

il Notiziario

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



anno XXIV numero 1
gennaio-giugno 2021

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale 70% - CN/RN - Aut. Tribunale Rimini n. 4/98 del 31/05/1998



Rosalind Franklin
(Wikipedia)



il Notiziario

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

anno XXIV numero 1
gennaio–giugno 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. Angelo Battistini – psichiatra libero professionista
dott. Pier Luigi Guareschi – medico chirurgo
dott. Franco Magnoni – cardiologo libero professionista
dott. Giovanni Morolli – medico di medicina generale
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini

Referenze iconografiche:

Archivio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini (p. 37 e 42); A.M.M.I. (p. 44); Marco Grassi (p. 37 e 42).

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

Editoriale

4 **È POSSIBILE CAMBIARE**
di Maurizio Grossi

6 **Il punto redazionale**
di Marco Grassi

8 **Medicina Generale**
MEDICI ALLO SPECCHIO
(fenomenologia di uno strumento che riflette)
di Luigi Casadei

11 **Focus sulla Professione**
IL «COVID» UN ANNO DOPO
di Marco Grassi

21 **CONTRO LA DIAGNOSI**
di Gianni Morolli

22 **Medicina di Genere**
MEDICINA DI GENERE E...
di Loreley Bianconi

25 **FOCUS ON**
di Laura Baffoni

30 **Medici ma non solo**
VINO BARBARICO
di Franco Magnoni

32 **Tribuna**
“TNÌ BÒTA”
di Gianni Morolli
UN DOVEROSO OMAGGIO
POSTUMO A ROSALIND FRANKLIN
(1920-1958). **STORIA DI UN**
PREMIO NOBEL MANCATO
di Pier Luigi Guareschi

33 **A PROPOSITO DI PSICHE E**
SOMA
di Angelo Battistini

35

1/2021
sommario

Recensioni

38 **M.T. GIAVERI, “LADY MONTAGU**
E IL DRAGOMANNO”
di Mauro Giovanardi

40 **Semiseria...mente**
INDOVINELLO
REBUS
GIOCO CON NUMERI
di Saverino La Placa

41 **Pillole e cavilli**
LA NECESSITÀ DI MUTARE:
DALLE VARIANTI VIRALI ALLA
DISCIPLINA DELLA PROPRIETÀ
INTELLETTUALE
di Mario Bartolomei

43 **Corsi, convegni, congressi**
e attività culturali
X EDIZIONE DEL CONGRESSO:
STRATEGIE INTERVENTISTICHE
NELLE SINDROMI CORONARICHE
ACUTE E ALTRE
PROGETTO ECM NEW CHALLENGES
TO FIX DIABETES
ANNUNCIO

44 **Spazio Ammi**
IL VIRUS CHE STA CAMBIANDO
LE NOSTRE VITE
di Giovanna Tommasini Grossi

46 **Ricordando i colleghi**
RINALDO RIPA
di Sara Ripa

48 **Variazioni agli albi**



È POSSIBILE CAMBIARE

di Maurizio Grossi

4

È PASSATO OLTRE UN ANNO dall'inizio della pandemia da Covid 19. Nonostante l'esperienza che abbiamo maturato, ancora troppe sono le falle del sistema di cure. Troppi i ritardi, le improvvisazioni, le negligenze. Troppa la disparità tra le varie Regioni nell'accesso alla campagna vaccinale. Troppi i morti tra la popolazione e tra il personale sanitario. È sotto gli occhi di tutti coloro che "vogliono vedere", che la più grande "falla" evidenziata dalla pandemia è la fragilità e lo scarso coinvolgimento della sanità del territorio. È giunto il momento per ripensare al modello organizzativo della cura e della presa in carico, dentro ad un nuovo sistema di medicina di comunità, con nuove sinergie tra medici del territorio e medici ospedalieri. Recentemente il nostro Presidente nazionale, dottor Filippo Anelli ha chiesto (ai politici e non solo): Perché non affidare ai professionisti la governance delle strutture sanitarie attraverso la definizione degli obiettivi di salute? È tempo di superare un modello che ancora oggi vede prevalere gli obiettivi di bilancio su quelli della salute, rivalutando una appropriatezza che

