

il Notiziario

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



anno XXIV numero 2
luglio-settembre 2021





il Notiziario

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

anno XXIV numero 2
luglio-settembre 2021

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

Redazione: dott.ssa Laura Baffoni, dott. Mario Bartolomei, dott.ssa Loreley Bianconi, dott. Giovanni Cananzi, dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini, dott. Fabio Cortellini, dott. Maurizio Della Marchina, dott. Mauro Giovanardi, dott. Saverino La Placa, dott. Andrea Santarelli

Contributi a questo numero da:

dott. Franco Magnoni – cardiologo libero professionista
prof.ssa Lorenza Bonifazi Marsciani – past president A.M.M.I. Sezione di Rimini
prof.ssa Marina Romagnoli Meco – segretaria A.M.M.I. Sezione di Rimini
dott. Giovanni Morolli – medico chirurgo

Referenze iconografiche:

Alle pagine 15 e 20 su licenza *pixabay*. In copertina: immagine tratta dal volume *L'arte della probabilità* di D. Coen (Raffaello Cortina Editore)

Grafica e stampa a cura di

Pazzini Stampatore Editore Srl - Villa Verucchio
tel. 0541 670132 - pazzini@pazzinieditore.it

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Via Flaminia, 185/B – Rimini
Tel. 0541.382144 – fax 0541.382202
Lunedì dalle 12.30 alle 17.30
Martedì, Mercoledì, Giovedì e Venerdì dalle 08.00 alle 13.00
www.omceo.rn.it - info@omceo.rn.it

2/2021

sommario

Editoriale

4 **LA CRISI DELL'OSPEDALE**
di Maurizio Grossi

6 **Il punto redazionale**
di Marco Grassi

Sanità Locale

8 **NUOVI DIRETTORI DI UNITÀ
OSPEDALIERE E DI MEDICINA
TERRITORIALE**
di Antonella Chiadini

Focus sulla Professione

13 **A PROPOSITO DI BUONA
COMUNICAZIONE...**
"How to Convey Changing
Risks". L'informazione ai tempi
del Covid
di Laura Baffoni

15 **IL «CURIOSO» CASO DEL TRIAL
DANMASK**
di Marco Grassi

Medicina di Genere

19 **FOCUS ON**
"Giving Researchers a
Headache – Sex and Gender
Differences in Migraine"
di Laura Baffoni

25 **MEDICINA DI GENERE E
...EMICRANIA**
di Loreley Bianconi

Medicina Generale

28 **MEDICINA GENERALE: VASO
COMUNICANTE O «TUBO DI
SCARICO»?**
di Marco Grassi

30 **DICE IL VECCHIO ADAGIO
(IL TEMPO DEL SILENZIO)**
di Luigi Casadei

Medici ma non solo

32 **L'INCONTRO CON LA MORTE O
CON LA MALATTIA E IL TRAUMA
DELLA PERDITA**
di Franco Magnoni

Recensioni

34 **D. COEN, "L'ARTE DELLA
PROBABILITÀ"**
di Marco Grassi

35 **L. SPINNEY "1918. L'INFLUENZA
SPAGNOLA"**
di Giovanni Morolli

Corsi, convegni, congressi e attività culturali

36 **SARS-COV-2 E GENERE**
**IX CORSO DI ALTA
SPECIALIZZAZIONE
DI ETICA MEDICA**
**DODICESIMA GIORNATA
DEL MEDICO E
DELL'ODONTOIATRA**

Semiseria...mente

37 **INDOVINELLO
REBUS
GIOCO CON NUMERI**
di Saverino La Placa

Spazio Ammi

38 **RIPARTIRE DALL'ARTE**
di Marina Romagnoli Meco
e Lorenza Bonifazi Marsciani

Ricordando i colleghi

40 **FRANCO MAGNONI**
di Francesca e Filippo Magnoni

41 **IRENEO MONTEVECCHI**
di Tancredi e Semiramide
Montevecchi - Giorgio Ioli

Variazioni agli albi



LA CRISI DELL'OSPEDALE

di Maurizio Grossi

4

NELL'ULTIMO ANNO SI moltiplicano i casi di medici che danno le dimissioni dall'ospedale per fatica e stress, alla ricerca di luoghi più tranquilli dove esercitare, senza fare urgenza, notti, domeniche. Oggi a causa delle liste d'attesa interminabili si ricorre sempre più spesso al privato e se il privato si espande, inevitabilmente assumerà i medici che scappano dal pubblico. Da un questionario promosso nell'ottobre scorso dal sindacato medico ANAAO emerge che solo il 54,3% dei medici ospedalieri pensa che lavorerà ancora in un ospedale pubblico nei prossimi due anni. L'eccessivo carico di lavoro, legato alla carenza di personale, la rischiosità, la cattiva organizzazione e lo scarso coinvolgimento nelle decisioni, le retribuzioni non adeguate all'impegno chiesto rappresentano i fattori determinanti per il 60,3% dei medici. Inoltre, il 75% (in particolare le donne) ritiene che il proprio lavoro non sia stato valorizzato durante la pandemia. Altro dato su cui meditare: l'ultimo conto annuale del MEF ci dice che oggi abbiamo 44 mila sanitari in meno assunti a tempo indeterminato rispetto al 2009. A

tale riduzione si è provveduto con assunzioni a tempo determinato o con contratti libero-professionali, ovvero aumentando la precarietà. Nonostante questo calo assoluto, al 31 dicembre 2018 un dipendente della pubblica amministrazione su dieci lavorava in sanità. Sempre dai dati del MEF emerge che un dirigente medico in sanità guadagna molto meno rispetto a un pari livello che lavora in altri enti pubblici. Nel 2018 la retribuzione lorda media pro capite per un dirigente medico pubblico era di 83 mila euro a fronte di un pari grado di enti pubblici non economici di 150 mila euro e 137 mila euro in magistratura. Da soli, questi dati spiegano la fuga dall'ospedale e la difficoltà nell'arruolare giovani medici: una miscela deflagrante fatta di eccessivo carico di lavoro, grande rischiosità e basse retribuzioni. Quando questi dati vengono sottoposti ai decisori politici e alle Direzioni Generali delle AUSL, sembra che nessuno voglia capire. Si dà la colpa alla "carenza di medici", come se questo fosse un dato assoluto e veritiero, in grado di giustificare la grave crisi che sta attraversando la sanità pubblica. In verità esiste un paradosso, perché i medici ci sono ma sono

si deve archiviare definitivamente la **visione economicista** che ha portato alla progressiva **riduzione delle risorse impegnate** nella sanità.

sempre meno disposti a lavorare nella sanità pubblica. Rispetto agli standard europei, l'Italia non è sprovvista di medici. Anzi, una ricerca della agenzia Eurostat dell'agosto 2020 evidenzia che il nostro è il secondo paese con più medici in assoluto su scala UE, dietro solo alla Germania e davanti alla Francia. Quello che è vero è che solo il 66% degli specialisti formati dall'università opta per il servizio pubblico (stime ANAAO). Altra verità è la carenza qualitativa, ovvero mancano all'appello alcune specializzazioni come anestesia e medicina d'urgenza. Questa carenza è dovuta ad una serie di fattori, primo tra i quali la tipologia di lavoro, altamente stressante che richiede competenze professionali e attitudini ad affrontare quotidianamente emergenze tempo dipendenti in cui c'è di mezzo la vita dei pazienti. Lavorare negli ospedali pubblici, cronicamente in carenza di organici, si ripercuote negativamente

sulla vita privata e professionale, rendendo inospitali i luoghi di cura. Appare allora chiaro che si deve archiviare definitivamente la visione economicista che ha portato alla progressiva riduzione delle risorse impegnate nella sanità, che ha imposto tagli lineari agli organici, che ha impedito di impostare un ragionamento strategico sul futuro e di affrontare con lucidità le sfide che ci impone la modernità. La visione della sanità come costo deve definitivamente scomparire. Una sanità pubblica adeguatamente finanziata è una necessità e rappresenta un investimento coerente sul futuro, sul benessere della nostra società ed è un contributo fondamentale alla innovazione tecnologica e alla ricerca. Solo così l'Ospedale potrà tornare un luogo "ospitale" per il personale medico e sanitario. A questo proposito l'agenzia europea Eurofound per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro ha intrapreso un progetto per garantire un miglior equilibrio tra vita privata e professionale per i lavoratori durante tutto il corso della vita. Coerenti con questo progetto si dovranno allora migliorare le condizioni di lavoro del personale sanitario ospedaliero e solo allora, l'Ospedale tornerà attrattivo per i giovani medici.

5



di Marco Grassi

QUESTO NUMERO del Notiziario giungerà nelle vostre case a fine estate. Molti di voi saranno già stati in ferie, altri le dovranno ancora fare, altri ancora non riusciranno ad avere un adeguato ristoro psico-fisico. Sono infatti cinque milioni i giorni di ferie arretrate non ancora usufruite dal personale sanitario ospedaliero. Queste ed altre cifre ben più «pesanti», elencate nell'**Editoriale** di Maurizio Grossi, certificano una «crisi dell'ospedale», già presente da anni e che la pandemia di Sars-CoV 2 ha «smascherato» in modo drammatico: «da soli, questi dati spiegano la fuga dall'ospedale e la difficoltà nell'arruolare giovani medici». Non meno impressionanti sono le cifre della **Medicina Generale** dove un tempo era ambitissima la «convenzione» ed ora vanno sempre più spesso deserte le assegnazioni di «zone carenti» lambiti territoriali carenti di medici convenzionati per l'assistenza primaria nda1. La Medicina Generale come «inghiottitoio dove far confluire tutto il lavoro che altri non possono più fare perché messi nelle condizioni, anch'essi, di sovraccarico lavorativo» ha perso l'*appeal* di un tempo. «Chi è mai oggi questo medico *front office*

che con una spugna deve asciugare l'oceano? Quando una giornata è lunga un anno e mezzo e mai si placa l'alluvione continua delle domande, delle richieste, dei nuovi mansionari imposti» si chiede. Infatti Luigi Casadei nelle sue riflessioni sulla professione di Medico di Medicina Generale ai tempi del Covid (ma non solo). La rubrica **Sanità Locale** torna sul Notiziario con il corposo elenco e la presentazione di Antonella Chiadini dei nuovi Direttori di Unità ospedaliera e di Medicina territoriale e la presentazione di un nuovo ambulatorio di secondo livello per la cura delle patologie oncologiche dell'apparato muscolo-scheletrico. Ai colleghi promossi all'importante e «oneroso» incarico di direzione va il nostro augurio di buon lavoro e l'invito, sempre valido per tutte le Unità Operative, di attiva collaborazione con il Notiziario. **Focus sulla professione** analizza un aspetto affatto marginale della gestione dell'emergenza Covid. Contestuale all'epidemia di Sars-CoV-2 abbiamo infatti assistito anche ad una «infodemia», epidemia di informazione non sempre di qualità e di chiarezza comunicativa. Accanto ad errori di comunicazione istituzionali vi sono stati tentativi deliberati di diffondere informazioni sbagliate per minare e confondere la risposta dell'opinione pubblica.

