

# 2023

maggio - giugno - luglio - agosto

bollettino di **modena**

Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena



- **PROBLEMI EMERGENTI (EDITORIALE DEL PRESIDENTE);**
- **L'INTERVISTA (M. BIGARELLI);**
- **MEDICINA PERIOPERATORIA NELL'ANZIANO: L'APPROCCIO INNOVATIVO (G. BETTELLI);**
- **L'ALBERO DI CRACOVIA (N. D'AUTILIA)**

ISSN 2035-0546



# SOMMARIO

bollettino di modena

<b>EDITORIALE</b>	<b>04</b>
<b>ATTIVITÀ DELL'ORDINE</b>	<b>06</b>
<b>L'INTERVISTA</b>	<b>08</b>
<b>L'ALBERO DI CRACOVIA</b>	<b>10</b>
<b>DI PARTICOLARE INTERESSE</b>	<b>12</b>
<b>FNOMCeO ESTERO</b>	<b>17</b>
<b>BIBLIOTECA</b>	<b>18</b>
<b>DIALETTO IN PILLOLE</b>	<b>21</b>
<b>ARTE E DINTORNI</b>	<b>22</b>

## **CONSIGLIO DIRETTIVO**

### *Presidente*

Dr. Carlo Curatola

### *Vice Presidente*

Dr.ssa Laura Casari

### *Consigliere Segretario*

Dr.ssa Letizia Angeli

### *Consigliere Tesoriere*

Dr. Stefano Reggiani

### *Consiglieri*

Dr. Andrea Bergomi, Dr. Nicolino D'Autilia,

Dr. Stefano Guicciardi, Dr. Domenico

Lomonaco, Dr. Salvatore Lucanto,

Dr.ssa Stefania Malmusi, Dr.ssa Marinella

Nasi, Dr.ssa Claudia Omarini, Dr. Giuseppe

Stefano Pezzuto, Dr.ssa Claudia Polastri,

Dr. Vito Simonetti

### *Consiglieri Odontoiatri*

Dr. Roberto Gozzi,

Dr.ssa Alessandra Odorici

## **COLLEGIO REVISORI DEI CONTI**

### *Presidente*

Dr.ssa Elena Bulgarelli

### *Componenti*

Prof. Luca Giannetti, Dr. Riccardo Guidetti

### *Supplente*

Dr.ssa Sara Fantini

## **COMMISSIONE ODONTOIATRI**

### *Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

### *Vice presidente*

Dr. Mario Caliandro

Dr.ssa Francesca Braghiroli (segretario),

Dr. Vincenzo Malara,

Dr.ssa Alessandra Odorici

## **BOLLETTINO**

### *Direzione e Amministrazione*

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

### *Direttore Responsabile*

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

### *Editore*

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

## **REALIZZAZIONE EDITORIALE**

### *Eurocopia Servizi*

Via Degli inventori, 11 – Modena

Tel +39 059 830 2312

www.eurocopia.it

### *Fotocomposizione*

Donatella Testa – Modena

redvelvet.ortolani@gmail.com

# PROBLEMI EMERGENTI

**A**bbiamo attraversato l'emergenza COVID. Ogni tanto guardo indietro e mi chiedo come abbiamo fatto a sopravvivere fisicamente e mentalmente, lavorando senza sosta tra i malati, le paure, le poche certezze e dovendo mantenere sempre elevatissima la soglia dell'attenzione sull'aggiornamento continuo e sul malato.

Una corsa sfrenata mantenendo sempre la quinta inserita. Una corsa folle, dalla folle durata.

Adesso che ci si potrebbe fermare siamo alla resa dei conti.

E allora non in quinta, ma sempre in quarta perché siamo in pochi e in pochi dobbiamo recuperare prestazioni perse, rapporti umani interrotti, rapporti di fiducia sfilacciati da tensioni e nuove paure indotte spesso dalla ricerca della verità scientifica su internet.

Assistito: "Dottore, sa che mi hanno detto che la causa del diabete che lei mi ha diagnosticato è il vaccino?"

Medico: "Certo, peccato che qual diabete, diagnosticato a 60 anni dopo 3 anni che non facevi gli esami e trascuravi i tuoi stili di vita, è lo stesso che aveva tua madre alla tua età e tuo fratello a cui è stata formulata stessa diagnosi dieci anni fa".

Assistito: "Dottore, ho visto su internet che le teleangectasie che mi sono venute fuori sulle gambe quest'anno possono essere imputabili al vaccino, lo sostengono fermamente su un gruppo Facebook"

Medico: "Signora cara, lei ha una malattia venosa cronica clinicamente appalesata nel 2018, anno in cui decidemmo di fare un'ecolor Doppler venoso che confermò la diagnosi e ne descrisse le alterazioni nel dettaglio".

Assistito: "Dottore da quando ho fatto il vaccino ho mal di schiena e male alle spalle".

Medico: "Veramente è da quando ti conosco che approfondiamo in tutte le salse questi tuoi dolori. Lo testimoniano non solo gli esami strumentali ed ematochimici presenti in cartella a partire dal 2016, ma soprattutto le prescrizioni di FANS e steroidi".

Capita solo al sottoscritto nel proprio setting? Sono sicuro di no.

Potrei continuare con le steatosi epatiche o con le placche carotidiche negli obesi ipercolesterolemici, con le dermatiti negli atopici, con le ipocondrie negli ipocondriaci.

E questo è solo uno dei punti di vista.

Che fatica...

Il prezzo che stiamo pagando per usufruire un giorno dei benefici dell'Intelligenza Artificiale è la battaglia quotidiana contro l'Interferenza Artificiale, responsabile di continui accessi impropri alle cure che spesso necessitano esclusivamente di rassicurazioni. E se non basta la rassicurazione del medico di famiglia, del pediatra di libera scelta o dello specialista di fiducia?

Inizia il "medical shopping" che trova risposte nello specialista privato per chi se lo può permettere, in PS per tutti gli altri.

Assistito: "Sa Dottore ho un'assicurazione che pago annualmente, se lei mi scrive una diagnosi precisa tipo



orchiepididimite sn, io vado a fare una visita urologica. Sa, ho 38 anni non ne ho mai fatta una e da quando ho preso quell'antibiotico per la bronchite, non urino più come prima".

Non riporto la risposta del medico.

Assistito: "Ho chiamato la guardia medica sabato scorso, mi ha dato solo un antinfiammatorio senza neanche visitarmi per il mal di gola. Oggi sto meglio, mi è passato, non ho febbre, ma vorrei passare da lei così mi visita e mi richiede una visita otorinolaringoiatrica urgente".

Medico...omissis...

Assistito: " Mio figlio ha una gara di nuoto e in questo periodo è un po' fiacco. Vorrei fargli fare gli esami per la mononucleosi. Sa non vorrei che gli succeda la stessa cosa che è successa a Gregorio Paltrinieri".

Medico...@#¶@@##çç°°

Sì la società è cambiata, il nostro lavoro è cambiato. Ma quanto è importante in questo momento storico la comunicazione...Un medico deve saper comunicare ma non può esser lasciato da solo. L'Ordine c'è stato, c'è e ci sarà in questo tipo di attività. Ma la politica e le istituzioni devono essere più presenti. L'invito alla politica è quello di schierarsi con coraggio a difesa della nostra professione per la tutela del diritto alla salute del cittadino. Sì proprio così, solo schierandosi al nostro fianco deciderà di difendere la popolazione dalle proprie paure in questa che è una campagna epocale contro l'infodemia.

Buone vacanze

PS...e sono sicuro che sotto l'ombrellone molti di noi saranno tirati in ballo per un parere sulla vitamina D o sulla terapia dell'ipotiroidismo. A quel punto il mio augurio è che ciascuno di noi possa trovare nel sole e nel mare la magia di una risposta tanto ippocratica quanto saggiamente evasiva.

*Il Presidente  
Dott. Curatola Carlo*

### **CONSIGLIO DIRETTIVO** - Mercoledì 5 Aprile 2023– Ore 21.00

Il giorno mercoledì 5 Aprile 2023 alle ore 21.00 si è svolta la riunione di Consiglio Direttivo in modalità mista (presenza e remoto con piattaforma Cisco Webex).

