dott. Costantini Matteo

Dott. Gardini Marco

Dott.ssa Gunelli Roberta

Dott.ssa Pieri Federica

Dott. Simoni Claudio

Dott.ssa Sirri Sabrina

Dott.ssa Vaienti Francesca

Dott. Verdi Carlo

Dott. Vergoni Gilberto

## CONCORSO LETTERARIO OMCeO Forlì-Cesena

E' bandita la terza edizione del Concorso Letterario tra tutti gli iscritti. Anche quest'anno si potrà concorrere per due categorie, prosa (racconti brevi) e poesia (una sola poesia a tema libero). Ogni nostro iscritto potrà presentare lavori sia per la prosa che per la poesia. Gli elaborati dei concorrenti devono essere consegnati alla nostra segreteria **entro il 15 Giugno 2018**, il regolamento completo è a questo [LINK](#)

## BIBLIOTECA DELL'ORDINE: CONSEGNATE UNA COPIA DELLE VOSTRE PUBBLICAZIONI

Il Gruppo Culturale dell'Ordine dei Medici, nel suo intento istituzionale di promuovere la dimensione culturale della nostra professione, invita i colleghi che hanno già pubblicato libri di farne pervenire almeno una copia alla segreteria dell'Ordine per poter attivare una sorta di biblioteca interna ad uso e consumo di ognuno di noi.

*Dott. Michele Gaudio, Presidente OMCeO FC*

*Dott. Omero Giorgi, Coordinatore Gruppo Culturale OMCeO FC*

## ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA

L'Enpam ha lanciato un servizio di video-consulenza previdenziale dedicato ai suoi iscritti. La Fondazione mette a disposizione un nuovo strumento audio-video attraverso cui rivolgere direttamente ai funzionari dell'Ente domande specifiche o richieste di chiarimenti. Grazie alla videoconferenza, ogni iscritto avrà la possibilità di trovarsi faccia a faccia con il suo consulente previdenziale semplicemente recandosi nella sede del suo Ordine nella data e all'ora stabilita.

Al momento della prenotazione da fare presso il proprio Ordine, è consigliabile che l'iscritto precisi l'argomento dei chiarimenti richiesti. Questo permetterà ai funzionari dell'Enpam di arrivare in videoconferenza preparati nel miglior modo possibile sulla posizione del medico o dell'odontoiatra che incontreranno.

**IL SERVIZIO È DISPONIBILE SOLO SU PRENOTAZIONE.**

## APP DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FORLÌ-CESENA

E' scaricabile sia su piattaforma Android che IOS la nostra nuova APP.

Oltre a replicare gran parte delle informazioni contenute nel sito, consente di raggiungere direttamente i nostri colleghi con un sistema di notifiche PUSH attivabili per argomento nelle impostazioni dell'applicazione.

Un ulteriore potente strumento per arrivare ai nostri iscritti informazioni su eventi, ECM, annunci, avvisi, bandi di concorso, NEWS, Corsi FAD ed ovviamente anche il nostro notiziario e bollettino.

**Commissione  
Comunicazione ed  
Informazione**

Coordinatore:  
Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo

Dott. Costantini Matteo  
Dott. Fabbroni Giovanni  
Dott. Lucchi Leonardo

**Commissione Ambiente e  
Salute**

Coordinatore:  
Dott. Ridolfi Ruggero

Dott. Bartolini Federico  
Dott.ssa Gentilini Patrizia  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo  
Dott. Ragazzini Marco  
Dott. Ruffilli Corrado  
Dott. Timoncini Giuseppe  
Dott. Tolomei  
Pierdomenico

**Commissione Cure  
Palliative e Terapia del  
Dolore**

Coordinatore:  
Dott. Maltoni Marco  
Cesare

Dott. Bertellini Celestino  
Claudio  
Dott. Balistreri Fabio  
Dott. Biasini Augusto  
Dott. Castellini Angelo  
Dott.ssa Iervese Tiziana  
Dott. Musetti Giovanni  
Dott. Piraccini Emanuele  
Dott.ssa Pittureri Cristina  
Dott. Pivi Fabio  
Dott. Valletta Enrico  
Dott.ssa Venturi Valentina

**Commissione per le  
Medicine Non  
Convenzionali**

Coordinatore:  
Dott. Tolomei  
Pierdomenico

Dott. Balistreri Fabio  
Dott. Bravi Matteo  
Dott. La Torre Natale  
Dott. Milandri massimo  
Dott.ssa Piastrelloni  
Margherita  
Dott. Roberti Di Sarsina  
Paolo  
Dott. Selli Arrigo

## SERVIZIO DI CONSULENZA FISCALE

In considerazione delle recenti novità in campo fiscale, al fine di fornire un ulteriore ausilio ai propri iscritti, la Consulente Fiscale di questo Ordine nella persona della Rag. Alessandri Giunchi A. Montserrat (iscritta all'Ordine dei Dottori Commercialisti di Forlì-Cesena) si rende disponibile previo appuntamento e pagamento a carico dell'iscritto, presso i locali di questa sede ogni 1° e 3° giovedì del mese, per consulenza fiscale, generale e tributaria allo scopo di chiarire dubbi e incertezze negli adempimenti contabili ed extracontabili.

Per fissare l'appuntamento contattare la Segreteria dell'Ordine allo 054327157.

Costo per singola seduta:

€. 50,00 (comprensivo di cassa prev.za e iva) se non titolari di Partita IVA

€. 42,12 se titolari di Partita IVA (50,00 – ritenuta d'acconto di €.7,88 che l'iscritto dovrà versare il mese successivo al pagamento della prestazione).

---

## CONVENZIONI STIPULATE DALL'ORDINE CON ESERCIZI COMMERCIALI

Si comunica che l'Ordine sta stipulando diverse convenzioni con esercizi commerciali della Provincia. Dietro presentazione della tessera di iscrizione all'Ordine saranno praticati agevolazioni e sconti come indicato. Per vedere gli esercizi già convenzionati basta andare nel sito internet dell'Ordine sezione CONVENZIONI, oppure [cliccare qui](#)

L'elenco è in costante aggiornamento.