La comunicazione del rischio, in particolare se di fonte istituzionale è una tipologia di informazione con «regole» e specifiche tecniche ormai codificate da tempo (almeno dagli anni '70 con le fondamentali indicazioni di Peter Sandman). L'articolo di Laura Baffoni ne traccia le caratteristiche fondamentali, un utile compendio che mostra anche la discrasia fra l'ideale e il reale. I danni che può recare una informazione «disinvolta» quando non scopertamente falsa sono analizzati nel secondo articolo della rubrica dove accanto alla descrizione di un caso che è stato oggetto di attenzione di primarie riviste mediche (a significare interesse e preoccupazione per il fenomeno per le ricadute dirette e indirette sulla salute) si spiegano anche le caratteristiche della «informazione algoritmica» e la sua pericolosità nel diffondere «fake news». L'emicrania, una patologia nota sin dai tempi antichi, la cui genesi è solo in parte chiarita, mostra importanti differenze di genere ed è stata oggetto della review di Laura Baffoni che trovate nella rubrica **Medicina di genere**. Lo stesso argomento è stato trattato nell'ultimo *webinar* in videoconferenza del 5 giugno 2021 organizzato dal nostro Centro di Formazione Medicina di Genere dell'Omceo Rimini di cui traccia un riassunto Loreley Bianconi. Da notare che questo evento formativo ha ricevuto la segnalazione sul portale della FNOMCeO nazionale. La morte è evento naturale, che riguarda milioni di persone ogni giorno. A renderla complessa in questo periodo è la condizione particolare in cui essa avviene e in cui le persone si trovano a doverne elaborare gli effetti. Franco Magnoni in questo intervento, pubblicato postumo, nella rubrica **Medici**

ma non solo affronta in chiave psicanalitica il tema della morte, del lutto e della elaborazione. Due libri, per le ultime letture estive, vengono proposti nelle **Recensioni**. Lo scopo del saggio di Daniele Coen, "L'arte della probabilità - Certezze e incertezze della medicina" è mostrarci che la medicina non è la scienza esatta che crediamo, bensì un «artigianato di alto livello» i cui strumenti sono conoscenze scientifiche, calcoli probabilistici e attenzione alla persona. Giovanni Morolli recensisce invece "1918. L'influenza spagnola - La pandemia che cambiò il mondo" «una lettura di grande fascino che lascia un profondo messaggio che suggerisce che non ci può essere conoscenza senza incertezza e che la buona scienza richiede apertura mentale, rigore sperimentale e una salutare dose di umiltà.» Lo **Spazio AMMI** «riparte dall'arte, umana necessità di creare e ricreare» Marina Romagnoli Meco e Lorenza Bonifazi Marsciani ci portano a visitare il nuovo padiglione di arte contemporanea (PART) che, conservando le collezioni della Comunità di San Patrignano, offre al visitatore «lo sguardo di pietà e speranza che sull'umanità dolente hanno gli artisti». La seconda mostra visitata, "Dante La visione dell'arte", allestita presso i Musei San Domenico di Forlì sarà purtroppo già chiusa quando leggerete queste note, un vero peccato perché la recensione è molto invitante. Chiudo infine la presentazione di questo numero **Ricordando i colleghi** Ireneo Montevecchi che ha svolto l'attività di MMG a San Vito di Rimini e Franco Magnoni, collaboratore da anni di questo Notiziario.



**NUOVI DIRETTORI DI UNITÀ
OSPEDALIERE E DI MEDICINA
TERRITORIALE**

di Antonella Chiadini

PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIMINI

**Dott.ssa ANNALISA GABRIELE - U.O.
Immunoematologia e Medicina
trasfusionale**

Laureata in Medicina e Chirurgia (2001) e specializzata in Ematologia (2005) all'università di Bologna, con Master di secondo livello in "Emostasi e trombosi" all'Università di Firenze (2013), la dr.ssa Gabriele ha lavorato a Bologna prima all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (2005-2010) occupandosi di immunoematologia, produzione di emocomponenti, gestione di cellule staminali, emostasi e donazione di tessuto muscolo scheletrico poi lavorato all'Ospedale Maggiore, gestendo la "risorsa sangue" e il percorso trasfusionale. E' stata referente per la formazione, l'appropriatezza trasfusionale e l'ambulatorio di Medicina trasfusionale. Ha contribuito alla stesura del protocollo per la trasfusione massiva nei pazienti politraumatizzati e ha al suo attivo un ampio portfolio di pubblicazioni e relazioni congressuali. Da gennaio 2020 dirige l'Immunoematologia e Medicina trasfusionale di Rimini, servizio che "serve" i cinque ospedali, le Case di cura e altre strutture private del territorio provinciale con un'attività annuale

di raccolta intorno alle 15mila sacche di sangue intero e oltre 2.500 di componenti ematici. I donatori abituali sono 8.725, oltre 1.300 alla prima donazione e sui 2mila gli aspiranti donatori.

**Dottor VINCENZO DOMENICHELLI -
U.O. Chirurgia Pediatrica**

Milanese di nascita ma riminese di adozione, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna specializzandosi poi in Chirurgia Pediatrica. Dal 2013 è all'Infermi, responsabile prima della Struttura Semplice "Chirurgia Urologica Pediatrica" poi coordinatore delle attività di Chirurgia Pediatrica dell'Ausl Romagna. Dal 2019 è direttore f.f. dell'U.O. Si è sempre interessato di urologia pediatrica e uro-ginecologia ed è ideatore di un accesso chirurgico per il trattamento della stenosi del giunto pieloureterale. Si occupa di Chirurgia mini-invasiva e robotica, già promotore della gestione Fast-Track di pazienti chirurgici pediatrici; è esperto in gestione delle ferite difficili con medicazioni avanzate pediatrico/neonatali e utilizzo della terapia a pressione negativa. Componente di vari gruppi di lavoro aziendali e regionali, autore di numerosi studi nazionali e internazionali,

da sempre partecipa e organizza missioni umanitarie (Tanzania, Uganda, Senegal, Bangladesh, Vietnam) trattando le più complesse malformazioni congenite infantili. È responsabile regionale della Società Italiana di Videochirurgia Infantile (SIVI), membro di società scientifiche nazionali e internazionali e revisore di riviste scientifiche internazionali.

**PRESIDIO OSPEDALIERO RICCIONE-
CATTOLICA**

**Dottor ANDREA LUCCHI - U.O.
Chirurgia generale Riccione**

Originario di Cesenatico, il dr. Lucchi si è laureato in Medicina e Chirurgia (2000) e specializzato (2006) all'università di Bologna (2000). Ha lavorato presso il servizio di Chirurgia Videolaparoscopica Avanzata all'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia poi presso la Chirurgia Generale dell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto (BO). Nel 2008 arriva in Romagna, prima alla Medicina e Chirurgia d'Urgenza di Santarcangelo poi alla Chirurgia Generale di Riccione dove, dal 2018, è direttore facente funzione e, ad aprile 2021, viene confermato a tutti gli effetti. Dopo un *observership* alla Cleveland Clinic di Cleveland (Ohio -USA), dal 2015 è membro dell'American College of Surgeons, la più importante associazione di chirurghi statunitense. Per il suo impegno ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) ovvero miglior recupero post intervento chirurgico) nel 2016 l'American College of Surgeons di San Diego (California) gli ha conferito la prestigiosa borsa di studio dal titolo 'NSQIP International Scholarship' riservata a due chirurghi internazionali. Intensa la sua attività

scientifica e convegnistica anche oltreoceano.

**Dott.ssa ROSA INTERMITE - U.O.
Pronto Soccorso e Medicina
d'Urgenza Riccione**

Nata a Taranto, si laurea nel 1991 in Medicina e Chirurgia all'università di Siena e si specializza in Chirurgia generale e specialità chirurgiche. Ha svolto attività presso l'Istituto di Fisiopatologia vascolare del Policlinico S. Orsola di Bologna ed è esperta anche in campo vascolare sia diagnostico che chirurgico. Nel 2000 entra in servizio al Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza del Ceccarini. Dal 2016 fa parte del Gruppo Qualità e Accreditamento del Dipartimento Emergenza e ha contribuito alla stesura e diffusione di numerose procedure dal triage al pronto soccorso, dall'osservazione breve intensiva alla medicina d'urgenza. Segue la formazione di base e progetti contro la violenza di genere. Nel 2018 diviene responsabile medico del Punto di Primo Intervento dell'Ospedale di Cattolica. Dal 2020 è direttore f.f. dell'U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'urgenza di Riccione. All'attività clinica la dr.ssa Intermite ha sempre affiancato un'intensa attività didattica presso il Centro Interdisciplinare di Ricerca dell'Istituto di Chirurgia generale e specialità chirurgiche dell'università di Siena. Intensa l'attività scientifica e convegnistica.

**Dr.ssa ELEONORA RENZI - U.O.
Radiologia Riccione**

Originaria della Valconca (San Clemente di Rimini), dopo la laurea in Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna nel 1990, si specializza in Radiodiagnostica e Scienze dell'Immagine all'Università di Modena acquisendo poi il

Diploma di perfezionamento in programmazione, organizzazione e gestione delle aziende e dei servizi sanitari alla Cattolica di Roma. Nel 1996, dopo un breve periodo a Rimini, prende servizio alla radiologia di Riccione dove, nel 2019, assume l'incarico di secondo livello in radiologia oncologica. La sua esperienza professionale è stata rivolta inizialmente all'ambito senologico, sia clinico sia di screening per poi sviluppare competenze specifiche anche nell'ambito della patologia osteoarticolare ed interventistica extra vascolare. Ha conoscenze approfondite in mammografia, ecografia, tac e risonanza magnetica, biopsie trans toraciche, tac guidate e infiltrazioni eco guidate in articolazione. Collabora con la Chirurgia della spalla in particolare per lo studio della patologia traumatica- degenerativa protesica di spalla. E' docente di diagnostica per immagini in patologia di spalla al Master di Chirurgia della spalla dell'Alma Mater di Bologna. Ha al suo attivo un'intensa attività scientifica e convegnistica.

Dottor PAOLO PALADINI - U.O. Chirurgia della spalla Cattolica
Leccese d'origine, laureato con lode in all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e specializzato in Ortopedia e Traumatologia all'Università degli Studi di Ancona. Dal 2005 è in servizio all'U.O. Chirurgia Ortopedica della Spalla di Cattolica, direttore f.f. da aprile 2018. Il dr. Paladini ha al suo attivo numerosi interventi ortopedici complessi sia post traumatici ricostruttivi che protesici. Ha introdotto tecniche chirurgiche innovative, come le trasposizioni

muscolari anteriori che portano il suo nome, e che fanno del reparto al 'Cervesi' un punto di riferimento nazionale. Collabora attivamente con le strutture intra e interdipartimentali, in particolare per pazienti con problemi neurochirurgici. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali, con h-index di 21, è stato docente al master Universitario di secondo livello in Chirurgia Artroscopica all'università di Milano Bicocca (2010- 2011) e al master di primo livello in Biomeccanica, patologia e trattamento delle patologie dell'arto superiore all'università di Bologna (2011-2012 e 2017-2018). Già membro della Commissione East European Support della Società Europea della Chirurgia della Spalla e del Gomito (SECEC – ESSSE), dal 2019 è presidente della Commissione Educational della stessa società e da gennaio 2021 presiede la Società Italiana di Chirurgia della Spalla e del Gomito (SICSeG).

MEDICINA TERRITORIALE: nuove nomine per l'Igiene Pubblica e il Distretto di Riccione

Dr. FRANCO BORGOGNONI – U.O. Igiene e Sanità Pubblica di Rimini
Riminese, laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli studi di Chieti, specialista in Igiene e Medicina preventiva, il dr. Borgognoni era f.f. (facente funzione) dal settembre 2020. Tutta la sua carriera si sviluppa al Dipartimento di Sanità Pubblica di Rimini con diversi incarichi: dall'igiene delle strutture sanitarie e sociosanitarie al controllo delle professioni sanitarie fino all'incarico di Alta Specializzazione nel 2019

“Controllo Strutture Sanitarie e Socio Assistenziali”. Coordinatore di diversi gruppi interprofessionali e commissioni in materia di autorizzazione e controllo delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private, di affidamento familiare e accoglienza di minori in comunità; valutatore del sistema gestione qualità nel settore della sanità per l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna e responsabile dell'organismo provinciale per l'accreditamento delle strutture socio sanitarie. Si è occupato anche di sicurezza, educazione sanitaria, gestione del rischio per la salute, svolgendo un'intensa attività di coordinamento, integrazione, tutoraggio e formazione.

Dottor RICCARDO VARLIERO - Direttore del Distretto Sanitario di Riccione

Il dr. Varliero è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna, specializzato in Tisiologia e Malattie dell'apparato respiratorio e in Igiene e Medicina Preventiva. Riminese, lavora all'Azienda UsI di Rimini dal 1993. Dal 2000 al 2007 è stato Direttore del Dipartimento di Cure Primarie e della Medicina del Territorio nonché del M.O. Medici di Medicina Generale e Specialistica Ambulatoriale; dal 2007 al 2010 è stato Direttore del Distretto di Rimini; nel 2010 viene nominato Direttore del Dipartimento di Cure Primarie di Ravenna e, nel 2017, passa alla guida dell'U.O. Cure Primarie e Direzione del Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità di Forlì Cesena. È referente scientifico del progetto Case della Salute e degli ambulatori a gestione infermieristica per i pazienti con Bronco

Pneumopatia Cronica Ostruttiva; ha coordinato progetti formativi per la gestione del paziente con cronicità e fa parte di diversi gruppi di lavoro anche regionali sulla medicina territoriale e sulla sua integrazione coi servizi ospedalieri.