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali di Consiglio del 22.2.2023 e 5.3.2023;
2. Variazioni agli albi;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Incontro ENPAM per il mutuo sede e aggiornamenti (Curatola; Reggiani)
5. Relazione sulla giornata europea della violenza sui sanitari Madrid il 10 marzo u.s. (D'Autilia);
6. Delibere amministrative;
7. Varie ed eventuali.

### **CONSIGLIO DIRETTIVO** - Mercoledì 26 Aprile 2023– Ore 21.00

Il giorno mercoledì 26 Aprile 2023 alle ore 21.00 si è svolta la riunione di Consiglio Direttivo in modalità mista (presenza e remoto con piattaforma Cisco Webex).

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale di Consiglio del 05.04.2023;
2. Variazioni agli albi;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Violenza sui sanitari: Decreto-legge 30 marzo 2023, n. 34;
5. Incontro con le sigle sindacali;
6. Whistleblowing: applicazione on line per le segnalazioni di illeciti o irregolarità e comunicazioni di misure ritorsive, ai sensi dell'art. 54-bis, d.lgs. 165/2001;
7. Relazione incontro CUP – CPO Legge bilancio 2023 (sostegno famiglie, welfare...) e Riforma Cartabia (violenza di genere). Relazione incontro UNIMORE (dottorati innovativi promossi nell'ambito del PNRR). Relazione congresso studentesco MoReMed - (Dott. S. Guicciardi);
8. Delibere amministrative;
9. Varie ed eventuali.

### **CONSIGLIO DIRETTIVO** - Mercoledì 23 Maggio 2023– Ore 21.00

Il giorno mercoledì 23 maggio 2023 alle ore 21.00 si è svolta la riunione di Consiglio Direttivo in modalità mista (presenza e remoto con piattaforma Cisco Webex).

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali di Consiglio del 26.04.2023;
2. Variazioni agli albi;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Report Consiglio Nazionale e Assemblea ENPAM 28-29 aprile (Curatola);
5. Violenza sui sanitari: incontro con il Prefetto;
6. Incontro con le sigle sindacali;
7. Assemblea Casa del Professionista e dell'Artista del 27 aprile u.s. (D'Autilia – Reggiani);
8. Richiesta candidatura per rappresentante amministrazione farmacie comunali di Modena;
9. Delibere amministrative;
10. Varie ed eventuali.

### **COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI** - Seduta del 7.02.2023 – ore 21.30 Modalità mista

Il giorno 07.02.2023 – ore 21.30 si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri

- 1-Approvazione verbale CAO del 6-12-2022;
  - 2-Comunicazioni del Presidente;
  - 3-Aggiornamento culturale;
  - 4- Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
  - 5-Opinamento parcelle odontoiatriche;
  - 6- Varie ed eventuali.
- 

### **COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI** - Seduta del 7.03.2023 – ore 21.00

Il giorno 07.03.2023 – ore 21.00 si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri

- 1-Approvazione verbale CAO del 7-2-2023;
  - 2-Comunicazioni del Presidente;
  - 3-Aggiornamento culturale;
  - 4- Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
  - 5-Opinamento parcelle odontoiatriche;
  - 6- Varie ed eventuali.
- 

### **COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI** - Seduta del 28.03.2023 – ore 21.00

Il giorno 28.03.2023 – ore 21.00 si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri

- 1-Approvazione verbale CAO del 7-3-2023;
  - 2-Comunicazioni del Presidente;
  - 3-Aggiornamento culturale;
  - 4- Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
  - 5-Opinamento parcelle odontoiatriche;
  - 6- Varie ed eventuali.
- 

### **COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI** - Seduta del 02.05.2023 – ore 21.00

Il giorno 02.05.2023 – ore 21.00 si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri

- 1-Approvazione verbale CAO del 28-03-2023;
  - 2-Comunicazioni del Presidente;
  - 3-Aggiornamento culturale;
  - 4- Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
  - 5-Opinamento parcelle odontoiatriche;
  - 6- Varie ed eventuali.
-

# L'INTERVISTA

a cura di N. D'Autilia

## DIPENDENZA DA GIOCO PATOLOGICO: UNA NUOVA SFIDA



Dobbiamo ammettere che il fenomeno del gioco patologico non è nuovo come tale ma è fortemente presumibile che mai come in questo frangente storico si sia realizzata una diversa e più piena consapevolezza delle sue dimensioni sociali e sanitarie. Oggetto di frequenti indagini dei mass media resta peraltro sullo sfondo delle altre e più eclatanti Dipendenze, in primis quella da droghe. Abbiamo per questo deciso di acquisire il parere del **dr. Massimo Bigarelli** che è direttore di struttura complessa di farmacologia e tossicologia clinica del Servizio Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena nei Distretti di Carpi e Mirandola. Egli infatti si occupa da decenni di iniziative rispetto agli *stili di vita salutari* (lotta al fumo, all'abuso di alcol, pro attività motoria ed alimentazione corretta) e delle dipendenze da sostanze psicoattive (droghe, alcol, nicotina) e comportamentali quali appunto il gioco patologico.

Cosa si intende anzitutto per **gioco d'azzardo**?

*I giochi d'azzardo sono quei giochi con i quali si vorrebbe vincere denaro e i cui risultati dipendono, in tutto o in parte, dal caso piuttosto che dall'abilità del giocatore. Fra i più diffusi abbiamo la videolottery, il videopoker, le slot machine, le lotterie istantanee come i gratta e vinci, il lotto e superenalotto, i giochi al casinò, il win for life, le scommesse sportive o ippiche, il bingo, il poker online.*

Ma quando il gioco diviene un problema sanitario ?

*Il DGA (disturbo da gioco d'azzardo) è una dipendenza comportamentale che spinge l'individuo a continuare a giocare d'azzardo nonostante le conseguenze che questo comporta sulla vita individuale, familiare e sociale, e/o nonostante abbia cercato inutilmente di smettere. Pertanto possiamo proprio dire che il DGA è una "droga" vera e propria. Uno dei maggiori studiosi a livello internazionale (R. Volberg) stima una prevalenza del gioco patologico negli adulti fra l'1 e il 3%.*

In che misura il fenomeno è aumentato nel tempo?

*Possiamo dire realisticamente che l'incremento numerico della casistica è avvenuto nell'ultimo decennio ed i primi invianti ai nostri centri sono stati i servizi sociali dei comuni, che si sono ritrovati a gestire situazioni economiche difficili rispetto a famiglie assistite e indebitate, nonché le associazioni dei consumatori ed anche alcuni legali che - ad esempio - affrontavano separazioni giudiziarie.*

*Sovente è stato anche il medico di medicina generale ad accorgersi di situazioni critiche e ci ha indirizzato gli utenti. Talora comparivano casi di particolare gravità e con necessità di interventi urgenti sotto molti profili.*

Quale è la consapevolezza del soggetto dipendente dal gioco del proprio disturbo?

*In genere piuttosto scarsa e in questo contesto abbiamo assunto nel nostro Centro la scelta di accogliere la segnalazione anche da parte di terze persone, in primis i familiari che sono molto preoccupati dello stato psicologico del loro congiunto e delle perdite economiche spesso considerevoli. Va segnalato a questo proposito il sempre maggiore coinvolgimento dei minori nel gioco d'azzardo, soprattutto nella modalità on line.*

Da quando la sanità pubblica si occupa di giocatori patologici ?

*Sono circa 12 anni che abbiamo sviluppato nei SERDP dei programmi individualizzati e di gruppo per il recupero delle persone affette da DGA; questo avviene anche in collaborazione con enti del III Settore quali Federconsumatori, Ceis. Papa Giovanni 23mo, Centri di Servizio per il volontariato di Modena (CSV) ed altri.*

*Abbiamo in cura, ultimi dati elaborati (2021), 111 utenti ma prestiamo un aiuto ed un counselling anche ai*

famigliari; questo è ritenuto molto importante per il recupero dei soggetti che, talora, possono effettuare percorsi di ricovero presso la casa di cura o una comunità di recupero convenzionata.