---

## Corsi, Congressi, Eventi

*OMCeO FC*

### “Consumer benefit e reason why... ovvero” Motivazioni e garanzie al servizio del paziente

Forlì, 10 maggio 2018

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

**REGISTRAZIONE ONLINE OBBLIGATORIA**

[\(CLICCARE QUI\)](#)

[programma](#)

\*\*\*\*\*

*OMCeO FC*

### L'utilizzo della Cannabis in terapia del dolore

Forlì, 24 maggio 2018

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

**REGISTRAZIONE ONLINE OBBLIGATORIA**

[\(CLICCARE QUI\)](#)

[programma](#)

**Commissione Pubblicità  
Sanitaria**

Coordinatore:  
Dott. Paganelli Paolo

Dott. Di Lauro Maurizio  
Dott. Milandri Massimo  
Dott.ssa Zanetti Daniela

**Gruppo di lavoro  
Biologia ad indirizzo  
biomedico**

Coordinatore:  
Dott.ssa Zambelli Liliana

Dott. Balistreri Fabio  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Milandri Massimo  
Dott.ssa Possanzini Paola  
Dott. Vergoni Gilberto

**Osservatorio Pari  
Opportunità e Medicina  
di Genere**

Coordinatore:  
Dott.ssa Zambelli Liliana

Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott.ssa Pasini Veronica  
Dott.ssa Possanzini Paola  
Dott.ssa Sammaciccia  
Angelina  
Dott.ssa Valbonesi Sara  
Dott.ssa Verdecchia  
Cristina  
Dott.ssa Zanetti Daniela

**Gruppo Culturale**

Coordinatore:  
Dott. Giorgi Omero

Dott. Borroni Ferdinando  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Mazzoni Edmondo  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Vergoni Gilberto

OMCeO FC

**Dall'anamnesi al fascicolo sanitario elettronico  
Internet/h-health e relazione di cura**

Forlì, 7 giugno 2018

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano

**REGISTRAZIONE ONLINE OBBLIGATORIA**

([CLICCARE QUI](#))

[programma](#)

---

**Patrocini Ordine**

**Facciamo i calcoli? La litiasi biliare fra diritti dei malati, linee guida e  
buon senso**

Forlì, 11 maggio 2018

[programma](#)

\*\*\*\*\*

**The new frontiers in Gastric Cancer diagnosis and treatment**

Forlì, 13 e 14 settembre 2018

[programma](#)

---

**ENPAM**

**La pensione anticipata del Fondo di previdenza generale Quota A**

Possono richiedere questa pensione gli iscritti che:

- hanno compiuto 65 anni di età (previo esercizio opzione sistema contributivo prima del compimento dei 65 anni);
- hanno maturato 20 anni di anzianità contributiva sul Fondo di previdenza generale Quota A;
- non sono titolari di una pensione da totalizzazione o di invalidità a carico dell'Enpam;
- hanno optato esplicitamente per il calcolo integrale della pensione con il sistema contributivo.

**Come fare l'opzione**

Gli iscritti all'Enpam che intendono accedere al pensionamento anticipato di vecchiaia all'età di 65 anni devono optare per il calcolo della pensione con il sistema contributivo per tutta l'anzianità maturata sulla Quota A del Fondo di previdenza generale.

L'opzione deve essere espressa formalmente compilando un modulo specifico (aggiuntivo rispetto alla domanda di pensione vera e propria) **entro il mese in cui si compiono 65 anni. La scadenza è improrogabile**: chi è nato il 10 marzo, ad esempio, dovrà spedire il modulo di opzione al massimo entro il 30 marzo.

In ogni caso è meglio inviare il modulo dell'opzione (**non il modulo di pensione**) ancora prima, cioè entro l'anno che precede il compimento dei 65 anni. Così facendo, infatti, gli uffici che calcolano i contributi previdenziali potranno addebitare la Quota A fino alla data precisa della pensione e l'iscritto non avrà l'incomodo di dover chiedere rimborsi successivamente. La domanda di pensione va invece inviata **dopo** il compimento dei 65 anni.

[Continua](#)

## **Enpam: Bilancio 2017 approvato, + 1,16 miliardi di utile**

(da enpam.it) L'Enpam ha chiuso l'esercizio 2017 con un utile superiore a 1,16 miliardi di euro, che ha portato il patrimonio netto a 19,7 miliardi di euro con una crescita del 7,1 per cento rispetto all'anno precedente. Il Bilancio consuntivo 2017 è stato approvato dall'Assemblea nazionale dell'Enpam con 162 voti favorevoli, 3 contrari e 2 astenuti, nella seduta di sabato 28 aprile.

### **LA GESTIONE PREVIDENZIALE**

Nel 2017 la Fondazione ha registrato entrate contributive pari a 2,648 miliardi di euro, erogando nello stesso periodo prestazioni previdenziali e assistenziali per oltre 1,622 miliardi. A incidere sul fronte delle uscite è stato l'aumento dei pensionati che, come previsto dalla cosiddetta 'gobba previdenziale' presente e già scontata nei bilanci attuariali dell'Ente, saranno in crescita ancora per diversi anni.

Il bilancio consuntivo evidenzia nel 2017 un importante incremento del numero dei nuovi titolari di pensioni ordinarie rispetto al 2016. La gestione che registra la variazione minore è la Quota B del Fondo Generale (+ 1,36%), mentre la specialistica ambulatoriale presenta l'aumento maggiore (+35,96%). Di rilievo è anche l'incremento dei nuovi pensionati della medicina generale (+ 21,13%), mentre specialistica esterna e la Quota A del Fondo Generale presentano incrementi meno rilevanti pari rispettivamente a 7,22% e 2,46%.

I dati sui pensionamenti della medicina generale mostrano un costante aumento dell'età media al momento del pensionamento. Il dato, che aveva raggiunto nel 2012 un minimo di 65 anni, ha registrato una crescita continua fino ai 67,6 anni del 2017. Il dato complessivo evidenzia che i medici di famiglia andati in pensione lo scorso anno sono stati 1.720, con un +21 per cento rispetto all'anno precedente (quando erano stati 1.420) e +92 per cento rispetto alle 898 unità del 2014.