OSTEONCOLOGIA, all'Ospedale Infermi di Rimini un nuovo ambulatorio di secondo livello per la cura delle patologie oncologiche dell'apparato muscolo scheletrico

Dal 5 marzo 2021 al Day Hospital Oncologico del reparto di Oncologia dell'Ospedale Infermi di Rimini, diretto dal Dr Davide Tassinari, è attivo un ambulatorio di Osteoncologia. Questo nuovo servizio, di cui è responsabile il Dr Roberto Casadei, Direttore dell'Unità Operativa di Ortopedia di Forlì, si va ad aggiungere agli ambulatori già attivati all'IRST di Meldola ed all'Ospedale S. Maria delle Croci di Ravenna nell'ambito del Progetto Aziendale dell'AUSL della Romagna che prevede lo sviluppo di una rete territoriale di Osteoncologia, nata dalla collaborazione IRST/ AUSL all'interno del gruppo Sarcomi e Metastasi Ossee. Tale rete rappresenta un'articolazione che avrà sviluppo nel più ampio progetto del Comprehensive Cancer Center Network. L'Osteoncologia è una disciplina di recente introduzione che si occupa del trattamento di tutte le lesioni ossee e dei tessuti molli di natura neoplastica quindi:

- Tumori ossei primitivi (benigni e maligni)
- Tumori ossei secondari (metastasi ossee)
- Tumori dei tessuti molli (benigni e maligni).

All'ambulatorio accedono i pazienti con patologie ossee benigne e maligne, lesioni dei tessuti molli, lesioni secondarie a rischio che necessitano di trattamento chirurgico e lesioni sospette con diagnosi ancora da definire. Un eventuale trattamento chirurgico specifico viene eseguito presso l'UO di Ortopedia di Forlì, Centro di Riferimento Aziendale per questa patologia, mentre tutta la fase diagnostica e l'eventuale terapia medica nonché i successivi controlli vengono eseguiti in loco. L'ambulatorio è attivo tutti i venerdì, dalle 15.00 alle 19.00 con possibilità di accesso dalle 15.00 alle 15.30 per i casi urgenti. Per prenotare la "Visita Ortopedica di Osteoncologia" è necessario essere in possesso di una impegnativa

del SSN (Dema o Rossa) prescritta del Medico di Medicina Generale, dal Medico Specialista oppure mediante richiesta di consulenza da reparto per i pazienti ricoverati. La presa in carico del paziente all'interno del percorso di Osteo-Oncologia, cui partecipano, in maniera trasversale i professionisti delle unità operative di Ortopedia, Oncologia, Ematologia, Radiologia, Radiologia Interventistica, Radioterapia, consentirà un approccio ottimale per tutti quei pazienti con quadri sindromici particolari il cui rischio è quello di venire riconosciuti tardivamente e non adeguatamente trattati per la rarità della loro patologia ed il non facile inquadramento clinico ed assistenziale.

L'appuntamento deve essere richiesto alla Segreteria dell'Oncologia tramite:

- invio dell'**impegnativa al fax 0541/705941** (interni 5941) indicando il recapito telefonico del paziente per potergli comunicare l'appuntamento assegnato,
- **telefonicamente allo 0541/705603** (interni 5603) dalle 8.00 alle 11.00 dal lunedì al venerdì,
- contattando la Case Manager **Pilati Michela** allo **0541/705106** (interni 5106) dal lunedì al venerdì.

Per eventuali chiarimenti o problematiche inerenti la prenotazione della visita è possibile contattare la Case Manager Pilati Michela allo 0541/705106 **dal lunedì al venerdì**.



A PROPOSITO DI BUONA COMUNICAZIONE...

di Laura Baffoni

"How to Convey Changing Risks"
National Institute of Health,
16/06/2021 (www.nih.gov/about-nih/what-we-do/science-health-public-trust/perspectives)

UN MESE FA NELLA sezione dedicata a Science, Health and Public Trust del National Institutes of Health, è comparso un commento di Scott Walters e Dana Litt (Department of Health Behavior and Health Systems, School of Public Health, University of North Texas) sull'importanza di una buona comunicazione in tema di rischio nell'ambito della Sanità Pubblica e in particolare durante la pandemia da SARS Cov 2. Secondo gli Autori la sfida per la Sanità è trovare il **tono giusto** o la **giusta risonanza** per trasmettere il **messaggio giusto al momento giusto**, altrimenti si rischia di non dare il **giusto peso** a ciò che si sta comunicando, un pò come accade a coloro che sono incapaci di modulare la voce e quindi usano la stessa altezza e lo stesso volume in qualsiasi contesto si trovino. In Medicina la valutazione del rischio è talvolta complicata e suscettibile

di rapidi cambiamenti appena divengono disponibili nuove informazioni; per la gente comune questo è difficile da comprendere e c'è la tendenza a sovrastimare la probabilità di un evento pericoloso e raro, e a sottostimare quella di un evento molto più comune ma meno grave; inoltre lo stesso messaggio quando comunicato diversamente può essere interpretato in modo diametralmente opposto: tutto ciò induce alla sfiducia nei confronti di chi è portatore del messaggio e nel nostro caso della Sanità. Le persone vogliono un'informazione chiara e certa su ciò che li aspetta e su come si debba agire di conseguenza, quindi la comunicazione deve essere accurata e appropriata e per questo gli Autori suggeriscono alcune strategie:

- Scegliere categorie di rischio semplici, significative e correlate a dati quantificabili, perchè le valutazioni qualitative sono soggette all'interpretazione del singolo.
- Correlare le categorie di rischio a specifiche azioni, cioè la comunicazione deve chiaramente spiegare **che cosa, quando, come e per quanto tempo** deve

verdetto schiacciante sull'uso della mascherina: non funziona. I social ci avevano «avvertito» con largo anticipo. Peccato che se si legge l'articolo originale si trova quasi l'esatto contrario: il trial non è conclusivo piuttosto che negativo e indica un probabile beneficio dell'uso delle mascherine per chi le indossa. Senza contare che lo scopo dello studio non era verificare se l'uso delle mascherine riducesse l'infezione ma se aggiungere la raccomandazione di usare mascherine ad altre misure di salute pubblica avesse una qualche efficacia.

Un disaccordo tra esperti, in particolare sull'interpretazione di uno studio, è un evento comune. È la solita attività della scienza.

Solo che Facebook non la vedeva così e aveva decretato il suo responso a suon di like e condivisioni di post.

Nonostante i noti pericoli associati alla diffusione della disinformazione online, già abbondantemente presente anche in era pre-Covid sono state condotte poche ricerche sui software che consentono di amplificare la disinformazione (vedi riquadro). In genere, questi software consentono alle persone che li controllano di generare contenuti imprecisi, fuorvianti o addirittura falsi e condividere questa disinformazione sulla rete. Nel tentativo di capire come vengono utilizzati i software automatizzati per diffondere disinformazione, un gruppo di ricercatori guidati dal Dr. John W. Ayers dell'Università della California ha analizzato le conversazioni sui gruppi Facebook pubblici, poiché Facebook è considerato la piattaforma più suscettibile per la diffusione della disinformazione

Un **disaccordo** tra esperti, in particolare sull'interpretazione di uno studio, è un **evento comune**. È la solita attività della **scienza**.

automatizzata. Più specificamente, i ricercatori erano interessati alla disinformazione che è stata diffusa in seguito alla pubblicazione dello studio danese per la valutazione delle maschere facciali per la protezione contro l'infezione da COVID-19 (DANMASK-19). Questo *trial* è stato scelto perché era il quinto articolo di ricerca più condiviso di tutti i tempi a marzo 2021.

Nel loro lavoro sono stati studiati un totale di 563 diversi gruppi Facebook, in cui è stato pubblicato e scaricato un collegamento alla pubblicazione DANMASK-19 dal sito web di Annals of Internal Medicine. Il periodo di studio è stato limitato ai cinque giorni successivi alla pre-pubblicazione di DANMASK-19, tra il 18 novembre 2020 e il 22 novembre 2020, poiché è stato generalmente identificato il maggiore interesse dello studio durante questo periodo.

La determinazione dell'utilizzo o meno di un software automatizzato si è basata sulla pubblicazione di link identici in stretta successione. La metodica di identificazione è pubblicata *in extenso* nello studio citato. I gruppi di Facebook più colpiti dai bot hanno avuto una media di 4,28 secondi tra le condivisioni di link identici, che è stata confrontata con 4,35 ore per quelli che sono risultati essere i

Bot, troll, meme e altre creature «fantastiche»

In ambito informatico i *bot* (abbreviazione di *robot*) sono dei *software* che, accedendo alla Rete sfruttando gli stessi canali utilizzati da utenti in carne e ossa, sono in grado di svolgere i compiti più vari in maniera completamente autonoma, merito, dell'intelligenza artificiale e del *machine learning*.

Questa capacità ha fatto sì che, soprattutto negli ultimi 3 anni, i *bot* si moltiplicassero e così le loro funzionalità e le loro applicazioni. Quando si parla di bot, oggi ci si riferisce a dei veri e propri algoritmi di intelligenza artificiale in grado di analizzare e comprendere – in maniera più o meno esatta – il linguaggio di utenti in carne e ossa che interagiscono con loro. Capacità che migliorano in maniera incrementale grazie al *machine learning*: i bot sono in grado di apprendere dai loro errori e, soprattutto, dalle loro interazioni con persone reali.

I *bot* sono ormai diventati una presenza fissa anche all'interno dei *social network* sotto forma di profili falsi. Non ci vuole molto, infatti, per creare degli applicativi in grado di creare decine e decine di *account* utilizzabili poi per gli scopi più vari. Proprio per arginare questo pericolo, alcuni *social* hanno lanciato diverse campagne tese a scovare profili falsi: lo scopo è evitare che questi bot possano essere utilizzati per rilanciare notizie false e alimentare, così, un pericolosissimo circolo vizioso.

I troll automatizzati (*troll bot*) sono quelli che disturbano le conversazioni che abbiamo sui *social*. Ripetono alcuni messaggi in maniera ossessiva per dare l'idea di un largo consenso rispetto a notizie complottiste non verificabili e screditare tesi avversarie. I meme, immagini e slogan ad effetto, sono spesso la loro arma principale. Le persone sono catturate da questa forma immediata di pseudoinformazione se coerente con la loro visione del mondo innescando i «*bias*» cognitivi noti come il pregiudizio di conferma, le casse di risonanza e l'effetto «*bandwagon*». Infine i «*deep fake*» sono strumenti basati su algoritmi di intelligenza artificiale per produrre video e audio falsi in grado di mettere in bocca agli altri parole che nella realtà non hanno mai detto.

meno colpiti dall'automazione. Che tipo di disinformazione è stata diffusa? Un totale di 712 post che hanno collegato lo studio DANMASK-19 entro il suddetto periodo di cinque giorni sono stati condivisi con 563 diversi gruppi Facebook pubblici. Di questi, il 39%, ovvero un totale di

279 post, è risultato essere il più colpito dai bot. I due principali tipi di disinformazione che sono stati diffusi in questi gruppi di Facebook sullo studio DANMASK-19 includevano affermazioni in cui la conclusione principale era chiaramente travisata o che erano state fatte affermazioni cospirative.

Un esempio in cui la conclusione principale di DANMASK-19 è stata travisata affermava che indossare una maschera danneggia chi lo indossa. Questi tipi di affermazioni travisate hanno rappresentato il 19,8% dei post che sono stati inviati dai bot ai gruppi più colpiti dagli automatismi di invio. Affermazioni cospirative del seguente tenore - [Questi] sono scienziati pagati dalle élite mondiali per mentire spudoratamente a miliardi di persone - hanno invece rappresentato quasi il 51% di tutti i post pubblicati sui gruppi Facebook più colpiti dai post automatici di disinformazione. I ricercatori dello studio raccomandano che gli stati nazionali approvino una legislazione che penalizzi le entità che utilizzano software automatizzato per condividere informazioni errate. Inoltre, le società di social media, in particolare Facebook, dovrebbero far rispettare le proprie regole di pubblicazione per vietare la pubblicazione di disinformazione automatizzata. Oltre a queste due raccomandazioni, le campagne

Bibliografia

- [1] Abbasi K. The curious case of the Danish mask study *BMJ* 2020; 371:m4586 doi:10.1136/bmj.m4586
- [2] Bundgaard H, Bundgaard JS, Raaschou-Pedersen DET, et al. Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* March 2021; Volume 174, Issue 3 Page: 335-343 <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>
- [3] Ayers JW, Chu B, Zhu Z, et al. Spread of Misinformation About Face Masks and COVID-19 by Automated Software on Facebook. *JAMA Intern Med*. Published online June 07, 2021. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2780748>

Le persone sono **catturate** da questa forma immediata di **pseudoinformazione** se coerente con la loro **visione del mondo** innescando i «bias» cognitivi

contro le false affermazioni ampiamente diffuse sui social media dovrebbero essere affrontate pubblicamente e confutate da esperti. A queste ultime considerazioni ci aggiungo di mio, come consiglio ai colleghi (ma non ce ne dovrebbe essere bisogno), di leggere la letteratura scientifica che interessa sempre e solo in esteso, non accontentandosi di riletture di seconda o terza mano. Almeno così mi è stato insegnato quando ho scritto la mia tesi di laurea quaranta anni fa. Ma forse erano altri tempi.