Ogni anno si presentano in cura circa 40/50 nuovi soggetti. In Regione sono **31.000** i casi seguiti dai servizi. Nell'anno in corso stimiamo almeno 250 casi seguiti, spesso assieme ai famigliari e alle realtà dei gruppi. Vengono date indicazioni su come comportarsi e sono gestiti e suggeriti piani di "rientro" dall'indebitamento, oltretutto agiamo sugli aspetti psicologici o psichiatrici. Facciamo inoltre prevenzione nelle scuole.

Ma quanto si gioca in provincia di Modena ?

Si pensi che **l'importo medio pro capite di giocata** sulla popolazione residente in Regione è di **805 € annui** e a Modena nel solo 2021 le giocate da remoto hanno superato il mezzo miliardo di euro (**551,6 milioni di euro**) e il valore economico della raccolta fisica è stimabile fra i 590 e 599 milioni di euro, un volume totale lordo annuale che si stima pari a **1,15 miliardi di euro**.

Come si presenta un giocatore patologico ai servizi ?

Spesso si presenta in condizioni psicologiche compromesse, con depressione, sommerso dai debiti e con un quadro familiare conflittuale, il gioco patologico – possiamo dirlo - "distrugge" i contesti affettivi.

Ma ci sono dei test pratici per evidenziare la dipendenza da gioco ?

Uno molto diffuso è il LIE-BET, un questionario che contiene items quali "hai scommesso più di quanto potessi realmente permetterti di perdere?"; oppure "sei tornato a giocare con il proposito di recuperare il denaro perso per rifarti?"; "hai chiesto prestiti o hai venduto qualcosa per avere i soldi per giocare?" .. e così via al fine di definire la gravità del quadro.

Come proteggersi dal gioco patologico ?

Per esempio giocare solo la somma destinata al divertimento, smettere di giocare quando hai speso quel denaro. Porsi limiti di tempo e denaro nell'impegno che si dà al gioco, non isolarsi, estraniarsi dalla vita sociale, coltivare amicizie e relazioni costruttive.

È possibile uscirne e come ?

È possibile con programmi ben strutturati e affidandosi ai servizi, vi sono trattamenti di psicoterapia, gruppi di auto aiuto come Giocatori Anonimi, centri di ascolto pubblici. L'importante è affidarsi e aprirsi al cambiamento. Abbiamo iniziative di formazione rivolte ai MMG ed al territorio perché la lotta al DGA deve essere comunitaria.

Si può ragionevolmente parlare di percentuali di successo nel trattamento della dipendenza da gioco patologico?

Premesso che si tratta sempre di periodi piuttosto lunghi all'inizio del trattamento siamo intorno al 30-40% di risultati positivi.

Sotto il profilo amministrativo quali sono le regole per accedere al vostro servizio?

È importante sottolineare come in Emilia Romagna si sia fatta la scelta di esentare questi pazienti dal pagamento del ticket sulle prestazioni erogate.

Per avere maggiori informazioni ?

Abbiamo predisposto una pagina con gli indirizzi dei servizi e tutte le informazioni

<https://www.ausl.mo.it/gioco-azzardo>

# STORIE, STORIELLE E QUISQUIGLIE VARIE

A cura del direttore N.G. D'Autilia



*L'albero detto "di Cracovia" era un grande castagno frondoso nei giardini del Palais Royal a Parigi, ma non aveva nulla a che vedere con la città polacca. Il termine Cracovia infatti faceva riferimento al verbo craquer, che significa riportare storie di dubbia veridicità. Sotto l'albero si ritrovavano persone di differente estrazione sociale: popolani e nobili, perditempo e curiosi ma anche diplomatici in cerca di notizie "sussurre". Era il 1700...*

### **Medici troppi o troppo pochi?**

#### **Un po' di chiarezza sul circo delle affermazioni "in libertà"**

Con una periodicità che pare non conoscere basse stagioni si affaccia sullo scenario nazionale il tema della numerosità dei medici nel nostro bel Paese. Niente di scandaloso per carità se non il refrain è sempre lo stesso: mancano i medici.

Ma la realtà è tutt'altra e le continue indagini che vengono svolte dai vari enti pubblici e privati non fanno che certificare un dato costante nel tempo: i medici ci sono. Scontiamo semplicemente gli errori di programmazione nel percorso di formazione specialistica oltre che i tagli alle assunzioni del personale sanitario (Brunetta 2004) sperando di risolvere questo "imbuto" con l'ampliamento del numero programmato per l'accesso al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia. La tipica soluzione italiana insomma. Nel ventennio precedente noi ordinisti lo avevamo previsto sulla base non certo di intuizioni magiche ma di accreditati studi prospettici svolti da soggetti come ENPAM, ISTAT etc ma la politica nostrana in questo ambito come del resto anche in altri non ha mai brillato per capacità di programmazione, e questo indipendentemente dall'appartenenza partitica.

Secondo il Ministero della Salute il numero dei medici attivi in Italia al 31/12/2020 era di circa 241mila valutando che dal 2021 al 2030, secondo varie stime, circa 113 mila medici andranno in pensione. Nello stesso periodo saranno circa 136.000 i nuovi laureati in Medicina e Chirurgia i quali avranno un presumibile bacino di contratti per la formazione specialistica di circa 125.000 e di circa 21.000 borse per la formazione in Medicina Generale. Non ci sono dubbi di sorta se si afferma che di medici ce ne sono e come. Ma la realtà ancora una volta è che a fronte di questa discreta abbondanza generale ci si trova di fronte ad una mancata programmazione delle specialità per cui alcune di queste – Emergenza Urgenza in primis – restano sempre più vuote ed altre – Dermatologia p.e. – sono affollate. Queste ultime peraltro con sempre maggiore sbocco sul mercato privato e conseguente depauperamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Per ultimo ma non certo per importanza il già noto fenomeno della "fuga verso l'estero" dei medici laureati con un incremento costante negli ultimi anni. È ormai di pubblico dominio che la formazione di un medico comporta un costo per lo Stato di 100mila euro che si incrementano a 150.000 con l'acquisizione del titolo di specialista. Collegi che vanno ad esercitare in Germania, Svizzera, Inghilterra con maggiore soddisfazione professionale e retribuzioni molto migliori.

Soluzione? Semplice: usufruiamo dei medici gettonisti, spostiamo ostetrici, gastroenterologi, endocrinologi

etc dai loro reparti in Pronto soccorso, diamo 100 euro per notte in più ai prontosoccorristi e poi chiamiamo 3000 infermieri indiani in Italia. E voilà!

Ma la politica ascolta tutte queste considerazioni da anni e la risposta resta sempre la stessa: aumentiamo il numero programmato degli accessi alla facoltà di Medicina e Chirurgia. Di fronte a una miopia così evidente si può ragionevolmente chiedersi se ci meritiamo una classe politica così?

---

### La barca del Servizio Sanitario sta affondando

Con un taglio di 37 miliardi negli ultimi 10 anni il nostro Sistema sanitario sta boccheggiando e anche i recenti segnali che giungono dalla manovra finanziaria 2023 non lasciano ben sperare. Ancora una volta si perpetua un definanziamento ormai cronico con pesanti ricadute sulla salute dei cittadini italiani e sulla sostenibilità degli operatori professionali che – per tutta risposta – stanno abbandonando il loro posto per fuggire nel privato o addirittura all'estero dove ottengono maggiori soddisfazioni personali e professionali. L'Italia resta sotto la media europea quanto a spesa sanitaria pro-capite (2.609 euro) contro i 4.831 della Germania o i 3.807 della Francia. Il mito del nostro S.S.N. non esiste più, facciamocene una ragione. Contratti e convenzioni con i medici nel nostro bel Paese si rinnovano dopo molti anni – è una prassi ormai – e i presunti aumenti di stipendio, ancora da contrattare s'intende, si attestano sugli 80 euro al mese. Non c'è che dire un bell'incentivo a restare nel pubblico con soddisfazione e magari con il timore di essere anche vittima di un atto di violenza.