### **PATRIMONIO DIVERSIFICATO**

Nel 2017 il patrimonio della Fondazione ha visto salire a poco più di 5 miliardi di euro la quota investita in attività immobiliari. La percentuale del mattone sul totale tuttavia mostra un calo dal 27 al 26 per cento, a causa del netto aumento degli investimenti finanziari che si attestano poco oltre i 14 miliardi di euro, con un balzo di circa 1 miliardo. In totale gli investimenti nell'ultimo anno hanno portato 420 milioni di euro lordi nel bilancio civilistico dell'Ente. Da questa cifra vanno sottratti 16 milioni di euro di commissioni e soprattutto 110 milioni di euro in tasse. Calcolato a valori di mercato il patrimonio dell'Enpam ha superato i 20,9 miliardi di euro e nel 2017 ha avuto una redditività complessiva del 4,1% al netto di costi di gestione e di tasse.

---

## **Aggiornamento**

### **Farmaci senza fustella, il Mmg che li detiene rischia fino a tre anni di reclusione**

(da Doctor33) «È indispensabile non abbiate tra i vostri farmaci confezioni prive delle fustelle ovvero già erogate dal Servizio sanitario». Il messaggio urgente e accorato ai medici di famiglia arriva dal segretario Fimmg veneto Domenico Crisarà, dopo che i Nas hanno denunciato 13 generalisti padovani per la detenzione di confezioni senza fustella. I farmaci, non scaduti, erano stati consegnati da familiari di assistiti deceduti per distribuirli a pazienti meno abbienti, o comunque ad altri assistiti, come accade per i campioni che il medico detiene: una consuetudine dettata dalla volontà di non sprecare un bene che può salvare vite ma che la legge italiana proibisce. «È necessario -continua l'appello di Crisarà ai colleghi- che i pazienti che vi danno l'opportunità di riutilizzare questi farmaci senza fustella siano invitati a contattare il Servizio farmaceutico dell'Ulss per farsi fornire indirizzo e orari di accettazione perché sono solo le farmacie ospedaliere a ritirare quelle confezioni». Già, per quei medicinali l'alternativa al contenitore dei rifiuti della farmacia non è nello studio del medico. Un decreto del 6 luglio 1999 ("linee direttrici in materia di distribuzione di medicinali per uso umano") e ulteriori linee guida del 2013 sulla distribuzione - per la verità più attinenti al grossista - impongono norme

severissime di tracciabilità.

I problemi sono in sostanza due: primo, com'è emerso nell'intervista rilasciata a Fimmg Lazio Tv dalla farmacista Domenica Tassielli vicepresidente del Comitato Etico Lazio 1, il medicinale senza fustella è stato acquistato in farmacia per il paziente deceduto, per quel paziente la farmacia è stata pagata dal SSN, non dovrebbe trovarsi in distribuzione dal medico; tanto più - secondo motivo, emerso a margine dell'inchiesta padovana - che l'articolo 443 del codice penale punisce con l'arresto e fino a 3 anni di reclusione chi detenga per il commercio o ponga in commercio o somministri medicinali guasti o imperfetti. Quest'ultimo risulta appunto il capo d'accusa per i tredici medici di famiglia veneti, seguiti dai legali dei sindacati di riferimento «almeno per quanto riguarda Fimmg», dice Crisarà. Il quale sottolinea parla di normativa "cieca": «Rivolgersi allo studio del curante, il posto dove è più naturale siano riportati medicinali già pagati dal Ssn, viene considerato illegittimo e così anziché tutelare la sostenibilità del sistema gli si arrecano danni importanti. Non trovo altro aggettivo che importante o ingente per definire la cifra che la sanità risparmierebbe se tutti i 45 mila medici d'Italia procurassero ciascuno un risparmio medio di 30-40 euro l'anno».

La normativa, come puntualizza Tassielli, è peraltro chiara su ciò che i medici possono e non possono detenere in studio: sì ai campioni gratuiti rilasciati dai fornitori con tanto di bolla, formale accettazione del medico, indicazione del lotto e della data di scadenza, che il Mmg dovrà controllare al momento della consegna eventuale del medicinale; sì all'adrenalina e ai farmaci che il medico ritiene di dover utilizzare all'occorrenza (anche antipiretici ed antibiotici) se autoprescritti su ricetta bianca e regolarmente acquistati in farmacia dal medico a pagamento: potranno essere dedotti l'anno dopo come oneri dello studio. Mai invece farmaci senza fustella e non tracciati; al paziente che meritoriamente vorrebbe non sprecare la medicina, andrà al più indicata la strada della Onlus, che distribuisce quei medicinali a immigrati non iscritti alle liste Asl o con problemi di permesso, o della farmacia ospedaliera.

---

#### **Certificazioni, delle reiterate assenze risponde anche il medico che li ha rilasciati**

(da Doctor33) Del danno erariale causato da un dipendente pubblico per l'indebita percezione del salario ricevuto in carenza di controprestazione lavorativa, per assenze giustificate mediante presentazione di certificati medici falsamente rappresentanti un perdurante stato morboso, risponde anche il medico di famiglia che li ha rilasciati. ( avv. Ennio Grassini - [www.dirittosanitario.net](http://www.dirittosanitario.net))