FOCUS ON
di Laura Baffoni

"Giving Researchers a Headache – Sex and Gender Differences in Migraine"

L. Al - Hassani et Al; *Frontiers in Neurology*; October 2020, Vol.11

L'EMICRANIA, UNA patologia nota sin dai tempi antichi, la cui genesi è solo in parte chiarita, mostra importanti differenze di genere ed è stata oggetto dell'ultimo Webinar organizzato dal nostro Centro di Formazione; per tutti questi motivi ho scelto questa review apparsa recentemente in letteratura, redatta da Ricercatori delle Università di Rotterdam e Berlino, che hanno cercato di mettere a fuoco le ipotesi di studio e le conoscenze acquisite sull'universo emicrania, sforzandosi di evidenziare le differenze legate al sesso e al genere, impegno encomiabile visto che spesso sesso e genere vengono erroneamente usati in maniera interscambiabile. L'emicrania è una malattia neurologica caratterizzata da attacchi transitori di dolore pulsante ad un emicapo, della durata di 4 - 72 ore, associato a nausea, fotofobia e/o fonofobia, talora preceduto da disturbi neurologici, la cosiddetta aura

emicranica; colpisce circa 1,3 miliardi di persone nel mondo pari al 18% della popolazione mondiale, è diffusa senza differenze di prevalenza alle varie latitudini, ma varia sia come frequenza sia come intensità nei due sessi e nelle varie età. Al Hassani et Al hanno condotto un'analisi sistematica della letteratura apparsa dal gennaio 2015 al dicembre 2019 selezionando 79 articoli che soddisfacevano i criteri di eleggibilità. Per quanto riguarda la prevalenza l'emicrania è rara in età infantile non mostrando differenze fra i due sessi, incrementa nella pubertà prediligendo il sesso femminile e raggiunge il picco di prevalenza all'età di 35-39 anni sia nella donna (34.5%) che nell'uomo (20.3%). È stato descritto un secondo picco di prevalenza all'età di 50 anni, ma il dato non è stato confermato. Il picco di incidenza non coincide con quello di prevalenza e l'esordio appare più precoce nei maschi (15 -19 vs 20-24 anni). La disabilità provocata da una malattia viene espressa come anni vissuti con disabilità (YLDs) e per quanto riguarda l'emicrania questi sono 618,4 anni per 100.000 persone affette e collocano l'emicrania al secondo posto tra le cause di disabilità nel mondo,

ma tale fardello non è distribuito uniformemente tra i due sessi infatti è causa del 6.6% di YLDs nelle donne contro il 4.4% negli uomini. Diversi studi hanno dimostrato che questa patologia grava sulla vita di ogni giorno, dalle relazioni familiari e sociali alla carriera lavorativa e agli aspetti finanziari, mostrando un'associazione con attività lavorative caratterizzate da carico psicologico elevato, da meno libertà di scelta e da scarso supporto sociale. La prevalenza dell'emicrania varia oltre che in base al sesso anche in base all'orientamento sessuale, così si è osservato che uomini bisessuali o gay nella fascia di età 45 - 85 anni mostrano un rischio aggiuntivo di avere emicrania del 50%, mentre donne bisessuali o lesbiche hanno un rischio ridotto del 23%. Sempre per quanto riguarda il genere, Al-Hassany suggerisce la necessità di ulteriori studi per

20



valutare se il livello di istruzione, educazione e reddito siano fattori di rischio per l'insorgenza dell'emicrania, infatti i lavori finora apparsi in letteratura mostrano dati discordanti. La sedentarietà e il consumo di bevande con un basso tenore alcolico (il dato non è stato confermato con i super alcolici) sono fattori di rischio mentre è stata evidenziata una relazione inversa con l'introito di sodio e nelle donne tale relazione è più evidente in quelle con un basso BMI. Esiste infine una familiarità per emicrania e un'associazione con l'ipertensione e il pregresso trauma cranico. Per quanto riguarda le caratteristiche dell'emicrania i sintomi di accompagnamento come la foto e/o fonofobia, la nausea, il vomito e l'allodinia cutanea sono più frequenti nelle donne; mentre per quanto riguarda i sottotipi, quella senza aura è la forma più frequente in entrambi i sessi, e i periodi di remissione non appaiono correlati al tipo di emicrania. Infine molteplici sono i fattori scatenanti, più spesso presenti nelle donne (68,6% vs 56,5% degli uomini) e diversi nei due sessi: saltare il pasto, la sensazione di fame o di sete, la disidratazione, l'esposizione a luci brillanti, a flash o a schermi come quelli del computer, la modifica nel pattern del sonno, l'uso o il non uso abituale del caffè, certi alimenti e le variazioni rapide di temperatura o di clima sono più frequenti nelle donne; mentre i profumi e gli odori forti, la fatica o il periodo stressante negli uomini. La ricerca di base cerca di svelare i meccanismi fisio-patogenetici che permettono l'insorgenza dell'emicrania e diversi lavori sperimentali hanno messo in luce

una rete di processi sia vascolari sia neurologici che mostrano differenze legate al sesso; si ipotizza che l'aura emicranica, causata dalla cosiddetta cortical spreading depression (CSD – un'onda di depolarizzazione delle cellule neuronali e gliali seguita da una prolungata depressione), che induce l'attivazione trigeminovascolare responsabile in parte della crisi emicranica, sia influenzata dagli ormoni sessuali. In letteratura, per spiegare le differenze osservate nei due sessi, si è sottolineata l'importanza degli ormoni sessuali. È stato dimostrato che bassi livelli di serotonina (5HT) e una sua ridotta sintesi cerebrale sono correlati all'emicrania, e gli estrogeni (*E.*) essendo in grado di influenzare il metabolismo del triptofano modulano anche le concentrazioni di 5HT. Gli *E.* a concentrazioni elevate si sono dimostrati capaci, in lavori sperimentali, di aumentare l'eccitabilità corticale, invece cadute nella loro concentrazione diminuiscono CSD fino a normalizzarlo; mentre il 5 idrossitriptofano, in presenza di ormoni ovarici, diminuisce la comparsa di CSD; infine nei ratti ovariectomizzati che ricevono una terapia sostitutiva con *E.* si osserva un aumento di CSD che invece diminuisce quando l'estradiolo viene sospeso. Queste osservazioni su modelli animali potrebbero spiegare l'associazione clinica tra l'emicrania con aura e i livelli di *E.* elevati e stabili, ed è ragionevole ipotizzare che la maggioranza degli attacchi emicranici correlata alle mestruazioni (dove c'è una caduta degli *E.*) sia un'emicrania senza aura. L'emicrania emiplegica familiare

(FHM2) è un raro sottotipo causato da una mutazione genica che comporta un'alterazione della pompa sodio - potassio e quindi alterazioni dell'omeostasi del sodio. Utilizzando come modello animale topi a cui è stato aggiunto il gene della FHM2, si è osservato nei maschi una fase di recupero, dopo induzione della CSD, più lunga rispetto ai topi non mutati, mentre le femmine portatrici della mutazione presentavano specifici comportamenti che comprendevano una riduzione dei movimenti spontanei, della coordinazione motoria e della capacità di apprendimento motorio. Questi effetti scomparivano con la somministrazione di un contraccettivo progestinico che portava a stabilizzare e abbassare i livelli di *E.* Un altro gruppo di ricercatori utilizzando lo stesso modello animale ha dimostrato un'aumentata suscettibilità alla CSD nei topi mutati, suscettibilità che rimaneva invariata nei maschi a prescindere dall'età, mentre nelle femmine dopo la menopausa diminuiva. Diversi studi hanno dimostrato che i nocicettori trigeminali hanno recettori per *E.* e per valutare il loro ruolo è stato utilizzato un modello multi comportamentale di emicrania nei ratti: la somministrazione di estradiolo provocava una riduzione statisticamente significativa dell'attività locomotoria, come pure comportamenti di paura in risposta alla luce e ai rumori o segni di allodinia. Altri gruppi hanno valutato il ruolo dell'espressione di proteine coinvolte nella trasmissione del segnale nocicettivo, rilevando che

21

la presenza di *E.* era in grado di modificare la loro espressione. Ruolo fondamentale nella patogenesi dell'emicrania (*e che è alla base del recente trattamento con anticorpi monoclonali - ndr*) è svolto dal peptide correlato al gene della calcitonina (CGRP) che è legato alla ipersensibilità trigeminale e alla fotosensibilità. È stato dimostrato su modelli animali che le femmine mostrano una maggiore sensibilità alla somministrazione sottodurale di CGRP rispetto ai maschi, probabilmente perché gli ormoni sessuali femminili sono in grado di aumentare la vasodilatazione in risposta al CGRP. Gli ormoni gonadici modulano l'attività anche di recettori-canale che determinando variazioni transitorie di potenziale (TRP) regolano l'ingresso ionico e una varietà di processi di segnalazione neurale implicati anche nella percezione del dolore compresa l'emicrania. Altri lavori esaminati da Al-Hassany suggeriscono che l'aumento di citochine pro infiammatorie e di chemochine nel plasma e nel liquido cerebrospinale, rilevato durante l'attacco emicranico, sia dovuto ad una infiammazione sterile della dura; lo stress, noto trigger per l'emicrania, determina uno squilibrio tra i mediatori pro- e anti-infiammatori espressi dalle cellule linfoidi durali, e nei ratti femmina, a conferma della loro aumentata suscettibilità all'emicrania, è stata dimostrata un'aumentata concentrazione dei mediatori pro infiammatori e una riduzione di quelli anti-infiammatori. Nella ricerca di base è difficile valutare l'influenza del genere negli animali di laboratorio, però la ricerca sul comportamento

può essere illuminante e così si è osservato che negli animali femmina la soglia del dolore è più bassa, e in risposta allo stimolo doloroso c'è un aumentato consumo di oppioidi. Alcuni lavori combinano la ricerca di base con quella clinica per meglio comprendere i meccanismi fisiopatologici. È stata valutata la risposta di colture di cellule mononucleate da sangue periferico al trattamento con 17beta estradiolo in donne con emicrania correlata al ciclo mestruale e in soggetti sani appaiati per età e sesso, dimostrando che dosi farmacologiche determinavano un aumento della espressione del RNAm del CGRP in tutte le colture, mentre dosi fisiologiche determinavano una riduzione significativa dei livelli di CGRP, del rilascio di IL-1beta, della produzione di ossido nitrico solo nelle colture cellulari di donne con emicrania perimestruale. Un altro studio ha dimostrato che il rilascio di CGRP in risposta alla capsicina topica è variabile nelle donne in funzione del ciclo ovarico: nelle donne senza emicrania si osserva un picco nella concentrazione di CGRP durante la mestruazione mentre nelle donne emicraniche esiste un secondo picco durante la fase secretoria tardiva e questo suggerisce l'esistenza di una relazione fra ciclo mestruale, emicrania ed effetti vascolari del CGRP. Diversi lavori hanno valutato le variazioni ormonali nelle pazienti con emicrania e nei controlli: inizialmente una delle ipotesi patogenetiche utilizzate per spiegare l'emicrania femminile era stata la caduta estrogenica osservata in alcune fasi del ciclo ovulatorio, soprattutto la rapidità

della riduzione nella fase luteinica tardiva rispetto ai controlli, ma poiché altri lavori non hanno confermato questa correlazione, è subentrata l'ipotesi che il calo rapido degli estrogeni non sia un fattore scatenante diretto dell'emicrania quanto piuttosto un marker della vulnerabilità neuroendocrina osservata nell'emicrania femminile, attribuibile al danneggiamento del sistema trigeminovascolare. Infine va considerato il ruolo del progesterone il cui aumento potrebbe controbilanciare gli effetti di un calo degli estrogeni nella fase periovulatoria. Non è chiaro, per la scarsità degli studi e dei campioni utilizzati, se gli ormoni sessuali possano modulare la suscettibilità all'emicrania anche nel maschio, ma in uno studio del 2018 gli uomini con emicrania rispetto ai controlli avevano livelli di estradiolo più alti, il rapporto testosterone/estradiolo era ridotto e mostravano segni clinici di un deficit androgenico funzionale. Per quanto riguarda il progesterone negli uomini e nelle donne post menopausa con emicrania si osservavano concentrazioni più basse rispetto ai controlli, mentre in un altro lavoro su donne emicraniche fertili con e senza aura si osservava un aumento dell'estradiolo e del progesterone nelle pazienti senza aura, e la severità degli attacchi si associava ad un aumento della prolattina in entrambi i gruppi. Tutto ciò porta a considerare l'emicrania come un evento secondario alla perdita dell'integrità neuro-ormonale e metabolica. Una sottolineatura particolare viene data da Al Hassani ai lavori che si sono occupati della relazione fra l'emicrania e le diverse fasi della vita femminile, dalla