L'altra fuga è quella dei pazienti nel privato, quelli ovviamente che se lo possono permettere; erano secondo l'ISTAT **3,1 milioni** nel 2019, **4,8 milioni** nel 2020 e infine **5,6 milioni** lo scorso anno. Non solo ma nell'ambito del grande pianeta dell'Assistenza domiciliare (ADI) solo il 2,9% degli anziani viene preso in carico e questo fenomeno non può non preoccupare alla luce di un invecchiamento sempre maggiore della nostra popolazione. Altri paesi europei hanno messo in campo già da anni programmi di inclusione e assistenza per queste fasce di età così fragili. Siamo sempre al punto dolente della programmazione (mancata). Oggi il 54% degli italiani si cura privatamente e il dato induce alla doverosa riflessione se siamo ancora in una situazione eticamente e moralmente accettabile. Il concetto di universalistico del nostro S.S.N. è chiaramente saltato e questo già da tempo nella indifferenza generale o peggio con la politica che ha voltato la testa da un'altra parte.

---

### Liste d'attesa tra mito e realtà (cruda)

L'argomento è da bar, non c'è dubbio ma sulla sua realtà non si discute. Da molti anni ormai il tema delle liste d'attesa per poter accedere ai servizi sanitari occupa tutti gli spazi possibili della comunicazione, dalle campagne elettorali alle dichiarazioni ufficiali dei vari assessori regionali fino ai sindaci delle nostre città. Tutte molto "sentite" e foriere di grandi novità nel futuro "prossimo". Ma la realtà "vera" resta quella del bar, e cioè che i tempi per lo svolgimento delle visite specialistiche, degli accertamenti radiografici, degli esami di laboratorio restano infiniti, da molti mesi ad anni. E questo con buona pace di quanti dichiarano che così non è. Naturalmente ci sono sottili strategie di fondo come quella di rispondere al cittadino in cerca di un appuntamento che "l'agenda" non è ancora disponibile (!?), e a valle di questi scenari ecco riproporsi l'esodo del cittadino verso il privato (54% degli italiani) con snellimento fisiologico delle liste d'attesa e svuotamento del suo portafoglio. Ecco il miracolo delle liste d'attesa.

## DI PARTICOLARE INTERESSE



Non vi è alcun dubbio che dall'inizio degli anni duemila il tema degli Anziani sia divenuto centrale in numerosi ambiti, da quello sociale all'economico, dall'organizzativo al sanitario oltre che investire le tematiche bioetiche. Nel contesto sanitario si sono definite nuove linee di indirizzo in varie specialità mediche, cardiologia e farmacologia solo per citarne alcune, ma è tutto il mondo scientifico a misurarsi sempre più con questa realtà che per molti anni è stata descritta come incombente salvo poi verificare che ne siamo già a tutti gli effetti protagonisti assoluti da qualsiasi ottica la si voglia considerare.

Ed è in questo panorama di iniziative spesso disarticolate fra loro – male ormai cronico in Italia – che si è sviluppato un interessante programma di Medicina Perioperatoria dell'Anziano promosso dalla nostra collega prof.ssa Gabriella Bettelli alla quale abbiamo chiesto un contributo per il nostro Bollettino. Si tratta in buona sostanza del coinvolgimento di varie figure professionali: chirurgo, anestesista, geriatra, infermiere etc nella gestione del paziente anziano da sottoporre ad un intervento chirurgico.

Lavoro d'équipe per una vera integrazione di competenze a salvaguardia del benessere dell'anziano.

La prof.ssa Bettelli, specialista in Anestesia e Rianimazione (1977) e in Cardiologia (1984) , e con un Master in Medicina Geriatrica (2015), è stata assistente anestesista prima presso l'Ospedale Civile di Modena ( 1974 – 1984), poi vice-direttore del Servizio di Anestesia e Rianimazione del Policlinico (1984-2008), per poi diventare Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e successivamente anche del Dipartimento di Chirurgia Geriatrica presso l'Ospedale di Ricerca IRCCS-INRCA di Ancona (Istituto nazionale Ricovero e Cura Anziani, 2008 – 2011). Attualmente è direttore scientifico, coordinatore didattico e docente del Master di 2°livello in Medicina Perioperatoria Geriatrica presso le Università di San Marino e Cattolica di Roma. È componente di varie società scientifiche: SIAARTI, SAMBA, ESA, EuGMS etc. ed è autrice o coautrice di 135 articoli e 9 libri di testo, italiani e stranieri.

# MEDICINA PERIOPERATORIA NELL'ANZIANO: L'APPROCCIO INNOVATIVO

## L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE: UN FENOMENO VARIEGATO CHE RICHIEDE APPROCCIO ANALITICO

I dati demografici ed epidemiologici che descrivono l'invecchiamento progressivo della popolazione dipingono una situazione complessa, che pone alla sanità e alla società civile un ampio ventaglio di sfide e di criticità da superare. Dati dell'OMS indicano che nel 2030 una persona su sei nel mondo avrà più di 60 anni e che la popolazione mondiale over 60 raddoppierà tra il 2015 e il 2050, passando dal 12% al 22%. In questo contesto, l'Europa si riconferma come "vecchio continente", dal momento che, secondo quanto accertato da Eurostat, nel 2022 ben un quinto della popolazione risultava costituita da soggetti di età pari o superiore a 65 anni e che, nel 2026 i soggetti appartenenti a questa fascia di età saranno circa 449.3 milioni.

Notoriamente l'invecchiamento è influenzato da diversi fattori quali la storia clinica personale, la genetica, lo stile di vita e lo stato economico e sociale. Un ruolo fondamentale sulla qualità dell'invecchiamento è esercitato dalle patologie associate, talora multiple e costituenti quel complesso stato fisiopatologico definito multi-morbilità, nel quale l'impatto sui vari organi ed apparati risulta complessivamente superiore a quello della semplice somma delle singole patologie. La multi-morbilità, la conseguente poli-terapia e i sottostanti processi d'invecchiamento danno luogo a diverse combinazioni, che rendono la popolazione anziana estremamente disomogenea e variegata, al cui interno né generalizzazioni né considerazioni aprioristiche – come ad esempio quelle basate sul mero concetto di età anagrafica – possono essere prese in considerazione quando si debbano intraprendere decisioni di forte impatto clinico ed esistenziale, o si debba procedere ad un intervento chirurgico, magari complesso e su un paziente in condizioni non ottimali.

Questa necessità di un approccio personalizzato, analitico e non sommario, è forse la principale discriminante tra la medicina per gli adulti e quella per gli anziani. Infatti, sebbene innegabilmente ogni paziente abbia la sua unicità fisiopatologica indipendentemente dall'età anagrafica, maggiormente omogenee risultano le dinamiche cliniche e terapeutiche tra i soggetti adulti, mentre tale omogeneità gradatamente scivola, quando non precipita, se si tratta di pazienti di età non più adulta, ma anziana. Che poi la soglia dell'invecchiamento si debba situare ai 65 anni, ciò era un assunto forse condivisibile nel passato, ma certo non ai giorni nostri.

Indubbiamente, è più facile riprendersi da un evento avverso quando le riserve funzionali sono integre, come spesso accade per l'adulto, mentre è progressivamente più difficile ma mano che con l'età le riserve funzionali diminuiscono e le energie residue possono non bastare per superare l'evento. Da questa banale considerazione emerge la chiave per comprendere come quelle discipline mediche che si occupano di eventi ad alto impatto biologico (la chirurgia, la medicina peri-operatoria e l'oncologia in primis) richiedano a chi le esercita non solo l'eccellenza diagnostica e tecnica (il bisturi d'oro, per intenderci), ma soprattutto la conoscenza di quelle inomogeneità e diversificazioni fisiopatologiche che accompagnano l'età avanzata. Conoscenza che – per quelli di noi che, per ragioni anagrafiche non hanno avuto modo di studiare durante il corso di laurea la geriatria, entrata nei piani di studio intorno agli anni '90 – richiede l'apprendimento di nozioni e metodologie di natura geriatrica: per molti di noi è infatti necessario intraprendere un percorso di "geriatrizzazione": dovere etico ancor prima che professionale e scientifico, a fronte delle multiple sfide che l'invecchiamento progressivo della popolazione pone ai medici di questo momento storico.