---

#### **Contenzioso: il paziente deve provare il danno, il dentista che l'insuccesso è dipeso da fattori esterni**

(da Odontoiatria33) Il paziente deve provare il rapporto con il sanitario e l'insuccesso dell'intervento mentre il sanitario, per evitare la condanna, risarcitoria deve provare che l'insuccesso dell'intervento è stato causato da fattori indipendenti dalla propria volontà. A sostenerlo è il Tribunale Civile di Genova chiamato ad esprimersi sulla richiesta di una paziente che ha citato per danni una dentista. Secondo quanto riportato nella sentenza, la paziente riferiva che nel 2011 si era rivolta allo studio della dottoressa "per cure odontoiatriche tra cui la cura di alcune carie con ablazione del tartaro e l'impianto di due ponti al II e IV quadrante". Sempre secondo la paziente "le cure si erano dimostrate subito disastrose e brutali ed eseguite persino senza anestesia, che nell'aprile 2012, aveva deciso di interrompere il trattamento rivolgendosi ad altro specialista, dopo aver versato degli acconti". La versione della dentista è differente visto che riferisce che la paziente si era "presentata presso il proprio ambulatorio dentistico, in seguito a precedenti cure dentarie cui si era sottoposta con scarsi risultati presso altri e diversi studi dentistici, poiché era risultata affetta da una forma di grave parodontopatia pregressa e diffusa, patologia aggravata da abitudini di scarsa igiene orale". La dentista riferisce che la paziente si era presentata in studio "con alcuni denti già monconizzati o limati" e gli interventi si limitarono alla realizzazione di una protesi provvisoria ed al fissaggio del ponte con cemento provvisorio, in attesa della predisposizione ed impianto di una protesi definitiva". All'atto della formalizzazione del preventivo delle spese ed alle richieste di acconti in pagamento la paziente, riferisce la dentista, "preferì non presentarsi più presso lo studio senza aver

corrisposto nessun acconto”.

Durante il procedimento, e neppure a seguito delle perizie del CTU, la paziente non riesce a documentare gli interventi svolti dalla dentista se non quelli dell'applicazione del provvisorio come sostenuto dalla stessa dentista. Di fatto non sono state portate prove per documentare che, le avulsioni dentali, devitalizzazioni ed altro, siano stati eseguiti dalla dottoressa chiamata in causa e non dai dentisti a cui si era rivolta in precedenza la paziente. Di conseguenza le perizie tecniche non possono fare altro che segnalare che è da escludere che dall'applicazione del provvisorio possa essere seguita l'insorgenza di disturbi a carico dell'articolazione temporomandibolare è da escludere tenuto conto della situazione precaria preesistente ed attuale della bocca della paziente. Nella sostanza il Giudice ribadisce che: “Il paziente che allega di aver patito un danno alla salute in conseguenza dell'attività professionale del medico, ovvero di non avere conseguito alcun miglioramento delle proprie condizioni di salute nonostante l'intervento del medico, deve provare unicamente l'esistenza del rapporto col sanitario e l'insuccesso dell'intervento”. “Costituisce, invece, onere del medico, per evitare la condanna in sede risarcitoria, provare che l'insuccesso dell'intervento è dipeso da fattori indipendenti dalla propria volontà e tale prova va fornita dimostrando di aver osservato nell'esecuzione della prestazione sanitaria la diligenza normalmente esigibile da un medico in possesso del medesimo grado di specializzazione ( così, Cass., n. 24791 del 08 ottobre 2008). “Si ricorda –continua la motivazione della sentenza- che la giurisprudenza di legittimità ha anche ribadito che in caso di prestazione professionale medico-chirurgica di "routine", spetta al professionista superare la presunzione che le complicanze siano state determinate da omessa o insufficiente diligenza professionale o da imperizia, dimostrando che siano state, invece, prodotte da un evento impreveduto ed imprevedibile secondo la diligenza qualificata in base alle conoscenze tecnico-scientifiche del momento. Ne consegue che il giudice, al fine di escludere la responsabilità del medico nella suddetta ipotesi, non può limitarsi a rilevare l'accertata insorgenza di "complicanze intraoperatorie", ma deve, altresì, verificare la loro eventuale imprevedibilità ed inevitabilità, nonché l'insussistenza del nesso causale tra la tecnica operatoria prescelta e l'insorgenza delle predette complicanze, unitamente all'adeguatezza delle tecniche scelte dal chirurgo per porvi rimedio (così Cass. n. 20806 del 29 settembre 2009)”. Tornando al caso in esame viene evidenziato che “la paziente che ha allegato di aver patito un danno alla salute in conseguenza dell'attività professionale del medico, ovvero di non avere conseguito alcun miglioramento delle proprie condizioni di salute nonostante l'intervento del medico, ha provato unicamente l'esistenza del rapporto col sanitario, ma non l'insuccesso dell'intervento, ne consegue il rigetto della domanda di parte attrice”. “Non essendo stata provata la responsabilità di parte convenuta, la domanda di parte attrice deve essere rigettata”, sentenza il Giudice che condanna la paziente a pagare le spese processuali.

---

### **Nuovi anticoagulanti orali: linee guida pratiche con attenzione a pazienti con necessità particolari**

(da Doctor33) Una nuova versione della guida pratica della European Heart Rhythm Association (EHRA) sulla gestione degli anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K (NOAC) in pazienti con fibrillazione atriale (AF), pubblicata sull'European Heart Journal, si propone come aiuto per i medici nella gestione di questo complesso contesto clinico in continua evoluzione. «Mano a mano che i fornitori di servizi sanitari prendono confidenza con i NOAC, diventa più comune il trattamento di pazienti complessi. Abbiamo quindi pensato che non fosse opportuno un semplice aggiornamento del documento, ma che servisse una versione completamente rivista» afferma Jan Steffel, dello University Heart Center di Zurigo, Svizzera, a capo della commissione di lavoro. La guida include un nuovo capitolo su come trattare con i pazienti che presentano un ictus acuto e patologie diverse dalla fibrillazione atriale, quali la cardiopatia ischemica e il tromboembolismo venoso, e descrive l'uso dei NOAC nella prevenzione della trombosi venosa profonda. Uno dei concetti recenti che gli autori sottolineano è la raccomandazione del controllo del livello plasmatico che, pur non essendo necessario per la stragrande maggioranza dei pazienti, lo diventa in alcune situazioni molto particolari. Tra queste gli autori citano sanguinamenti gravi o pericolosi per la vita, interventi in emergenza o elettivi con alto rischio emorragico, ictus ischemico, interazioni farmaco-farmaco, o trattamento delle persone molto obese o sottopeso. «Dobbiamo comunque tenere a mente che mancano ancora dati derivati da endpoint di studi clinici per tali strategie, e che l'interpretazione dei valori deve essere eseguita nella conoscenza di questa limitazione e solo da chi è abituato a valutare e a gestire questi indicatori» spiega Steffel. La guida include informazioni aggiornate sulle misure da adottare in pazienti con sanguinamento attivo, con l'uso di agenti antagonisti quali idarucizumab (Praxbind, Boehringer Ingelheim) per dabigatran e Andexanet Alfa (AndexXa, Portola Pharmaceuticals), antidoto in fase di sperimentazione che ha dimostrato una rapida