pubertà alla menopausa. Avere il menarca precoce soprattutto nelle popolazioni caucasiche conferirebbe un rischio più basso del 7% di avere crisi emicraniche in età giovane-adulta, pur rimanendo sconosciuto il perché. Tutta la letteratura conferma la correlazione dell'emicrania con il ciclo mestruale, e le pazienti con emicrania mestruale tipica soffrono di attacchi più severi e più frequentemente associati a sintomi di accompagnamento; la forma cronica mostrerebbe un'associazione con i disturbi del ciclo mestruale, in particolare con la dismenorrea. Inoltre considerata l'elevata frequenza di emicrania nelle donne con endometriosi, è stato suggerito che le pazienti emicraniche dovrebbero essere sottoposte a test di screening per l'endometriosi. Per quanto riguarda la gravidanza si è osservato un miglioramento dei sintomi nella seconda metà della gestazione, ma nel sottogruppo delle donne con emicrania catameniale il primo trimestre comporta un peggioramento delle crisi. Infine nel periodo menopausale l'andamento dell'emicrania mostra un'estrema variabilità potendo sia migliorare che peggiorare e considerata la presenza di fattori confondenti, come la comparsa di depressione e l'uso

... si è osservato che negli animali femmina la soglia del dolore è più bassa, e in risposta allo stimolo doloroso c'è un aumentato consumo di oppioidi

di farmaci caratteristici di questo particolare periodo della vita della donna, sono necessari ulteriori studi. La ricerca più recente ha cercato di evidenziare se a livello genetico esistono elementi capaci di spiegare la diversa prevalenza della malattia e le sue caratteristiche. Sono state individuate 38 varianti genomiche che sarebbero implicate nell'aumentato rischio di emicrania e solo una è localizzata sul cromosoma X. In alcuni lavori l'aumentata predisposizione conferita da tali varianti è evidenziabile solo nei maschi, mentre altri lavori trovano correlazioni nelle donne, ma la scarsa numerosità dei pazienti esaminati, soprattutto maschi, in parte inficia il risultato. Tra i lavori che cercano di evidenziare il ruolo patogenetico di alcune varianti geniche, la presenza del polimorfismo del gene per il recettore del progesterone aumenterebbe la probabilità di emicrania ad esordio tardivo riducendo l'eccitabilità neuronale; la presenza di emicrania si assocerebbe a quella di varianti per la metilentetraidrolato reductasi e per la nicotinamide-N-metiltransferasi che sono implicate in un aumentato livello di omocisteina plasmatica; infine alcune varianti genetiche si associano ad elevati livelli di istamina. Al Hassani et Al. sottolineano come tutti i dati finora raccolti sembrano indicare la presenza di una certa sovrapposizione nella predisposizione genetica e che gli aspetti genetici da soli non siano in grado di dare una piena spiegazione delle differenze osservate nei due sessi, inoltre che siano necessari studi sui fattori

epigenetici perché modulatori dell'espressione genetica. Altre informazioni interessanti sullo sviluppo dell'emicrania derivano da studi di neuroimaging, in particolare della risonanza magnetica nucleare funzionale che ha evidenziato nelle donne emicraniche rispetto ai maschi un ispessimento della corteccia insulare posteriore e del precuneo, una riduzione della sostanza grigia nella corteccia prefrontale dorsolaterale destra mentre nei maschi emicranici si osserva una riduzione del volume del giro del para-ippocampo: il possibile coinvolgimento dell'ippocampo potrebbe spiegare le differenze legate al sesso e al genere sia nelle risposte comportamentali allo stress sia nell'attacco emicranico ed è interessante che vi siano differenze correlate al genere nelle regioni che governano gli aspetti emozionali del dolore. In conclusione le differenze esistenti nella prevalenza e nelle caratteristiche dell'emicrania fra uomini e donne stimolano ricerche sui meccanismi fisiopatologici che le sottendono; in particolare è stato indagato il ruolo che gli ormoni sessuali possono svolgere su CGRP, CSD e sui mediatori chimici pro e antinfiammatori che risultano coinvolti nella genesi dell'attacco emicranico. Tuttavia la complessità delle interazioni e la mancanza di modelli animali completamente soddisfacenti spiegano l'attuale carenza di dati definitivi e la necessità di ulteriori studi che approfondendo le nostre conoscenze relative agli aspetti sesso e genere-specifici dell'emicrania possano consentirne un miglioramento della cura.

Questa review è importante sia per l'ampiezza e varietà dei lavori valutati sia perché le differenze legate al sesso e al genere sono state le chiavi di lettura dei risultati analizzati, anche se, come hanno sottolineato gli stessi Autori, non sempre gli studi erano tra loro confrontabili; ed un difetto, insito in questo genere di lavoro scientifico, è il ritardo obbligato che non permette di includere i lavori più recenti. Al Hassani et al. hanno anche evidenziato la difficoltà per la ricerca di base di

avere modelli soddisfacenti per studiare le differenze legate al genere. Quindi possiamo dire che anche questa review mette in risalto quanto la Medicina Genere Specifica potenzi e migliori la conoscenza e l'interpretazione dei fenomeni fisiopatologici ma che c'è ancora strada da percorrere, ed è quindi auspicabile che sia i ricercatori sia i clinici utilizzino sempre più un'ottica genere specifica per mettere a fuoco la "realtà" che sono chiamati ad interpretare e valutare.



MEDICINA DI GENERE E ...EMICRANIA

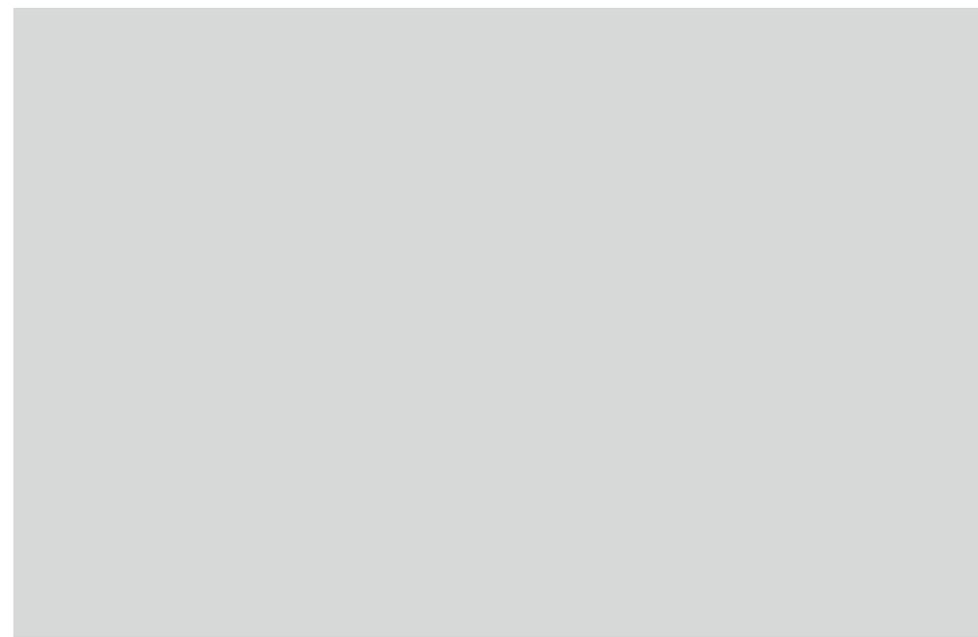
di Loreley Bianconi

CON IL WEBINAR IN videoconferenza del 5 giugno 2021 organizzato dal nostro Centro di Formazione Medicina di Genere dell'Omceo Rimini, abbiamo proseguito il percorso nell'ambito della MdG Specifica, percorso iniziato nel 2018 ed assieme ai nostri iscritti continuiamo questa "magnifica avventura". Abbiamo preso in considerazione fino ad ora diverse patologie, da quelle cardiovascolari, agli eventi cerebrovascolari ac, le patologie autoimmuni, patologie polmonari e neurologiche come l'invecchiamento cerebrale e le dipendenze in particolare quelle alcoliche, l'ipertensione arteriosa, il diabete, la S. metabolica sempre

sotto un'ottica di genere e questo perché la medicina di genere è una medicina genere specifica, multidisciplinare, interdisciplinare che trasversalmente interessa tutte le branche mediche quindi tutte le specializzazioni mediche. Una medicina a misura di uomo e di donna, una medicina ritagliata per l'uomo e per la donna. Ha l'obiettivo di garantire equità ed appropriatezza in tema di salute: il concetto di equità in medicina così come definito dall'OMS non può prescindere dalle capacità di curare la persona in quanto individuo con la sua specificità e tenendo conto anche del genere. Studia come nascono, si manifestano, evolvono e vanno curate le malattie a seconda che

si presentino in un uomo o in una donna con il fine ultimo di arrivare ad una diagnosi precoce e di garantire la migliore cura. Studia come sesso e genere sono alla base dello stato di salute o di malattia. Quindi prende in considerazione la persona uomo o donna che sia e lo pone al Centro del suo studio si rafforza così il concetto di centralizzazione del paziente e di personalizzazione della terapia. La MG rappresenta quindi un obiettivo strategico che le organizzazioni sanitarie debbono proseguire nell'ottica di favorire parità di accesso ai servizi a qualsiasi cittadino. Il nostro Centro si inserisce in questo progetto di studio sulla salute di genere con l'obiettivo di favorire una cultura ed una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere non solo sotto l'aspetto anatomico fisiologico ma anche delle differenze biologico funzionali,

psicologiche, socio culturali, socio economiche, etniche e di religione oltre ovviamente alle risposte di cura. Nella giornata di studio del 5 giugno scorso abbiamo parlato di emicrania che è la seconda malattia più disabilitante del genere umano ed è gravata da importanti costi economici ma nonostante ciò rimane una malattia poco conosciuta e poco trattata. Presenta differenza di genere nella prevalenza essendo più frequente nel sesso femminile, in Italia colpisce circa una donna su tre e recentemente sono stati introdotti i nuovi farmaci che potrebbero modificare la storia naturale e i costi derivati da questa malattia. Abbiamo dedicato la giornata del 5 giugno 2021 per trattare questo disturbo neurologico e le terapie in un'ottica di genere. Il Prof. Pierangelo Geppetti Direttore Centro Cefalee e Farmacologia Clinica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, ha trattato la



Abbiamo parlato di **emicrania** che è la **seconda malattia più disabilitante del genere umano** ed è gravata da **importanti costi economici**

“Fisiopatologia dell'emicrania” che è alla base della nascita dei nuovi farmaci: gli anticorpi monoclonali. E' stato il Prof. Pietro Querzani, Direttore f.f.U.O.C. di Neurologia -Ravenna e Titolare di Incarico Professionale Alta Specializzazione “Cefalee” presso AUSL di Ravenna, a prendere in considerazione nella sua relazione i vecchi e i nuovi farmaci antiemicranici ed in questo convegno ha rappresentato la nostra realtà locale -Romagnola. Poi due grandi colleghe che da anni si impegnano nello studio, informazione e diffusione della Medicina di Genere e fanno parte del Gruppo di lavoro MdG della

Fnomceo; la Prof. Cecilia Politi Direttrice UOC di Medicina Interna P.O. Isernia che ha trattato “Il rischio cardiovascolare, cormobilità ed emicrania” e la Dr. Annarita Frullini psicoterapeuta, ginecologa, omeopata che ci ha introdotto nel mondo della narrazione: “Genere, narrazione ed emicrania”. Il Dott. Matteo Marconi, Ricercatore dell'Istituto Superiore di Sanità ci ha parlato di “Impatto sulla qualità di vita dell'individuo e i costi sociali”. Questo Convegno l'ho moderato assieme alla collega Dr. Laura Baffoni impegnatissima componente del nostro Centro Formazione di MdG e siccome è stato la nostra prima esperienza virtuale non nascondo i nostri timori e preoccupazioni ma la presenza in videoconferenza non solo dei nostri iscritti Omceo Rimini ma anche colleghi di altre regioni d'Italia ci ha dato la giusta «grinta» nell'affrontare la mattinata! Grande soddisfazione per il nostro Ordine vedere poi che il Webinar in esame era entrato nel portale della Fnomceo: Webinar OMCeO Rimini” Medicina di Genere e... Emicrania”.