### ***L'esperienza sul campo all'INRCA di Ancona***

A quante di queste sfide si riferiscono all'ambito chirurgico e anestesiologicalo, sono stata chiamata a rispondere in prima persona quando, una quindicina di anni fa, fui chiamata a dirigere l'UO di Anestesia e Rianimazione presso l'IRCCS-INRCA di Ancona, unico Istituto di Ricerca geriatrica, operante in un numero limitato di ospedali sul territorio nazionale. La prima di queste sfide, che divenne impellente quando poco dopo la nomina a primario fui chiamata a dirigere anche il Dipartimento di Chirurgia Geriatrica, fu quella di definire lo "stato

dell'arte" interno, dalla cui disamina arrivare ad individuare priorità d'intervento e misure evidence-based volte a pianificare un percorso diagnostico e terapeutico dedicato, e soprattutto condiviso tra chirurghi, anestesisti, geriatri, infermieri e Alta Direzione. Una breve sintesi di come furono condotti questi avanzamenti potrebbe essere di aiuto a quanti si trovano ad operare in questo contesto operativo, rispetto al quale i livelli istituzionali non hanno ancora fornito indicazioni pratiche e strategiche, né allocato risorse, né promosso l'acquisizione di competenze geriatriche tra i chirurghi e gli anestesisti. Sarebbe inoltre necessario promuovere l'acquisizione di competenze in medicina peri-operatoria tra i colleghi geriatri, che quasi mai hanno familiarità con tematiche specialistiche legate a chirurgia e anestesia.

I processi d'invecchiamento infatti modificano profondamente, e soprattutto in maniera assai diversificata da paziente a paziente, la risposta alla chirurgia e all'anestesia, ed è fondamentale, nella definizione del rischio chirurgico, la valutazione del cosiddetto stato funzionale del paziente. Spesso per contro, la sola età anagrafica, disgiuntamente da valutazioni dello stato funzionale, viene assunta come uno dei criteri principali per il decision-making sulla chirurgia nel paziente anziano.

Un primo step fu rappresentato da una Consensus Conference – che coinvolse tutti i membri (medici, infermieri e ausiliari) del Dipartimento di Chirurgia Geriatrica e i colleghi geriatri – durante la quale furono discussi, approvati collegialmente e sottoscritti individualmente principi guida, azioni concrete, procedure operative, responsabilità, modulistica e sistemi di verifica dei risultati, in vista dell'implementazione di un percorso clinico dedicato.

Furono così ridisegnate, sulla base dei bisogni e delle specificità fisiopatologiche del paziente anziano, le modalità di reclutamento, valutazione preoperatoria, preparazione all'intervento, gestione intraoperatoria, percorso postoperatorio, dimissione e trasferimento nella realtà assistenziale più appropriata alla situazione, dal ritorno al domicilio alla riabilitazione postoperatoria.

L'aspetto più saliente di questo percorso risiede a mio avviso nella determinazione del settore chirurgico a dotarsi di competenze geriatriche più che a demandare ai geriatri (di cui certo non vi era carenza, essendo l'INRCA un ospedale geriatrico) l'espletamento di mansioni che rientrano nell'ambito della medicina peri-operatoria. Ai geriatri chiedemmo di formarci sulla Valutazione Multi Dimensionale, punto cardine della valutazione dei bisogni e del rischio chirurgico nel paziente anziano. Tale set di misure funzionali (che nella sua forma più essenziale include indipendenza, stato cognitivo, emotivo e sensoriale, stato nutrizionale, disponibilità di supporto familiare o sociale) venne implementato nella visita anestesiologicala stessa, e i risultati registrati sulla cartella anestesiologicala per consentire un adeguato passaggio delle informazioni all'interno del team anestesiologicalo. Fondamentale passo fu quello di istruire i chirurghi ad investigare, durante la visita chirurgica preoperatoria, se i pazienti avessero necessità di supporto psicologico peri-operatorio (lutto recente, malattia neoplastica o altro) o di assistenza sociale post-dimissione (paziente che vive da solo, in località isolata o in struttura edilizia disagiata), e di includere poi queste informazioni nella richiesta di visita anestesiologicala. Questo permise agli anestesisti di calendarizzare le visite anestesiologicalhe nei giorni in cui vi era la disponibilità di un consulente psicologo o di un assistente sociale. I pazienti quindi venivano presi in carico da queste figure professionali sin dalla visita anestesiologicala (che di norma avviene 2-3 settimane prima dell'intervento), ossia all'inizio del percorso di cura, con risparmio di tempo, accelerazione degli interventi e programmazione precoce del supporto psicologico o sociale, quest'ultimo fondamentale per una programmazione mirata della dimissione. Ai pazienti fu offerta la possibilità di visitare la Sala Operatoria e di entrarvi al momento dell'intervento accompagnati da un parente o un assistente, mentre gli infermieri della Sala Operatoria andavano a far loro visita il pomeriggio prima dell'intervento.

Due importanti iniziative stavano venendo avanti in quegli anni, la pubblicazione del Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, definito dall'OMS e implementato in Italia nel 2009, e l'entrata in vigore della Legge 38, emessa nel 2010, che prescriveva valutazioni seriate del dolore postoperatorio per almeno i primi 3 giorni dopo l'intervento. La prima ci portò ad implementare il Manuale per la Sicurezza dopo averlo "declinato" in chiave geriatrica (ad esempio, in merito all'Obiettivo 4 "Preparare e posizionare il paziente in modo corretto", inserimmo l'indicazione di verificare se il paziente presentava lesioni cutanee di cui tener conto al momento del posizionamento sul tavolo operatorio), mentre la seconda ci portò a eseguire "ope legis" tre controlli

anestesiologici al giorno per i primi tre giorni dopo l'intervento: proficua occasione in cui verificare non solo l'efficienza dell'analgesia postoperatoria, ma anche la presenza di segni precoci di delirium postoperatorio, di difficoltà di alimentazione e mobilitazione o di disagio psicologico richiedente la presenza di un familiare anche al di fuori degli orari di visita.

I chirurghi rividero le modalità di recupero postoperatorio, con incentivazione di mobilitazione e ri-alimentazione, e rimozione precoce di cateteri e vie venose: in tal modo, i principi dell'approccio ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) iniziarono a permeare la gestione postoperatoria. La realizzazione di ben 7 convegni DASCA (Day Surgery e Chirurgia Anziani), che coinvolse relatori nazionali ed internazionali esperti in chirurgia e anestesia geriatrica, ci consentì di confrontarci con i colleghi e di costituire relazioni da cui scaturirono arricchimenti culturali e produzione scientifica.

### ***Le esigenze formative e l'istituzione di Un Master universitario in Medicina Perioperatoria Geriatrica***

Lasciando l'INRCA al termine del mio percorso professionale, portavo ancora con me la consapevolezza di come fosse necessario promuovere la conoscenza della medicina geriatrica nel settore chirurgico e anestesio-logico, e una forte motivazione ad approfondire le mie competenze in questo settore; fu quindi con entusiasmo che mi iscrissi ad un Master in Medicina Geriatrica organizzato dall'Università di San Marino. La mia tesi di Master ebbe come argomento un piano di fattibilità per l'attivazione di un Master in Medicina Perioperatoria Geriatrica, progetto che incontrò il favore del Magnifico Rettore e che divenne operativo nell'arco di un paio d'anni, in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore. La collaborazione con Antonio Crucitti, professore associato in Cattolica ma soprattutto all'epoca presidente della Società Italiana di Chirurgia Geriatrica, permise di varare un Master Universitario di 2° Livello, aperto a chirurghi, anestesisti, geriatri e infermieri ed ora alla sua terza edizione, una delle quali (2022) aperta a livello internazionale (<https://www.unirmsm/master-medicina-perioperatoria-anziano/presentazione/>).