inversione dell'attività anti-fattore Xa per 12 ore nello studio ANNEXA4. Il documento mira a fornire inoltre informazioni aggiornate sull'uso combinato di antiipiastrinici e NOAC nei pazienti con coronaropatia, in particolare in quelli con una sindrome coronarica acuta o nei candidati a ricevere uno stent. Tra le nuove informazioni si è cercato anche di schematizzare e approfondire la raccomandazione della European Society of Cardiology rispetto all'interruzione dei NOAC almeno 24 ore prima di un intervento elettivo, sottolineando con forza che non sono necessarie terapie ponte. Infine, il capitolo sulle interazioni tra farmaci è stato ampliato in maniera consistente e include ora due ulteriori tabelle che affrontano in maniera specifica le interazioni con antitumorali e farmaci antiepilettici. «Grazie al coinvolgimento di tutte le società mediche interessate, pensiamo di essere arrivati a preparare un documento che, nonostante sia piuttosto imponente dal punto di vista del numero delle informazioni trasmesse, riesca a essere ancora di grande utilità pratica» concludono gli autori.

(*Eur Heart J.* 2018. doi:  
10.1093/eurheartj/ehy136 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29562325>)

### **Integrazione 'home made' per l'attività fisica ricreativa**

(da Nutrizione33) Non è corretto parlare di dieta e dei suoi effetti senza ricordare che non c'è schema alimentare efficace, che non consideri il cibo in associazione al movimento, tanto per il mantenimento o la perdita di peso così come per la prevenzione. Lo riconosce anche l'OMS: almeno un'ora di esercizio fisico al giorno insieme a una dieta equilibrata sono gli unici strumenti nella riduzione del rischio di malattie croniche e degenerative (e secondo le Raccomandazioni globali sull'attività fisica per il mantenimento della salute agli adulti fra 18 e 64 anni sono suggeriti almeno 150 minuti di attività moderata o 75 di attività vigorosa in sessioni di almeno 10 minuti per volta, con rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari almeno 2 volte alla settimana). L'attività fisica e uno stile di vita non sedentario oltretutto portano indubbi benefici sia a livello psicologico sia di comportamento e di relazione. Concetti che, anche se ben lontani dall'essere universalmente applicati, sono ormai accettati. Si sono però sviluppati parallelamente estremismi dalle conseguenze preoccupanti, per quanto riguarda sia l'attività fisica, sia gli aspetti nutrizionali ad essa associati, "soprattutto quando tali fenomeni nascono e si sviluppano in contesti privi di guida esperta e qualificata" ricorda Erminia Ebner, dietista docente presso la Scuola dello Sport del C.O.N.I.

L'affermarsi di schemi sbilanciati senza un'adeguata calibrazione sulla persona e le sue esigenze rischia di provocare guai più seri. Anche in contesti ricreativi o di wellness infatti la prima regola è che un'alimentazione adeguata debba seguire l'aumento graduale di attività fisica per metter in grado l'organismo di sostenere lo sforzo. Da un punto di vista qualitativo è provato che la razione alimentare non si discosta dal modello della Dieta Mediterranea, che permette di coprire adeguatamente i fabbisogni nutrizionali nella quasi totalità degli sportivi di alto livello e quindi anche per chi pratica a livello amatoriale. Un concetto che deve essere messo in pratica soprattutto dal consumatore che non deve pensare di aver bisogno di integrare la dieta con sostanze formulate in modo specifico, mutuando quanto può avvenire in ambiti sportivi maggiormente competitivi (dove è comunque necessario un adattamento personalizzato).

Gli alimenti devono essere scelti con cura per soddisfare il bisogno. Ma pochi pensano che preparazioni "casalinghe" siano sufficienti a ristabilire gli equilibri di liquidi, salini ed energetici, integrandosi oltretutto perfettamente con la dieta senza il rischio di sbilanciarla. Ebner fornisce qualche esempio pratico: una bevanda isotonica che reintegri i sali prima, durante e dopo lo sport può essere preparata partendo da un bicchiere di succo di frutta (250ml), con aggiunta di 750 ml di acqua e un grammo di sale da cucina. Per uno spuntino pre-allenamento o nei momenti di pausa fra esercizi consecutivi o durante la pausa di una partita, la frutta essiccata (albicocche, fichi, uvette, datteri) è una fonte di energia immediatamente disponibile. Assolvono allo stesso scopo anche i biscotti leggeri con meno del 10% di grassi. Il miele infine è l'equivalente naturale dei gel di maltodestrine ed è molto pratico durante gli allenamenti o nelle gare di lunga durata se portato con sé, in bustine facilmente reperibili.

L'uso di alimenti, scelti con cura per la loro composizione e mirati a sostenere l'organismo durante l'allenamento raggiunge anche la finalità di insegnare a fare affidamento su di un modello alimentare sicuramente efficace, senza lasciarsi convincere a seguire schemi non sicuri; di non rischiare di squilibrare la dieta con apporti eccessivi di determinate sostanze ma anche di non imbattersi in prodotti non controllati e di dubbia provenienza, purtroppo facilmente reperibili via e-commerce.