MEDICINA GENERALE: VASO COMUNICANTE O «TUBO DI SCARICO»?

di Marco Grassi

UN ANNO E MEZZO DI pandemia ha modificato, se non stravolto, il lavoro dei MMG (Medici di Medicina Generale). Un riscontro di come è stata vissuta questa esperienza «straordinaria» (nel senso di eccezionalità rispetto alla prassi o all'ordine consueto) è rintracciabile sui *social*, utilizzati oltre che per «lavoro» anche per mantenere un minimo di contatto professionale e umano con i colleghi, ancorchè mediato dalla tecnologia. E' comprensibile che in molti casi lo «sfogo», il libero corso a sentimenti e stati d'animo fino ad allora frenati o sottaciuti abbia avuto il sopravvento su argomenti clinici od organizzativi o su analisi «ragionate» su quanto stava accadendo. Ad una superficiale lettura e analisi di tali messaggi si potrebbe pensare ad una quota di colleghi in chiaro stato di *burn-out*, verosimilmente già presente sottotraccia, che lo *stress* della pandemia ha evidenziato chiaramente. Ma è così facilmente spiegabile con la «debolezza» di carattere dei MMG italiani? La lettura dell'Editoriale dell'ultimo numero del *British Journal of General Practice* (la rivista culturale dei *general practitioner* inglesi) apre squarci di analisi impensati. Il National Health Service britannico (NHS) è

da sempre fonte di ispirazione e idee per il nostro SSN (che non a caso è la traduzione letterale di NHS) e un «occhio» a cosa succede oltremontana può sempre essere utile per capire cosa sta succedendo o succederà anche nel nostro SSN. E' con una certa sorpresa (ma non troppa) aver appreso che gli stessi «sfoghi» letti sui nostri *social* sono messi «nero su bianco» non dal GP (*general practitioner*) dello sperduto paesino della campagna inglese o della sterminata periferia londinese ma dal *past chair* (già presidente) del Royal College of General Practitioner e attuale membro del BMA (British Medical Association), l'analogo della nostra FNOMCeO. Ecco cosa scrive l'autorevole collega inglese: «Che brutto momento stanno passando i GP in Inghilterra. Non ho mai visto cose così brutte. [...] sono consapevole di quanto la mia professione stia soffrendo sotto il peso del lavoro. Ma piuttosto che essere lodati, i medici di base sono stati rimproverati, ingiustamente, per non essere stati «aperti». Questo fa male. La medicina generale è «aperta», si potrebbe entrare in uno studio con «carrozza e cavalli». I medici di famiglia [inglesi] hanno fornito 1 milione di visite in più a settimana di tutti i tipi (faccia a faccia, telefoniche,

visite a domicilio, video e triage elettronico) rispetto a prima della pandemia. I medici di famiglia hanno spostato le montagne per aiutare i nostri pazienti; trasferiti milioni di consultazioni al giorno nello spazio virtuale; creato spazi «sicuri» per il personale e i pazienti; aderito al programma vaccinale di grande successo" [1]. Analogie con quanto successo e «sperimentato» dai MMG italiani? A parte dati concreti e «certificati» sul superlavoro in più fornito durante questa pandemia che non sono ufficialmente disponibili il resto è drammaticamente simile. In particolare la infondata «narrazione» di molta stampa e televisione, prontamente ripresa dai *social*, con i MMG accusati di essersi «barricati» in ambulatorio ed essersi resi irreperibili durante i mesi più duri della pandemia. A tal proposito, le risultanze di una recente indagine demoscopica (con tutti i limiti di questo tipo di ricerche, ma comunque più «scientifica» rispetto alla aneddotica utilizzata dai media) dimostrano che il 75,1% degli intervistati è soddisfatto di come riesce a contattare il suo medico (oltre la metà afferma di riuscire a raggiungerlo rapidamente e facilmente), il 77,4% si rivolge prioritariamente a lui/lei se ha bisogno di un consulto e otto su dieci intervistati sono soddisfatti della disponibilità del MMG.[2] I MMG italiani non si lamentano del sovraccarico di lavoro dovuto alla pandemia, hanno sempre aderito con senso del dovere alle tante

Bibliografia

- [1] C. Gerada: General practice in crisis: stop skinning the cat. *British Journal of General Practice* 2021; 71 (708): 292-293. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp21X716153>
- [2] Ricerca di Euromedia Research condotta tra il 24 maggio e il 7 giugno 2021 <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5553420.pdf>

richieste delle istituzioni sanitarie sia direttamente legate alla pandemia (test sierologici per categorie a rischio, esecuzione di tamponi rapidi nel culmine della seconda ondata, vaccinazioni anti-Covid in ambulatorio) che indirettamente connesse per «alleggerire» altre attività sovraccariche (presa in carico della ricetta farmaci di pazienti che ritiravano i farmaci nelle farmacie ospedaliere, redazione di piani terapeutici). Ma... «non possiamo continuare a trattare le cure primarie come un inghiottitoio (*sink hole*) che assorbe un lavoro illimitato», scrive il collega britannico, usando una metafora tanto forte quanto pertinente. Il termine utilizzato – *sink hole* – ha infatti più di una traduzione e conseguente significato: alla lettera significa «scarico del lavandino», in taluni contesti scientifici significa inghiottitoio o dolina, nel gergo finanziario un pessimo investimento che fa perdere soldi e risorse, infine, può significare anche «pozzo nero» che raccoglie i liquami e le materie di rifiuto. Qualunque sia il significato attribuibile, l'impressione di una parte di MMG ormai largamente maggioritaria è che il nostro lavoro stia sempre più diventando l'«inghiottitoio» dove far confluire tutto il lavoro che altri non possono più fare perché messi nelle condizioni, anch'essi, di sovraccarico lavorativo. «La situazione non è più tollerabile, è insostenibile, insicura per i medici e i pazienti, genera *burn-out* e depressione e produce scarsa qualità delle cure prestate» [1]



DICE IL VECCHIO ADAGIO (IL TEMPO DEL SILENZIO)

di Luigi Casadei

30

NON ESISTE IL TEMPO cattivo ma soltanto vestiti sbagliati, recita un proverbio scandinavo. Il tempo, nel suo ambiguo significato atmosferico-cronologico, a volte si strappa (o si ricongiunge e si fonde) come nei titoli dei quotidiani di questi giorni: "Corsa contro il Tempo in Germania per salvare mille dispersi". Dopo la recente, disastrosa alluvione, si **corre contro il tempo** - atmosferico o cronologico che sia! Il Tempo marca la nostra vita, detta le sorti delle imprese, segna i momenti della gioia e del lutto, del riposo e del lavoro. Il tempo è la nostra vita stessa, contraddistinta da una quantità limitata di questa preziosa risorsa. Non è più così nella melma e nella ragnatela in cui si è arenato il flusso dell'esistenza di ogni MMG. Finito - forse per sempre - il tempo effimero dell'**andrà tutto bene**, la Pandemia ha portato dissesto, sconquasso ma anche confusione e rimedi sbagliati. Così nell'incertezza ho citato i Proverbi, perché nell'emergenza si può cercare ovunque un senso o una predizione di conforto. Vado in guerra, cosa succederà? La Sibilla dava il suo responso: ibis redibis non morieris... Nell'ambiguità, tutto e

il suo contrario, sono ugualmente consentiti. Ho trovato una frase in italiano che maschera malamente i possibili equivoci: "dice il vecchio adagio"... Ecco il significato mutare secondo l'interpretazione che diamo alle parole *vecchio* e *adagio*... Perciò dobbiamo accordarci: stiamo per ascoltare un anziano signore che parla lentamente o qualcuno ci fornirà a momenti la "saggezza" di una frase proverbiale? Chiosa il saggio cinese: "**se c'è una soluzione, perché ti preoccupi? Se non c'è una soluzione, perché ti preoccupi?**". La dispercezione del nostro tempo di operatori sanitari dura ormai da 18 mesi. Il Medico, spogliato dei suoi giorni, è costretto (non solo dagli eventi ma anche da discutibili decisioni) a diventare il terminale telematico, il *call center*, il tutto

Stiamo per ascoltare un **anziano signore** che parla lentamente o qualcuno ci fornirà a momenti la "saggezza" di una **frase proverbiale?**

fuorché se stesso, un automa che dispensa pratiche e rilascia o riferisce robotici provvedimenti di notifica. Chi è mai oggi questo medico *front office* che con una spugna deve asciugare l'oceano? Quando una giornata è lunga un anno e mezzo e mai si placa l'alluvione continua delle domande, delle richieste, dei nuovi mansionari imposti... sfido chiunque abbia avuto un passato da essere umano, a non sentirsi mutato in somaro legato alla macina, dove le ore non hanno più senso perché non finiscono e non cominciano, e non c'è mezzogiorno né mezzanotte, non esistono più lunedì o sabati, e nemmeno le feste "comandate"! Questa generazione di MMG ha conosciuto la ruota che gira incessante, finché reggono i lombi. Con la benedizione di tutti

è stato consentito passasse la poetica e scellerata favola della totale disponibilità, dell'apologia del sacrificio estremo, mentre invece la qualità residua della vita è una condizione indispensabile per chi voglia esercitare in modo efficiente una professione sempre più indispensabile di questi **Tempi**. Ma quando avviene che un mestiere diventa tormento e una professione tortura? L'urto di questo ritmo insostenibile grida contro il silenzio che nasconde il problema, ma non lo risolve. E, siccome niente avviene per caso, parafrasando il proverbio Cinese, mi dico: Se c'è un preciso disegno è molto preoccupante. Se non c'è un preciso disegno è molto preoccupante. E, forse, più ancora che preoccupante, è semplicemente folle. Ci vuole tanto (**Tempo**) a capirlo?

31





L'INCONTRO CON LA MORTE O CON LA MALATTIA E IL TRAUMA DELLA PERDITA

di Franco Magnoni

32

NEL 1915 L'EUROPA È GIÀ entrata nel tunnel della Prima Guerra Mondiale, dove la morte, asserisce Freud, non è più un fatto raro ma si trasforma in un fenomeno di massa. Freud scrive un suo piccolo articolo dove parte da una definizione molto semplice del lutto: "il lutto sarebbe una reazione affettiva emotiva od una esperienza di perdita". Precisa e si premura di aggiungere che la perdita può non essere solo quella di una persona cara (una madre, un padre, un figlio, una moglie, un amante, un amico); la perdita può riguardare un oggetto particolarmente significativo ma anche un ideale, un'idea, un punto di riferimento che ci permetteva di attribuire coerenza al mondo. La reazione del lutto è la reazione ad una perdita che sconvolge e dissesta il nostro modo di vedere il mondo e non è una perdita qualunque, una perdita che non è una tra le altre. È esperienza dell'assenza di chi amavamo ma siccome chi amavamo dava senso al mondo, la perdita è anche perdita del senso stesso del mondo. Non solo, dunque, la perdita di un oggetto, ma anche il senso che l'esistenza di questo oggetto dava al mondo. Se noi

consideriamo l'accadimento della perdita, la morte è indubbiamente l'evento che più lo rappresenta. Anche la separazione amorosa è un'esperienza di morte: l'amore prima dava senso alla mia vita e al mondo ed ora che non c'è più, porta con sé la morte del mondo. L'incontro con la perdita genera tre risposte diverse, la risposta maniacale, quella melanconica e quella depressiva.

La negazione maniacale della perdita

Questa reazione conduce il soggetto a negare l'incommensurabilità dell'evento, a negare il peso, indigeribile, dell'evento della morte, perché viviamo in un tempo profondamente maniacale. Il nostro è il tempo dell'euforia maniacale, è il tempo che vorrebbe nascondere il fatto che ogni giorno qualcuno muore, che vorrebbe colmare l'esperienza traumatica della perdita. Questo è il tema, ad esempio, della diffusione epidemica dei cosiddetti disturbi alimentari, è il tempo del riempimento obbligatorio del vuoto. La reazione maniacale è la reazione che nega la perdita e porta i soggetti a "sostituire" in tempi sempre più rapidi l'oggetto

perduto con un altro oggetto. Lo si cambia come si cambia il pezzo di un motore. La reazione maniacale è un grande esorcismo nei confronti del dolore. La maniacalità è come una reazione anestetica; facciamo un esempio per intenderci: come la storiografia negazionistica nega l'esistenza dei campi di sterminio nazisti. Il campo di sterminio viene dalla nostra cultura, l'ha prodotto la patria di Kant, di Goethe, di Hegel; l'Olocausto non è avvenuto nell'Africa nera ma nel cuore più progredito dell'Europa! Invece di affrontare lo scandalo di questa verità, si nega – maniacalmente – l'esistenza dell'Olocausto.