Con questo Master abbiamo cercato e cerchiamo di proporre un approccio innovativo alla chirurgia del paziente anziano, dove la gestione clinica tenga conto delle specificità di questi pazienti, e la filosofia manageriale sia improntata alla gestione in team, alla multidisciplinarietà e alla centralità del paziente come persona ancor prima che come utente.

Ci proponiamo soprattutto di fornire, come emerge dal programma stesso del Master, una definizione puntuale e avanzata dei diversi momenti che compongono il percorso diagnostico e terapeutico del paziente anziano chirurgico, di fornire strumenti manageriali per la istituzione di un PDTA dedicato, di promuovere una puntuale raccolta dei dati di outcome a livello locale e nazionale, e soprattutto di promuovere la collaborazione tra le Società Scientifiche interessate, per una definizione di percorsi formativi che tengano conto della mutata realtà demografica e della sua continua evoluzione.

### ***Un'alleanza terapeutica innovativa ispirata ai bisogni dei pazienti anziani***

L'anziano è quasi sempre un paziente complesso, non solo perché i processi d'invecchiamento progressivamente riducono la funzionalità di organi e apparati e le malattie associate ne completano perversamente l'opera. Le funzioni sensoriali si indeboliscono, le attività della vita quotidiana diventano sempre più difficili da compiere in scioltezza, soprattutto in un contesto sociale dove pare non esservi grande spazio per la promozione dell'esercizio fisico nell'anziano e per il cosiddetto "invecchiamento di eccellenza". Dopo averne viste tante, il cervello e l'umore possono a buon diritto dimostrare segni di stanchezza, o presentare inequivocabili sintomi di deterioramento cognitivo o depressione, quando non di delirium in caso di eventi particolarmente stressanti. Gli eventi avversi si infittiscono, includendo inevitabilmente la perdita di persone care, e la cura di sé diventa un compito faticoso. Assieme all'infelicità, possibili ristrettezze economiche facilmente inducono uno stato di malnutrizione, con conseguente perdita di massa muscolare, di forza fisica e di difese immunitarie. La fragilità, termine troppo spesso inflazionato e usato a sproposito, diventa allora una ben definita condizione fisica, in cui anche una minima perturbazione di un precario equilibrio determina un peggioramento irreversibile, in una serie di eventi ciclici in successione, da ciascuno dei quali si esce in condizioni sempre più critiche, sino al precipizio finale.

La geriatria ci ha mostrato e continuamente ci mostra quanto sia importante la tenuta sotto controllo dei processi d'invecchiamento, dello stile di vita, del movimento fisico e della stimolazione cognitiva. Ma quanti anziani oggi aderiscono a queste indicazioni di comportamento? Quanti medici hanno competenze geriatriche e risorse di tempo per supportare i loro pazienti anziani in questo percorso di auto-mantenimento? E, passando ad ambiti più specialistici, quante divisioni di chirurgia effettuano percorsi preoperatori di ottimizzazione mediante attività fisica mirata, riequilibrio dello stato nutrizionale e stimolazione cognitiva, il cui insieme va sotto il termine di "pre-habilitation"? Quante équipes anestesiolgiche valutano durante la visita anestesiolgica lo stato funzionale, nutrizionale, cognitivo, sensoriale ed emotivo, ovvero i fondamenti della VMD? Quanti fanno uno screening preoperatorio dei fattori di rischio per il delirium postoperatorio, devastante complicanza che può arrivare ad escludere un paziente dalla vita normale e richiedere l'ammissione ad una casa di riposo, con costi personali, economici e sociali esorbitanti? E quante direzioni ospedaliere ne monitorano l'incidenza, o invitano i medici ad implementare le linee guida per la prevenzione del delirium?

Troppo alta rimane ancora l'incidenza di complicanze postoperatorie potenzialmente prevenibili tra i pazienti chirurgici anziani, troppo poco sono concepiti a misura di anziano i percorsi diagnostico-terapeutici: una nuova alleanza terapeutica s'impone, a vantaggio di tutti noi, pazienti e curanti auspicabilmente destinati ad una sana longevità. E' quindi con gratitudine intellettuale e profondo rispetto professionale che guardo a questo invito giuntomi dal nostro Ordine Provinciale a condividere con i colleghi i contenuti di questa mia esperienza.

Qualche nota bibliografica, qualora ritenuta appropriata (a mio avviso utili, soprattutto le due guidelines)

- Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, Cherubini A, Jones C, Kehlet H, MacLulich A, Radtke F, Riese F, Slooter AJ, Veyckemans F, Kramer S, Neuner B, Weiss B, Spies CD. **European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium.** Eur J Anaesthesiol. 2017 Apr;34(4):192-214
- Aceto P, Antonelli Incalzi R, Bettelli G, Carron M, Chiumiento F, Corcione A, Crucitti A, Maggi S, Montorsi M, Pace MC, Petrini F, Tommasino C, Trabucchi M, Volpato S; Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia Geriatrica (SICG) and Associazione Italiana di Psicogeriatria (AIP). **Perioperative Management of Elderly patients (PriME): recommendations from an Italian intersociety consensus.** Aging Clin Exp Res. 2020 Sep;32(9):1647-1673
- Bettelli G. **Perioperative care of older persons: where are we?** Acta Biomed. 2020 May 11;91(2):376-378.

# **BRUXELLES 1- 2 GIUGNO 2023 ASSEMBLEA PLENARIA DELLA CEOM**

## **PRESTIGIOSO RICONOSCIMENTO EUROPEO AL PAST PRESIDENT DR. D'AUTILIA**

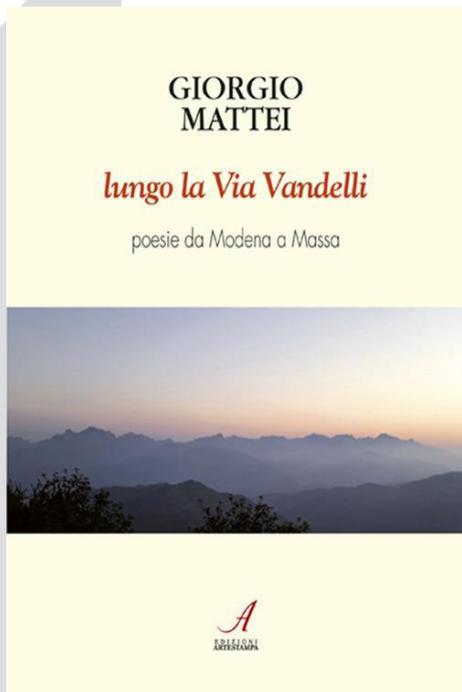
**S**i è svolta a Bruxelles nei primi giorni di giugno l'assemblea annuale del Consiglio Europeo degli Ordini dei Medici (CEOM) nel corso della quale si sono affrontati molti temi di stretta attualità. Presenti oltre al capodelegazione D'Autilia i colleghi Alberti e Marinoni. L'attenzione dei delegati si è soffermata in particolare su:

- Intelligenza Artificiale (IA) quale strumento di crescita professionale ma anche di incremento della responsabilità per il medico chiamato a scelte rilevanti nell'interesse del paziente e a sua tutela
- Violenza sui sanitari, tema questo ormai acquisito a livello europeo come standard degli argomenti da discutere sia in termini di approfondimento costante sia di ricerca delle soluzioni intraprese nei vari Paesi
- La Telemedicina sotto il profilo normativo ma soprattutto deontologico e in questo contesto si è sviluppata la relazione della delegazione italiana
- La revisione del Codice di Etica europea alla luce delle innovazioni tecnologiche, tema questo già in fase di elaborazione da parte del gruppo di lavoro che vede la partecipazione dei delegati italiani
- Il fenomeno del task shifting in Europa



Nella mattinata si è poi svolta la cerimonia di conferimento al dr. D'Autilia della medaglia al merito per la sua costante attività e l'impegno a favore della crescita professionale dei medici europei. Nel ringraziare i colleghi europei D'Autilia ha confermato l'impegno della FNOMCeO nel proseguire la politica di confronto e interazione tra i vari Paesi del Consiglio. Come d'intesa con il Presidente Anelli egli si è impegnato a ospitare l'assemblea di primavera della CEOM nel maggio 2024 in Italia.