---

### **Fnomceo annuncia campagna anti bufale. Anelli: ricostruire rapporto di fiducia medico-paziente (e anche il nostro Ordine parteciperà)**

(da Doctor33) Trentuno città tappezzate con 4 diversi manifesti 6 metri per 3, con immagini che, dai creativi che le hanno proposte, vengono preannunciate come «shock, ma temperate da una buona dose di ironia». Si presenta così la prima campagna di comunicazione "di massa" proposta dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) che replica, su scala nazionale, l'esperienza messa in atto su diverse tematiche da alcuni Ordini quali quelli di Bari, Napoli, Taranto e Roma, e che consiste nell'applicare alla comunicazione della salute le tecniche e gli strumenti della comunicazione pubblicitaria. La campagna sarà presentata alla stampa giovedì 10 maggio, a Roma. Al centro dell'iniziativa ci saranno questa volta le fake news, le «bufale» che, «quando riguardano la medicina, possono mettere a serio rischio la salute dei cittadini», si legge in una nota della Fnomceo. «Abbiamo scelto una campagna shock» spiega il presidente Filippo Anelli «perché vogliamo far comprendere i pericoli spesso sottovalutati cui il cittadino va incontro nel momento in cui si affida a fonti non autorevoli per decidere della propria salute. Gli Ordini dei medici sono garanti della salute pubblica come bene per tutta la società e hanno quindi il dovere di intervenire per informare e sensibilizzare i cittadini rispetto ad atteggiamenti che ne minano il benessere». «Il medico deve tornare al centro della relazione che il paziente ha con la propria salute - sottolinea Anelli - Occorre ricostruire quel rapporto di fiducia medico-paziente che è stato fortemente indebolito dall'aziendalizzazione della sanità».

---

### **L'esercizio fisico protegge cuore anche con rischio genetico**

(da AGI) L'esercizio fisico può essere il modo migliore per mantenere il cuore sano e funziona anche per le persone con una predisposizione genetica per le malattie cardiache. Queste, in estrema sintesi, le conclusioni di uno studio pubblicato sulla rivista 'Circulation'. I ricercatori hanno analizzato i dati riguardanti circa mezzo milione di persone e hanno rilevato che una maggiore forza di presa, più attività fisica e una migliore idoneità cardiorespiratoria sono tutti associati a un ridotto rischio di infarti e ictus, anche tra le persone con una predisposizione genetica alle malattie cardiache. Per le persone con un rischio genetico intermedio per le malattie cardiovascolari, quelle con una forza di presa più forte sono risultate per il 36 per cento meno a rischio di sviluppare malattia coronarica e avevano una riduzione del 46 per cento del rischio di fibrillazione atriale rispetto a coloro con lo stesso rischio genetico ma con presa più debole. Tra gli individui ritenuti ad alto rischio genetico per le malattie cardiovascolari, alti livelli di fitness cardiorespiratorio sono stati associati a un rischio inferiore del 49 per cento di sviluppare una malattia coronarica e un rischio inferiore del 60 per cento per la fibrillazione atriale. "Il principale messaggio di questo studio è che essere fisicamente attivi è associato a un minor rischio di malattie cardiache, anche se si ha un alto rischio genetico", ha detto Erik Ingelsson, autore principale dello studio e professore di medicina alla Stanford University School of Medicine in California.

---

### **Nuove linee guida per le emorroidi, un problema molto frequente e di non facile gestione**

(da Doctor33) L'American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) ha pubblicato su Diseases of the Colon & Rectum le linee guida aggiornate sulla gestione delle emorroidi. Ogni anno, si indica nel documento, oltre 2,2 milioni di pazienti negli Stati Uniti si sottopongono a valutazioni per i sintomi di questo problema. «Di conseguenza, è importante identificare le emorroidi sintomatiche come la fonte alla base del sintomo anoretale e avere una chiara comprensione della valutazione e della gestione di questo processo patologico» dice Bradley Davis, del Carolinas Medical Center di Charlotte, USA, a capo del comitato che ha curato il documento. Le linee guida raccomandano la valutazione delle emorroidi sulla base di una storia specifica della malattia, che enfatizza il grado e la durata dei sintomi e identifica i fattori di rischio. Gli autori indicano i segni da ricercare per definire le emorroidi interne, ovvero sanguinamento indolore con i movimenti intestinali e protrusione intermittente, sottolineando anche che i pazienti devono essere valutati per incontinenza fecale. Inoltre, viene indicata la necessità di una completa valutazione endoscopica del colon per i pazienti che presentano emorroidi sintomatiche e sanguinamento rettale. Il documento analizza nel dettaglio la gestione

delle emorroidi, che può comprendere procedure mediche o interventi chirurgici. Secondo quanto indicato, la maggior parte dei pazienti con emorroidi di I e II grado e pazienti selezionati con malattia di III grado che non traggono beneficio dal trattamento medico può essere efficacemente trattata con procedure ambulatoriali, come bendaggio, scleroterapia e coagulazione a infrarossi, anche se questo trattamento è talvolta più lento e meno definitivo di quello chirurgico. Le opzioni chirurgiche descritte nelle raccomandazioni includono l'emorroidectomia, l'emorroidopessi e l'emorroidectomia guidata con Doppler. L'emorroidectomia è risultata il trattamento più efficace per i pazienti con emorroidi di III grado, anche se associata a maggiori livelli di dolore e complicanze. Questa terapia viene particolarmente raccomandata anche per il trattamento di pazienti con prollasso con emorroidi esterne o una combinazione di emorroidi interne ed esterne.

(Dis Colon Rectum. 2018. doi: 10.1097/DCR.0000000000001030 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29420423>)

### **Nuovo cibo da alimenti di scarto. In Olanda supermercato avvia vendita**

(da Quotidiano Sanità e Thomson Reuters Foundation) Aprile 2018 Birra da pane raffermo, zuppe da verdure che nessuno comprerebbe, sidro di mele imperfette e saponi da bucce d'arancia pronte a essere buttate nella spazzatura. Sono alcuni dei prodotti realizzati nell'ambito del progetto 'Lo spreco è delizioso', che riutilizza gli scarti alimentari, realizzato in un supermercato olandese in collaborazione con l'Università di Wageningen.