L'afflizione melanconica

La reazione malinconica, altrettanto patologica e che apre in noi l'esperienza della perdita potremmo dire che è il rovescio della mania. Tanto la risposta maniacale si basa sulla dimenticanza rapidissima di chi non c'è più, dell'oggetto perduto, quanto il malinconico si trova nell'impossibilità della dimenticanza. Nella melanconia l'oggetto perduto che non c'è più continua ad essere presente: l'assenza è una presenza assordante. Ci svegliamo la mattina e abbiamo nella testa chi non c'è più, la sera ci addormentiamo e abbiamo nella testa chi non c'è più. E' morto, se ne è andato, mi ha abbandonato, è entrato nel regno dei morti, ma non mi posso separare dall'oggetto separato. Nella melanconia l'oggetto assente mangia, divora, mortifica chi è ancora in vita; nella melanconia osserviamo che la depressione è tanto più probabile e forte quanto più chi abbiamo perduto viene ricordato in forme idealizzate e senza imperfezioni. L'altro

aspetto della idealizzazione è l'autorimprovero e i sensi di colpa. "E se mi fossi comportato diversamente?" Reazione maniacale e reazione melanconica sono dunque i due grandi fallimenti dell'esperienza del lutto: viene negato nella reazione maniacale mentre si cronizza nella reazione melanconica.

Insostituibilità dell'oggetto

Esiste un bellissimo libro di Philip Roth, premio Pulitzer per la narrativa, dedicato all'agonia e alla morte del padre. Si tratta di una storia autobiografica della morte del padre per un tumore al cervello. Dopo la perdita tendeva a disfarsi di tutto, a gettare tutti gli oggetti che gli erano appartenuti. Siamo all'opposto della reazione malinconica: non tenere più nulla che evochi il morto oppure trattenerne tutti gli oggetti che definisce fenomenologicamente l'oscillazione maniaco-malinconica. Giorgio Morandi ha fatto un lavoro sublime sulle bottiglie, precisamente sulla memoria degli oggetti, su come custodire il tempo che passa e non ritorna più. Gli oggetti commemorano chi non c'è più, ma non possono essere troppi altrimenti la casa si trasforma in un cimitero e si cade inevitabilmente nel rischio della fissazione melanconica del morto.

33

Giunto in Redazione il 19 maggio 2021 accompagnato dal seguente messaggio: «Avendo esaurito argomenti banali tento adesso con i primi rudimenti della psicanalisi. Un abbraccio. Franco Magnoni»



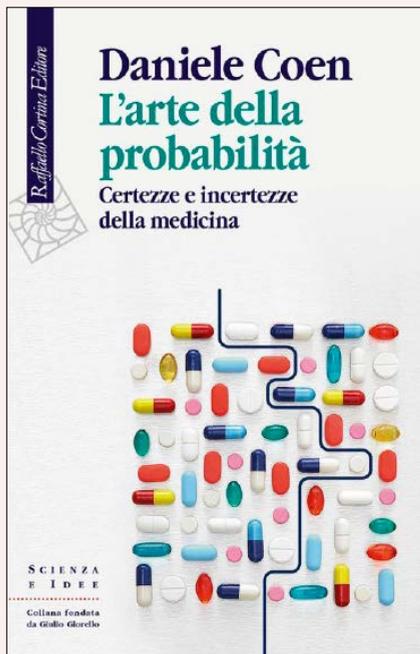
Daniele Coen
L'ARTE DELLA PROBABILITÀ
 CERTEZZE E INCERTEZZE DELLA MEDICINA
 (2021 Raffaello Cortina editore)

di Marco Grassi

34

IN UN DOCUMENTATISSIMO libro pubblicato nel 2015, due medici americani, elencano 146 studi clinici pubblicati tra il 2001 e il 2010 su una prestigiosa rivista, il *New England Journal of Medicine*, che hanno dimostrato l'inefficacia di decine di esami o di trattamenti che fino ad allora erano stati praticati su migliaia, se non su milioni di pazienti. Tutto ciò considerando una sola rivista e

un solo decennio, ma possiamo incontrare molti altri esempi se allarghiamo appena un po' il nostro campo di indagine e spingiamo lo sguardo a comprendere gli ultimi cinquant'anni di storia della medicina. Compresi, naturalmente, anche l'ultimo anno e mezzo in cui alla rapidità con cui sono state proposte strategie diagnostiche, terapie e raccomandazioni riguardanti il Covid-19 ha fatto da contraltare l'altrettanta rapidità, a volte pochi giorni o settimane, con cui sono state contraddette o ribaltate. Dal punto di vista scientifico non c'è nulla di anomalo in ciò che abbiamo visto (e stiamo vedendo pressochè quotidianamente). Le «correzioni in corsa» delle decisioni prese nel particolare contesto di una epidemia velocissima nell'espandersi (ricordiamo il raddoppio di casi ogni 2/3 giorni nella prima e seconda ondata) sono analoghe, sotto il profilo scientifico, a quelle che, per esempio, hanno portato negli anni ad essere più «aggressivi» nel trattamento dell'ipercolesterolemia piuttosto che del diabete o ipertensione. Cambia solo il «fattore» tempo ma per la gente comune questi mutamenti «repentini» di opinione hanno avuto un impatto negativo, creando



sconcerto, frustrazione, paura e dato argomenti ad ogni sorta di complottisti e negazionisti. Lo scopo del saggio di Daniele Coen, "L'arte della probabilità - Certezze e incertezze della medicina" Raffaello Cortina editore - non è allontanarci da diagnosi e terapie. Semmai è mostrarci che la medicina non è la scienza esatta che crediamo, bensì un «artigianato di alto livello» i cui strumenti sono conoscenze scientifiche, calcoli probabilistici e attenzione alla persona. E che per sfruttare al meglio la scienza medica ciascuno di noi, medico o paziente che sia, deve essere consapevole dei limiti e delle potenzialità di ogni cura. È anche per questo che il libro diventa attualissimo oggi, mentre siamo alle prese con la campagna vaccinale più veloce della storia, e le continue notizie sull'efficacia e gli effetti collaterali dell'immunizzazione tengono tanti in bilico tra il panico e la fiducia.

L'autore è un medico di Pronto Soccorso che da anni svolge anche divulgazione scientifica. Infatti il libro è rivolto ad una ampia platea di lettori ed anche i medici, pur conoscendo già nel dettaglio gli argomenti trattati – le incertezze dei risultati degli studi clinici, certezze e incertezze di diagnosi e prognosi, le complessità e le ambiguità insite nell'approccio ad alcuni problemi molto diffusi – possono ritrovare nella lettura un utile «ripasso» di nozioni e concetti magari dimenticate. Gli ultimi due capitoli invitano ad una riflessione su cosa significhi accettare di convivere con l'incertezza per i medici e per i cittadini, ragionando su come una consapevole accettazione dei limiti della medicina possa modificare il rapporto tra i medici e i loro assistiti, rendendolo più trasparente e in definitiva più soddisfacente per entrambe le parti.

35

Laura Spinney
1918. L'INFLUENZA SPAGNOLA
 LA PANDEMIA CHE CAMBIÒ IL MONDO
 (2019 Marsilio editore)

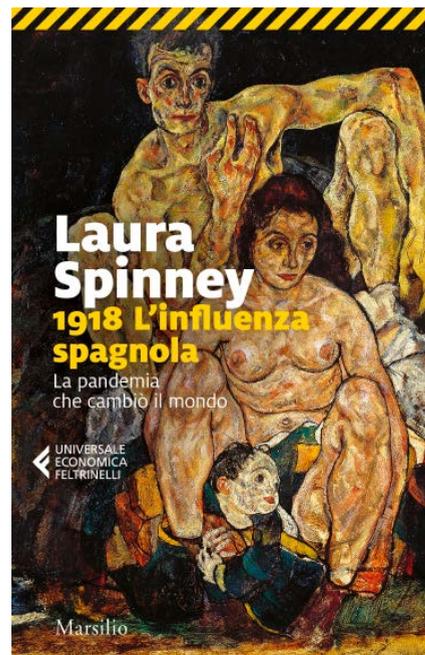
di Giovanni Morolli



QUESTO LIBRO DI LAURA Spinney, giornalista scientifica, pubblicato in inglese nel 2017 e tradotto l'anno successivo per Marsilio editore, racconta l'influenza spagnola, "la madre di tutte le pandemie" del '900, che nel giro di due anni, dal 1919

al 1920, causò oltre cinquanta milioni di morti. Nella lettura il pensiero inevitabilmente va alla pandemia di Covid 19 dei nostri giorni con le stesse dispute sulla origine, la terapia, le misure di sanità pubblica, la confusione dell'informazione, i costi sociali ed economici, i cambiamenti indotti, le conseguenze psicologiche.

Inquadrando il fenomeno dal punto di vista storico, scientifico, culturale si legge il passato cercando di immaginare il futuro è le inesorabili prossime pandemie che colpiranno l'umanità. Una passeggiata tra i grandi nomi della virologia, tra gli istituti di ricerca più prestigiosi, tra medicina tradizionale e alternativa, tra certezza e superstizione, tra fallimenti di sanità e avvento dei primi servizi sanitari nazionali. Per un medico, una lettura di grande fascino che lascia un profondo messaggio che suggerisce che non ci può essere conoscenza senza incertezza e che la buona scienza richiede apertura mentale, rigore sperimentale e una salutare dose di umiltà.



semiseria... mente



di Saverino La Placa

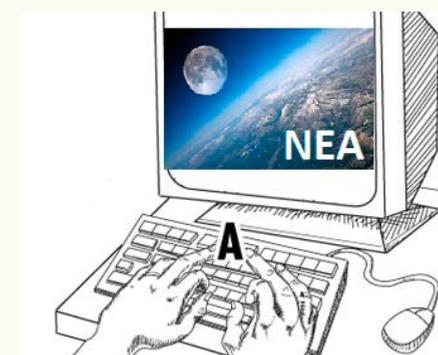
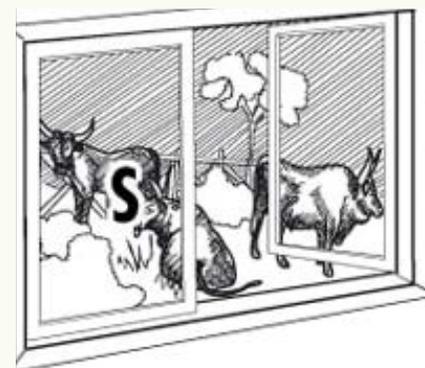
INDOVINELLO

UN CAPPOTTO ELEGANTE HA LA tasca nella parte esterna a sinistra. Se lo infilo a rovescio, col braccio destro nella manica sinistra e il braccio sinistro nella manica destra, dove rimarrà la tasca?

GIOCO CON NUMERI

UN GRANDE ILLUSIONISTA-mentalista ha previsto che sarebbe morto nel 2021, dopo aver vissuto un numero di anni uguale alla somma delle cifre del suo anno di nascita. A che età è morto?

REBUS (6, 12)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: **Passato, futuro e presente.**

Spiegazione del rebus: "VEC" "CHIAVE" "ST" "AGLI" "A" "ROSA" (**Vecchia vestaglia rosa**).