## LUNGO LA VIA VANDELLI

POESIE DA MODENA A MASSA

di Giorgio Mattei

Negli ultimi anni stiamo assistendo a una vera riscoperta della Via Vandelli, storica strada carrozzabile costruita a metà del Settecento per volere del Duca di Modena Francesco III, al fine di unire la capitale dello Stato Estense con Massa. Progettata dall'Abate Domenico Vandelli, la Via che porta il suo nome attraversa l'Appennino e le Alpi Apuane, e si dispiega per oltre centosettanta chilometri. Oggi la Via Vandelli è divenuta un vero e proprio cammino, percorso ogni anno da centinaia di viandanti, per i quali camminare lungo la Via Vandelli significa immergersi in una esperienza per conoscere l'Appennino tosco-emiliano con la sua ricchezza di paesaggi, cultura e prodotti tipici. Giorgio Mattei, medico psichiatra e psicoterapeuta, musicista e scrittore, ha recentemente dedicato una raccolta di poesie alla Via Vandelli, dopo averla percorsa interamente. Il volume contiene quarantaquattro poesie, scritte

con uno stile semplice e diretto, ed è arricchito da una serie di immagini e da una mappa geografica, di seguito riportata, che consente di ricostruire, attraverso la lettura, il percorso della Via.



Il tracciato della Via Vandelli, come riportato nella mappa inclusa nella raccolta "Lungo la Via Vandelli", disponibile anche come audiolibro su YouTube.

Nella Presentazione della raccolta, Giulio Ferrari, autore delle guide sulla Via Vandelli pubblicate da Edizioni Artestampa e TerreDiMezzo, scrive: "Definisco spesso la Via Vandelli come la madre di tutte le strade moderne. Questo perché all'inizio del Settecento, quando il duca di Modena Francesco III d'Este concepisce l'idea di una strada lastricata che colleghi la capitale del suo ducato con Massa e il mar Tirreno, era dall'epoca delle strade romane che non si realizzava un'infrastruttura tanto grandiosa quanto visionaria. Per realizzare questo progetto il duca si affida al suo miglior ingegnere, nonché cartografo e professore di matematica all'università, l'abate Domenico Vandelli, di Levizzano Rangone."

Le poesie contenute nella raccolta hanno spesso a che fare con i paesaggi che si possono ammirare percorrendo la Via, paesaggi che l'autore ha conosciuto da bambino e dove è cresciuto, come ricorda questa breve poesia:

Inspiro a fondo l'odore  
di pane fresco, al mattino  
come un inverno d'altri tempi:  
ero bambino, allora  
e il forno era quello di Sestola.

Ma da questa parte della valle  
il Cimone appare di fronte  
ed è come vedermi allo specchio  
e rivedere la mia vita da principio –  
da quel mattino, dal primo respiro.

Per Giorgio Mattei percorrere la Via è stato un po' come tornare alle origini, all'Appennino che considera un "luogo di appartenenza", dove si sente a casa. La progressione del paesaggio, dalla pianura alla montagna, è stata una costante fonte di ispirazione, come ricorda un'altra breve poesia, dal titolo *Nuvole*:

Le nuvole incombono su Massa  
promettono pioggia.

All'improvviso un tuono –  
il telefono squilla.

«Sono trascorsi giorni da quando sei partito...  
non hai letto neanche un libro?»

«Ho letto il paesaggio.»

Dal punto di vista storico la Via Vandelli è la madre delle strade moderne, "un'autostrada di altri tempi" come la definisce l'autore di *lungo la Via Vandelli*. Capolavoro dell'ingegneria, concepita per ragioni commerciali, legate alla sicurezza del Ducato Estense, nonché per ragioni politiche, la Via Vandelli era di fatto una via laica: una via

moderna pensata per un'umanità moderna. Nella raccolta di poesie al tema del viaggio Mattei affianca una riflessione sulla società attuale. Massimiliano Pecora, autore della prefazione, segnala come "Nella geografia percettiva e mnestica di *lungo la Via Vandelli*, lo scrittore, tracciando il suo cammino, lo canta, lo decifra e lo articola esattamente in due parti speculari. Lo spazio naturale viene segmentato dal ritmo del testo attraverso l'adeguamento della parola poetica all'azione del viaggiatore". Per chi desiderasse percorrere oggi la Via Vandelli, si raccomanda in primo luogo di informarsi prima di partire, studiando le guide dedicate, tenendosi aggiornati sui siti e sulle pagine social dedicate e allenandosi adeguatamente. Trattandosi di un cammino di montagna, lungo, con dislivelli e quote importanti, va affrontato con consapevolezza delle proprie capacità fisiche, adeguato allenamento, e con il rispetto che si deve alla montagna. Oltre a *lungo la Via Vandelli*, Giorgio Mattei ha pubblicato, per Edizioni Artestampa di Modena, *la misura delle cose* (2015) e *io corporeo* (2023). Per favorire la conoscenza della Via e della raccolta di poesie in cui narra di essa, l'autore ha aperto la pagina Facebook <https://www.facebook.com/lungolaviavandelli>, e utilizza l'hashtag #lungolaviavandelli per accompagnare il suo impegno nella riscoperta di questa storica Via.

Carlo Curatola

### ORARIO ESTIVO

*Si comunica che la Segreteria dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Modena durante il periodo estivo osserverà il seguente orario:*

**lunedì, martedì, mercoledì e venerdì  
dalle ore 10 alle ore 13.**

**CHIUSURA UFFICI  
dal 7 al 18 agosto.**

A cura di Lodovico Arginelli

**E continuiamo con “Durmìr”, sia nella fisiologia che nella patologia e ovviamente in tono scherzoso.**

**“Durmìr a pànza a l’èlta”, o in schèina o in vétta.** (dormire a pancia in alto, o di schiena o in vita).  
Supino.

**“Durmìr a pàza bas”, o a pan bas.** (dormire a pancia in giù).  
Prono

**“Durmìr aranzinèe”,** (dormire rannicchiato).

**“Per stèr san: durmìr còme un gat e pisèer còme un can”.**  
(per stare sano: dormire come un gatto “molto” e urinare come un cane “molto”).

**“Magna, bàvv e dòrem e a-n pinsèr a chi t’ha fat i còren”**  
mangia, bevi e dormi e non pensare a chi ti ha fatto le corna “tradito”).  
È un invito scherzoso a rassegnarsi alla situazione, quando fra uomini, si parla di infedeltà coniugale.

**“Durmìr damand un ghèrr”.** (dormire come un ghiro).  
Profondamente.

**“Durmìr éd galòun”** (dormire di fianco).

**“Durmìr in cavàzza”,** (dormire in piedi), essere tonto.  
“cavàzza” (cavezza); finimento di corde o di cuoio per la testa dei cavalli.

**“Durmìr in dla zàndra”,** (dormire nella cenere), come i gatti.  
Praticamente dormire ovunque.

**“Durmìr in prèsia”,** (dormire in fretta). Dormire poco.

**“Durmìr in svulàz”,** (dormicchiare, sonnacchiare).

**“Durmìr sèinza cùna”,** (addormentarsi senza bisogno della ninna nanna), addormentarsi in fretta.

**“La zivàlla la fa durmìr”,** (la cipolla fa dormire).  
Credenza popolare.

**“Làsa stèr i can chi dòrmen”** (lascia stare i cani che dormono)  
Non approfondire certi argomenti, per non creare ulteriori problematiche.  
Detto conosciuto in diverse regioni.



A cura di **Lodovico Arginelli**

### MATTIOLI CARLO

Nasce a Modena l'8 maggio 1911 da una famiglia di artisti e muore a Parma il 12 luglio 1994.

Il padre Antonio, insegnante di disegno, si trasferisce con l'intero nucleo familiare a Parma, dove Carlo può seguire regolari studi all'Istituto di Belle Arti.

Diplomatosi, comincia immediatamente ad insegnare in Istria, ad Arezzo, a Parma, all'Accademia di Firenze e, infine a quella di Bologna.