E le vendite registrate nella prima settimana sono state più alte del previsto. "Abbiamo venduto circa 700 articoli in una settimana, il doppio di quello che vendiamo con i prodotti biologici", ha dichiarato George Verberne, che gestisce la filiale di Wageningen del supermercato Jumbo, una delle più grandi catene di supermarket olandesi. "Sono orgoglioso e molto felice di essere uno tra i primi a realizzare questo progetto", afferma. Dopo la corsia del supermercato senza plastica, l'Olanda trova così un'altra soluzione innovativa nella lotta contro sprechi e inquinamento. Con questo metodo di riutilizzo degli scarti alimentari, il governo olandese punta a dimezzare la quantità di cibo sprecato e diventare il primo paese europeo a raggiungere questo obiettivo entro il 2030. Secondo la FAO, l'organizzazione che si occupa di cibi e agricoltura per conto delle Nazioni Unite, infatti, nel mondo, un terzo di tutto il cibo prodotto, del valore di quasi un trilione di dollari, viene buttato ogni anno. E secondo Chantal Engelen, co-fondatrice di Kromkommer, una delle 18 aziende che partecipano al progetto, circa il 30% delle carote viene rifiutato perché ha due gambe, è troppo grande o troppo storta. "Compriamo i prodotti di scarto direttamente dal coltivatore a un prezzo equo e li trasformiamo in cibo sano", ha dichiarato l'esperta, aggiungendo che il loro scopo è cambiare il comportamento dei consumatori in modo che anche le carote di scarto vengano vendute nei negozi. Il progetto vorrebbe ora espandersi in altri tre supermercati nei prossimi mesi, mentre i ricercatori dell'università olandese controlleranno le vendite per sei mesi per capire come espandere meglio questo mercato.

### **Mantenere i capelli del paziente è una cura**

(da Oncologia33) I dispositivi per raffreddare il cuoio capelluto durante la somministrazione della chemioterapia hanno dimostrato di essere efficaci nel prevenire l'alopecia in una quota di pazienti e con alcuni farmaci chemioterapici. Il loro uso dovrebbe quindi diffondersi.

E' questo il messaggio contenuto in una revisione accompagnata da un editoriale di commento pubblicata sul 'Journal of Oncology Practice', nella quale si fa il punto sugli studi controllati condotti negli ultimi anni e, in particolare, su tre di essi, che hanno coinvolto un totale di circa 400, tra pazienti trattate e controlli. In tutti e tre lo schema è stato simile: il casco è stato applicato a donne con carcinoma mammario metastatico 90 minuti prima della terapia, tenuto durante la somministrazione del farmaco e poi successivamente per 90 - 120 minuti e alla fine l'effetto protettivo si è visto soprattutto nelle donne sottoposte a taxani. La prevenzione dell'alopecia ha riguardato una quota variabile tra il 50% e l'80% circa delle pazienti (con il paclitaxel si arriva anche al 100%), mentre per le pazienti curate con antracicline l'effetto è stato inferiore, e pari a una conservazione compresa tra il 16 e il 43%. Gli effetti collaterali dell'applicazione del freddo sono stati molto modesti e consistenti soprattutto in un lieve dolore che le pazienti hanno definito sopportabile e transitorio. I dispositivi approvati dalla FDA sono due, e quasi tutti i centri statunitensi ormai offrono la possibilità di utilizzarli: quando non lo fanno - si legge nell'editoriale firmato da Julie Nangia, del Baylor College of Medicine di Houston, in Texas - possono perdere pazienti a favore di chi lo offre. Poiché il mantenimento della capigliatura incide sulla qualità di vita e il benessere psicosociale - concludono invece gli autori

dello studio, oncologi del Taussier Cancer Institute di Cleveland, in Ohio, l'utilizzo di questi dispositivi dovrebbe far parte del programma di cura, e non solo proposto a fini estetici.

(Megan Kruse and Jame Abraham. Management of Chemotherapy- Induced Alopecia With Scalp Cooling.

DOI: 10.1200/JOP.17.00038 Journal of Oncology Practice 14, no. 3 (March 2018) 149-154.  
<http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.17.00038>

Julie Nangia. Quality of Life Matters: It Is Time to Integrate Scalp Cooling in Routine Clinical Practice.

DOI: 10.1200/JOP.18.00033 Journal of Oncology Practice 14, no. 3 (March 2018) 157-158.  
<http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.18.00033>

---

### **Influenza: vaccinare i bambini per proteggere anziani**

(da AGI) Una vaccinazione più completa si conferma un'arma troppo preziosa per essere sottovalutata, soprattutto dopo le nuove evidenze sull'efficacia del vaccino quadrivalente, in particolare nella popolazione pediatrica tra 6 e 35 mesi. Un'analisi di Influnet evidenzia che i bambini da 0 a 5 anni, infatti, si ammalano d'influenza circa 10 volte di più rispetto all'anziano e circa 5 volte di più rispetto all'adulto. Una copertura vaccinale più ampia, con l'utilizzo di un vaccino quadrivalente, potrebbe proteggere in maniera efficace e sicura questa categoria così delicata, ma anche indurre un risparmio economico per il Ssn come emerge da una recente valutazione di Health Technology Assessment (HTA) dell'università degli Studi di Firenze dell'università degli Studi di Genova e dell'università Tor Vergata di Roma. "Il report di HTA sull'influenza nella fascia di età dai 6 mesi ai 6 anni, dichiara Paolo Bonanni, professore di Igiene presso l'università degli Studi di Firenze, nasce dall'evidenza che l'influenza è una malattia molto importante sia dal punto di vista diretto della salute del bambino, (infatti è una malattia grave che può generare ospedalizzazioni), sia perché il bambino è il principale responsabile della trasmissione dell'infezione alla popolazione adulta e anziana. Quindi, prevenire l'influenza nel bambino significa ridurre anche l'incidenza negli adulti e negli anziani, fascia di età nella quale le coperture non sono ottimali. "La valutazione HTA, ha aggiunto Francesco Saverio Mennini, professore di Economia Sanitaria università Tor Vergata di Roma, della vaccinazione universale in età pediatrica 0-6 anni ha dimostrato i rilevanti benefici (sia sanitari che economici) legati all'uso del vaccino quadrivalente rispetto alla non vaccinazione e al vaccino trivalente. Nello studio si è osservato che vaccinando il 40% di tutti i bambini italiani tra 0 e 6 anni con il quadrivalente, rispetto al trivalente, si prevenirebbero 16mila casi di influenza addizionali all'anno." Nel report si conclude pertanto che l'immunizzazione universale dei bambini, con il vaccino quadrivalente, risulta la scelta migliore di sanità pubblica per garantire la protezione diretta nei bambini e indiretta di tutta la popolazione