Spiegazione del gioco con numeri: **Giuseppe ha 84 anni.**

corsi, convegni e attività culturali

SARS-COV-2 E GENERE

25 settembre 2021 - Sala Energia, Centro Congressi SGR di Rimini
Informazioni e iscrizioni presso le Segreterie degli OMCEO di Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini

IX CORSO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DI ETICA MEDICA

8, 10, 22, 23 ottobre e 12 e 13 novembre 2021 - Sala Acqua, Centro Congressi SGR di Rimini
Segreteria organizzativa: OMCEO di Rimini
Tel. 0541.382144 - Fax 0541.382202 - info@omceo.it

DODICESIMA GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRIA

10 ottobre 2021 - Palacongressi di Rimini
www.omceo.rn.it



RIPARTIRE DALL'ARTE

di Marina Romagnoli Meco
e Lorenza Bonifazi Marsciani

38

LA SEZIONE AMMI DI RIMINI riparte dall'arte, umana necessità di creare e ricreare. Dopo il tempo del *lockdown* con i suoi veti e restrizioni, abbiamo voluto uscire a "riveder le stelle" affidando la nostra sete di vita e di normalità al linguaggio senza parole dell'arte: di parole ne sono state dette tante, le nostre comunicazioni sono avvenute su piattaforme, attraverso *mail* o *whatsapp* spesso incollate alla televisione che ripeteva sempre le stesse cose e abbiamo avvertito la necessità di aprire gli occhi su nuovi orizzonti e nuove immagini. E' così che il 10 giugno siamo ripartite dalla nostra città con una visita al nuovo padiglione di arte contemporanea (PART) che, conservando le collezioni della Comunità di San Patrignano, offre al visitatore lo sguardo di pietà e speranza che sull'umanità dolente hanno gli artisti. E' stato bello ritrovarsi insieme, rivedersi dopo tanto tempo e riassaporare il piacere di condividere qualche ora di un pomeriggio in compagnia, condividendo anche il desiderio di conoscere il nuovo e l'insolito, quella cosiddetta **arte contemporanea** che può creare diffidenza e che invece, assetati come siamo di bellezza, ci fa

varcare anche le soglie del nostro «già saputo», trovando consonanze inaspettate. Rese più audaci dal successo del nostro primo rivedersi, il 1° di luglio un gruppo di sedici tra ammine, consorti e amiche ha raggiunto Forlì, per visitare la mostra **Dante La visione dell'arte**, allestita presso i Musei San Domenico (30 aprile-11 luglio). L'esposizione, inserita nelle celebrazioni promosse dal Ministero della Cultura per i 700 anni dalla morte del padre della lingua e della letteratura, è stata organizzata dalla Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì e dalle Gallerie degli Uffizi.



Non abbiamo voluto esimerci, nel nostro piccolo, dal celebrare Dante Alighieri: maestro del plurilinguismo e del pluristilismo, genio che sperimenta, così lontano nel tempo eppure così vicino a noi nel desiderio di giungere ai confini della conoscenza e dell'indicibile. La rituale foto di gruppo la scattiamo sotto la riproduzione de "Il saluto di Beatrice", del preraffaellita D.G. Rossetti. Il suo benvenuto ci attrae subito nel mondo dantesco, patrimonio genetico universale. Il percorso espositivo è veramente ricchissimo: le 300 le opere in mostra, articolate in 18 sezioni, propongono capolavori provenienti dai più grandi musei del mondo. Durante la nostra visita incontriamo grandi pittori d'ogni epoca suggestionati dalla **Commedia** e dalla visione del mondo che Dante, politico, intellettuale e poeta suggerisce a ciascuno. Nel percorso si svelano i capolavori di Cimabue, Giotto, Lorenzetti, Michelangelo; emozionano i preziosi manoscritti che contengono le fonti che hanno ispirato il sommo poeta e le prime edizioni a stampa; si attraversa il limbo incontrando nei busti in marmo i volti dei grandi poeti e filosofi che lo ispirarono: Omero, Virgilio, Aristotele e Platone; l'esilio e le vicende politiche riemergono dal pallio di Papa Bonifacio VIII, l'acerrimo nemico, in cui culmina il conflitto fra i poteri; attraggono i suoi grandi ritratti, tanto che sembra di sprofondare di nuovo nel primo volume della letteratura italiana; e ancora il confronto con i Nazareni, la trasformazione in un vero e proprio mito civile nell'Ottocento romantico; uno sguardo veloce è dedicato alle riproduzioni grafiche che hanno



reso Dante universale. Ma sono le sale in cui i maestri dell'arte rielaborano i grandi personaggi delle vicende dantesche che più coinvolgono: Farinata degli Uberti, il conte Ugolino, la passione e il dramma di Francesca da Rimini e Paolo, amanti per sempre negli splendidi dipinti di Previati e J.J.A. Lecomte du Nouÿ. Ognuno di noi ha iscritti nella propria memoria e nel proprio DNA i versi che dalle pareti sottolineano gli eventi cui Dante ha dato voce e apprezziamo con nuova sensibilità quanto appreso a scuola anni fa. Un'ora e trenta dura la visita, e per le disposizioni anti-covid non possiamo sostare di più, così il nostro viaggio termina lì dove termina quello dell'uomo e del poeta: di fronte alla visione del "Paradiso" di Tintoretto che ci interroga ancora, al tripudio di colori della "Trinità" di Lorenzo Lotto, alla "Vergine consolatrice" di W.A. Bouguereau.

39



FRANCO MAGNONI

(05 febbraio 1933 – 24 maggio 2021)

40

IL DOTT. FRANCO MAGNONI È venuto a mancare all'affetto dei suoi cari. Nella sua vita per quanto lunga si possa considerare (ma mai una vita è lunga a sufficienza) ha sempre praticato con serietà, professionalità e grande etica professionale quella che non è professione ma arte. Essere medico significa molto più che mettere in atto una pratica professionale, significa essere vicini alle persone, a chi soffre, senza farsi opprimere dal dolore e dalla sofferenza del paziente, significa prendersi cura non di una malattia ma di una persona, essere presente senza essere opprimente, guidare il paziente nella malattia lungo il difficile percorso della guarigione. Franco era così, un uomo aperto, oggi si direbbe inclusivo, pronto a prendersi cura e ad aiutare gli altri: e

Caro Marco, ti ringrazio di cuore per aver sempre benevolmente accolto le mie **elucubrazioni notturne**. Scrivo infatti e dipingo di notte forse perché **amo il silenzio**, e Dio sa quanto ce ne sia nella Città in questi ultimi tempi, o forse solo perché **non perdo tempo per pensare** ai disastri di questo mondo. Ancora un sincero grazie.

lui è stato sempre così disponibile e paziente. Lo era sul lavoro ed anche a casa con Grazia, la moglie, con Francesca e Filippo, i figli, che tanto ha amato negli anni con Claudia e Fabio, i generi che considerava figli e con Stefania e Massimo, i nipoti di cui era orgoglioso del loro percorso di crescita e per cui aveva sempre una parola affettuosa. Ha affrontato la vita e le sue tante traversie col suo modo scherzoso, ironico e a volte dissacrante; era capace di donare un sorriso a tutti.

Francesca e Filippo Magnoni

Il dr. Franco Magnoni, pur non facendo parte formalmente della Redazione di questo Notiziario, è come se lo fosse stato: per la sua assidua collaborazione con articoli mai banali, diligente nel rispetto dei tempi di consegna degli articoli, attento alla scrittura «formale» per non sovraccaricare di lavoro i correttori di bozze, sempre corretto nei rapporti con il Direttore, la Redazione, la segretaria di Redazione. L'ultimo suo messaggio ricevuto è di ringraziamento per l'ultimo articolo accettato, a testimonianza della sensibilità e signorilità che lo ha contraddistinto come collaboratore di questo Notiziario.

La Redazione del Notiziario si unisce al dolore della famiglia



IRENEO MONTEVECCHI

(30 settembre 1948-30 maggio 2021)

41

CONCLUSO IL PERCORSO liceale con la maturità a Rimini presso il Liceo Scientifico Serpieri, laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna, ha poi conseguito la Specializzazione in Malattie Dermatologiche e Venereologia a Ferrara. Medico di Medicina Generale per circa 40 anni, con ambulatorio a S. Vito di Rimini (dove è nato, cresciuto, ha abitato e dove ha sempre esercitato la professione), ha saputo farsi apprezzare dai pazienti che gli si rivolgevano con fiducia per la sua competenza, disponibilità ed umanità. La sua precisa ed esperta capacità diagnostica e di cura è sempre stata rivolta a rassicurare chi si affidava a lui. Ha esercitato la sua professione con scrupoloso senso del dovere e rigorosa attenzione nel rapporto medico-paziente. Seguiva i suoi assistiti in maniera assidua, scrupolosa, attento ai loro bisogni non solo medici. Si interessava, oltre che della loro salute, anche dei loro problemi familiari e, se era in grado di aiutarli, li aiutava. Amava approfondire le sue diagnosi confrontandosi con colleghi specialisti dei vari campi della medicina. Oltre che

medico di famiglia, ha lavorato contemporaneamente anche nella Pediatria di Comunità dell'ASL di Rimini, distinguendosi per la sua disponibilità e professionalità. Ha lavorato fino all'età di 70 anni, poi ha dovuto lasciare la medicina generale e i suoi assistiti per limiti di età. Sposato con Piera, ha avuto due figli: Tancredi e Semiramide, che ha accompagnato con amorevolezza e guida sapiente nel loro percorso di crescita e di formazione. Posato e riflessivo, amava distendersi nella lettura, specie in quella di genere storico, divulgativo e medico-scientifico. Ha dedicato la sua vita alla medicina ed ai valori etici e religiosi nei quali credeva profondamente. La sua morte improvvisa ed inattesa ha lasciato un grande vuoto in tutti coloro che l'hanno conosciuto e lo hanno stimato per la sua competente e discreta sensibilità professionale.

Tancredi e Semiramide Montevecchi
Giorgio Ioli

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 26 MAGGIO 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BRACHI Sara per trasferimento da Ferrara
 dott.ssa CICCETTI Cristina per trasferimento da Venezia
 dott. FORMAGGIO Fabio di Riccione (RN)
 dott. PRUSCINO Gianmarco di San Leo (RN)
 dott. PULAZZA Michael di Serravalle (RSM)
 dott. ROVERSI Rigoantonio per trasferimento da Bologna
 dott. ROZHKO Yuriy di Rimini
 dott. URBINATI Giacomo di Coriano

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CONTI Carlo per cessata attività
 dott. MONTEVECCHI Ireneo per decesso (30.05.2021)

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. PAGNONI Andrea per trasferimento da Bologna

Diniago nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa CURINA Teresa per trasferimento da Pesaro-Urbino

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 7 LUGLIO 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ARGENTIERI Cosimo per trasferimento da Ravenna
 dott. BETTI Matteo di Rimini
 dott. BRASCHI Gianluca di Rimini
 dott. CASALI Silvia di Bellaria - Igea Marina (RN)
 dott.ssa CECCARELLI Laura di Montescudo-Montecolombo (RN)
 dott. CORNELINI Alessandro Patrizio di Rimini
 dott.ssa MADEO Graziella per trasferimento da Cosenza
 dott. MOHAMED Abdullahi Kahie per trasferimento da Firenze
 dott.ssa NAVACCHI Rebecca di Rimini
 dott. NICOLINI Stefano di Villa Verucchio (RN)
 dott. PALAIA Vincenzo per trasferimento da Bologna
 dott.ssa PIRONI Chiara di Rimini
 dott.ssa POGGI Emma di Rimini
 dott.ssa PRATELLI Agnese di Riccione (RN)
 dott. SARTI Alberto di Rimini
 dott. SARTI Daniele per trasferimento da Bologna
 dott.ssa SEMPRINI Giulia di Rimini
 dott.ssa TONNI Elena di Rimini
 dott. ZANGOLI Eugenio di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BIGAZZI Pier Fedele per morosità
 dott. BORGHESI Marco per trasferimento a Genova
 dott. COZZOLINO Roberto per trasferimento a Salerno

dott. MARRA Jean per morosità
 dott. SILANI Paolo per morosità

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BIGAZZI Pier Fedele per morosità

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 28 LUGLIO 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa AMANTINI Giorgia di Rimini
 dott.ssa BARBIANI Sofia di Rimini
 dott.ssa BUCCHI Chiara di Cattolica
 dott. CORTELLINI Giulio di Rimini
 dott.ssa GESSAROLI Elisa di Rimini
 dott.ssa PROTTI Veronica di Rimini
 dott.ssa QUERCIOLO Giulia di Rimini
 dott. MAGAGNI Gian Andrea di Rimini per trasferimento da Trento

Diniago nulla osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BELLETTI Gianluca per trasferimento a Ferrara

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 18 AGOSTO 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

BONGIOVANNI Alberto di Rimini
 FRATTI Rachele di Santarcangelo di Romagna
 dott. BARTOLI Davide per trasferimento da Pesaro Urbino

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2.190 – Albo Odontoiatri nr. 396 – Elenco Speciale STP nr. 03



TGVIRUS 30.04.2030. Direttore LUIGI Casadei (Doc) Computer Grafica ROCCO Casadei. News



Più il tempo passa, più tendo a condividere le mie incertezze con i pazienti. Contrariamente all'atteso, questo aumenta il loro rispetto e la loro fiducia in me.

Bernard Lown