A Parma frequenta e ritrae i giovani intellettuali: Ugo Guanda, Oreste Marcrì, Pietrino Bianchi, Mario Luzi, Attilio Bertolucci, ed altri.

Artista molto riservato e geloso di una dimensione privata e solitaria del proprio lavoro, ma sempre aggiornato sugli sviluppi dell'arte contemporanea.

Indaga su temi diversi che ritornano, sempre nuovi, nel tempo, tanto da costituire dei veri cicli di opere: i nudi, le nature morte, i ritratti, soprattutto quelli della nipote Anna, le vedute di Parma, i notturni, le variazioni compositive dal **"cestino" del Caravaggio**, le ginestre, le sere ed i papaveri della Versilia, les aigues mortes, gli alberi, le lunette.

Negli anni trenta, dipinge i primi nudi ed i primi ritratti.

Negli anni quaranta, si apre alla stagione della "grafica", che avrà poi altre parentesi, come quella delle numerose illustrazioni degli anni sessanta.

Vedono la luce: "I ragionamenti dell'Aretino", (1960-1964), "Le novelle di Sermini", (1963), "Il canzoniere del Petrarca", (1968) ed altri.

La grafica lascia il posto alla pittura; ai nudi in piedi e coricati (dal 1960 al 1963).

Si aggiungono: "I nudi ritratti", dedicati a De Chirico, Roberto Longhi, Carlo Carrà, Giacomo Manzù, Giorgio Morandi e Renato Guttuso.

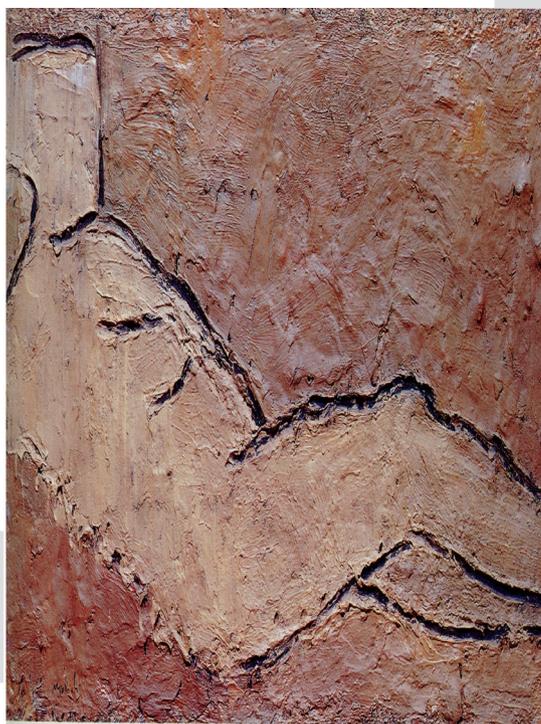
Questi personaggi sembrano raccontare certi loro turbamenti, con luci ed ombre che concorrono a definire gesti e presenze.

Questi nudi sono spesso chiusi nella dorata sfera delle loro illusioni, di menzogne.

Il senso di solitudine sembra generare un ritorno di voluttà che fa emergere una sensualità, quasi turbata ed adombrata di tristezza e luoghi narrativi che mettono in luce le possibili tentazioni.

Dal 1962 la "Natura Morta", affianca e sostituisce pin piano il "Nudo", fino agli studi sul Cestino di Caravaggio, destinati alla tribolata biennale di Venezia del 1968, dove l'artista, appunto nel 1968, con un temperamento passionale, polemico e severo ritira le sue "nature morte" varianti del "Cestino" (cesta di frutta) del Caravaggio, (conservato all'Ambrosiana di Milano), dalla biennale di Venezia.

Alcuni "nudini" sono stati esposti anche nella personale



Nudo coricato, 1961, olio su tavola, 29x82 cm

tenuta da Mattioli, nel maggio del 1949, alla "Saletta del Caffè Nazionale.

"La donna sdraiata" della Pinacoteca di Parma, "Il Nudino coricato ed il Nudo di schiena", si legge nel testo critico di Attilio Bertolucci, sono tre testimonianze di un primo, felice incontro del pittore con la figura umana.

Nel 1943, espone sue opere, alla prima mostra personale nella "Galleria del Fiore" di Firenze.

Dal 1948 Mattioli è puntualmente presente alle varie edizioni della Biennale di Venezia, dove nel 1956 riceve il premio Comune di Venezia, "premio internazionale per il disegno"; e lo stesso anno vince anche la Quadriennale di Roma.

Agli inizi degli anni settanta compaiono i celeberrimi notturni, talvolta impreziositi da un albero, una spiaggia o da un nudo femminile.

A metà degli anni settanta si dedica ai paesaggi, fino al decennio successivo, con campi di papaveri, lavanda e ginestre.

Dal 1974 al 1985 nascono i ritratti della nipote Anna.

Nel 1982 si dedica anche all'Arte Sacra; vengono creati i muri e le travi del ciclo dei Grandi Crocefissi.

nel 1993 esegue gli ultimi quadri a olio, i Calanchi e la Apuane di notte; poi l'ultima serie di tempere su antiche copertine di libri.

Altre sue opere:

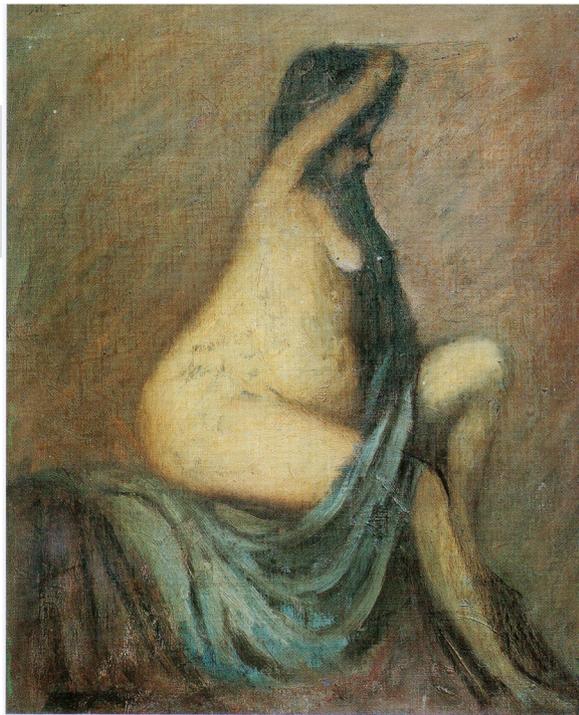
"Nudo coricato", 1961, olio su tela, cm. 29x82

"Nudo coricato", 1972, olio su tela, cm. 45x60

"Anna", 1975, olio su tela, cm. 120x80

"Nudo", 1943, olio su tela, cm. 49,5x39,5

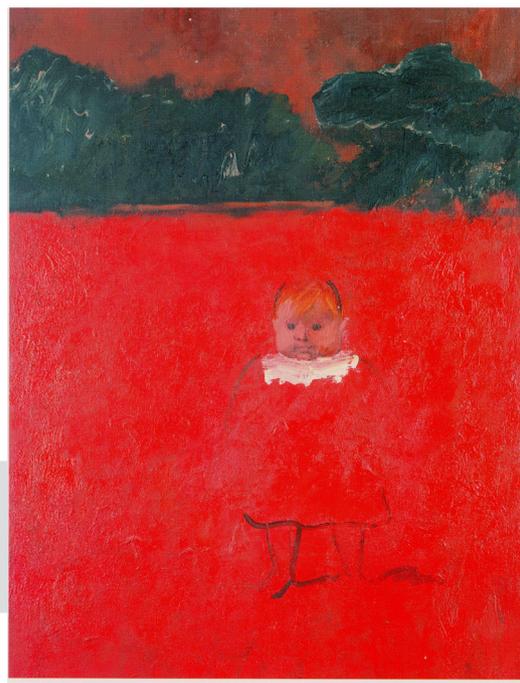
"Autoritratto con Anna", 1982, olio su tela, cm. 80x70



Nudo, 1943, olio su tela, 49,5x39,5 cm



Nudo coricato, 1972, olio su tela, 45x60 cm



Anna, 1975, olio su tela, 120x80 cm