---

### **Dormire a bocca aperta aumenta il pH acido con rischio erosione smalto**

(da Odontoiatria33) Russare o respirare a bocca aperta può far venire le carie. A ricordarlo è l'AIC (Accademia Italiana Conservativa) ridorando recenti studi scientifici che affermano che chi russa per buona parte della notte o respira a bocca aperta porta a un calo del pH del cavo orale che mette a rischio lo smalto e facilita la comparsa delle lesioni cariose. Gli esperti di AIC sottolineano che il rischio è consistente soprattutto in chi soffre della cosiddetta sindrome delle apnee ostruttive notturne (OSAS), e che trascorre gran parte della notte respirando in modo incostante. Inoltre, il pericolo aumenta ancora di più se si parla dei bambini: il 15% dei più piccoli, di notte, passa l'80% del tempo respirando a bocca aperta per colpa di frequenti raffreddori e allergie. "Il nostro organismo è strutturato in modo che la respirazione avvenga dal naso, quando non succede nell'ambiente del cavo orale si crea uno squilibrio pericoloso – spiega all'agenzia ANSA il prof. Lorenzo Breschi (nella foto), Presidente AIC e Professore Ordinario di Odontoiatria Conservativa presso l'Università di Bologna – Infatti, il fisiologico pH del cavo orale cala in modo significativo portando ad un netto aumento dell'acidità della bocca: un ambiente più acido e un pH basso favoriscono l'erosione e l'indebolimento dello smalto, anticamera dello sviluppo della carie". Numerosi studi su adulti e bambini hanno confermato i rischi associati ad una scorretta respirazione in quanto lo squilibrio del pH intra orale dovuto alla ridotta capacità di neutralizzare un ambiente acido porta alla distruzione dei tessuti dentali esistenti così come dei materiali utilizzati per il loro restauro. "Il rischio di sviluppo della patologia cariosa è aumentato di oltre il 37% rispetto ai soggetti che non soffrono di disturbi respiratori – aggiunge Breschi – Respirare a bocca aperta infatti "asciuga" il cavo orale. Il

continuo passaggio di aria all'interno della bocca secca le mucose facendo evaporare il sottile strato protettivo di saliva che, grazie a enzimi antibatterici, anticorpi e sali minerali in essa contenuti assicura con il suo flusso regolare una buona detersione delle superfici dentali, il bilanciamento del pH e, di conseguenza, la rimineralizzazione dello smalto. La saliva inoltre ha il compito di contrastare i batteri che producono gli acidi: la secchezza orale quindi contribuisce a far salire i livelli di acidità e parallelamente altera la flora batterica orale, favorendo oltre alle carie anche la comparsa di irritazioni, stomatiti, afte e infiammazioni gengivali". La maggiore prevalenza di lesioni cariose e di infiammazione gengivale è stata riportata da diverse ricerche condotte sui bambini che mostrano come respirare male di notte, per esempio per colpa di allergie e asma, aumenta notevolmente la percentuale di esperienza di carie sui denti decidui. "Per evitare conseguenze sulla salute orale è perciò molto importante risolvere i disturbi che compromettono una buona respirazione durante il sonno sia negli adulti che nei bambini – sottolinea Breschi – Spesso, purtroppo, il 75-80% dei casi di patologie del sonno non viene diagnosticato, sarebbe invece essenziale riconoscere il problema per risolvere non solo i disturbi della respirazione e ridurre i rischi cardiovascolari ad essi correlati, ma anche per ridurre i rischi per la salute dei denti".

---

### **Formare un buon medico? Il segreto sta nelle discipline umanistiche**

(da M.D.Digital) Due università americane, la Thomas Jefferson University di Philadelphia e la Tulane University di New Orleans, hanno condotto un'indagine attraverso un sondaggio online per verificare quanto e se la cultura umanistica possa influire sul miglioramento delle competenze mediche. Con tale finalità tutti gli studenti iscritti a cinque scuole di Medicina degli Stati Uniti durante l'anno accademico 2014-2015 sono stati invitati via email a prendere parte al sondaggio online. Su 3107 studenti di Medicina 739 hanno risposto completando il sondaggio (23,8%). Dall'analisi delle risposte si è rilevato che l'esposizione alle discipline umanistiche era significativamente correlata con qualità personali positive degli studenti, tra cui empatia, tolleranza per ambiguità, saggezza, valutazione emotive, auto-efficacia e abilità spaziali, mentre era significativamente e inversamente correlata con alcuni componenti del burnout. La conclusione della ricerca pubblicata sul *Journal of General Internal Medicine* è che se si vogliono formare dei medici più tolleranti, empatici e resilienti bisogna reintegrare le discipline umanistiche nel curriculum medico, modificando anche i test di accesso alla facoltà di Medicina. In un'intervista, pubblicata su *Corriere.it*, Salvatore Mangione, che ha diretto la ricerca, ha dichiarato: "I test multiple choice insegnano a pensare che una cosa è nera o bianca. Ma così quando i nostri studenti si trovano finalmente davanti a un letto di ospedale non sanno più cosa fare. E nell'ansia da controllo prescrivono al paziente un esame dopo l'altro. Non solo non fanno il suo bene, ma finiscono anche per costare più del necessario". Nell'intervista Mangione ha anche tenuto a sottolineare che: "La Medicina è un'arte che usa la Scienza. Non puoi separare un aspetto dall'altro. Senza la Scienza saremmo fermi agli sciamani. Ma senza cultura umanistica ci consegniamo ai tecnici".

(*Journal of General Internal Medicine* 2018; 33(5): 628-34.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-017-4275-8>)