sia finalmente assistenziale e non meramente economica". Una domanda provocatoria che prevede un cambio di paradigma; non più come unico riferimento la economicità del sistema sanitario ma anche la appropriatezza assistenziale del sistema stesso. Siamo arrivati alla pandemia con un SSN depauperato di risorse economiche ed umane. Tagli lineari al finanziamento sanitario, carenza cronica del personale con progressivo invecchiamento dei professionisti, sempre più stanchi e demotivati, strutture ospedaliere e territoriali carenti ed obsolete. Tutto questo ha contribuito alla difficile gestione della emergenza. Ripensare il modello delle cure primarie e della figura del medico di medicina generale non vuol dire però ripensare alla natura giuridica di questo professionista. Banalmente alcuni sostengono che la fragilità della sanità del territorio è dovuta alla natura convenzionale del rapporto di lavoro di questo professionista con il Sistema Sanitario. Anche qui riporto le parole del nostro Presidente nazionale: "La discussione non può partire dal rapporto di dipendenza o meno dei MMG, ma dalle modalità di governance della sanità e quindi

dalla valorizzazione delle professioni sanitarie".

I medici di medicina generale non possono essere lasciati soli, senza indicazioni precise, senza strumentazione adeguata, armati solo del senso di responsabilità. Nella prima e seconda ondata, troppi i contagiati che hanno pagato con la vita la loro dedizione al lavoro. Se si vuole rendere forti i medici di medicina generale occorre sostenere le capacità cliniche e diagnostiche di questi professionisti, promuovendo la specificità (specializzazione) di un lavoro che unisce accessibilità e continuità, integrandoli in un sistema funzionale di cura con i medici ospedalieri e le altre professioni sanitarie, ovvero con tutti coloro che con competenze e modalità diverse, lavorano per prendersi cura della persona, unico obiettivo di qualsiasi sistema sanitario.

Il Primo Ministro Draghi nel descrivere le linee programmatiche del Governo, per la sanità ha parlato di "casa come principale luogo di cura", rafforzando "l'assistenza domiciliare integrata". Se questo è quello che si vuol fare, allora il MMG deve essere obiettivamente messo in grado di poter fare diagnosi, terapia, cura, assistenza e follow up. In questo senso allora si dovranno chiedere

È tempo di superare un modello che ancora oggi vede prevalere gli obiettivi di bilancio su quelli della salute.

(e avere) più strumenti in termini di formazione continua, risorse umane professionali, assistenziali e amministrative.

Poi il Covid ha reso evidente l'imprescindibile utilità degli strumenti digitali. È grazie alla medicina digitale e alla telemedicina che nel pieno della emergenza è stato possibile seguire pazienti remoti colpiti dal Covid 19. Con la telemedicina è possibile seguire i pazienti cronici, valutarli, adeguare le terapie, senza farli spostare da casa. Nel piano nazionale italiano per l'uso del Recovery Fund per accedere al Next Generation UE è previsto uno stanziamento per la sanità dedicato in parte alla assistenza di prossimità, telemedicina e digitalizzazione dei servizi, tre pilastri per un rafforzamento della medicina di famiglia. In un recente rapporto l'Istituto Superiore di Sanità attribuisce al medico di medicina generale un ruolo di equilibratore del SSN, riconoscendogli centralità nella sorveglianza sanitaria, nella prevenzione e nella cura. È quindi giunto il momento di ripensare e rafforzare la figura del medico di medicina generale, quale attore principale della salute, presidio sul territorio perché la "casa sia il principale luogo di cura". Allora manteniamo alta l'attenzione su come investire correttamente le ingenti risorse che il Recovery Fund prevede per la Sanità, senza distrarci in sterili diatribe sulla natura giuridica del MMG. Ripeto le parole del nostro Presidente nazionale: "Non è lo strumento contrattuale che garantisce l'efficienza, ma le risorse e gli strumenti messi a disposizione di chi segue i malati".

5



di Marco Grassi

6

CARE COLLEGHE, CARI COLLEGHI

Questo numero del Notiziario, per esigenze varie, salta l'abituale programmazione di uscita. Vi giunge così ad inizio estate il primo numero di questo nuovo anno (e nuova consiliatura) con una rinnovata veste grafica che spero sia di vostro gradimento. Non cambia la struttura delle rubriche così come l'intento mio e di tutta la Redazione della massima apertura alla collaborazione degli iscritti, per rendere questo Notiziario sempre più interessante e «portavoce» dei medici riminesi.

Questo numero, raccogliendo i numerosi articoli che sono giunti nel frattempo in Redazione, è molto corposo. Troppo lunga sarebbe l'abituale presentazione di ogni rubrica pertanto mi limito ad una panoramica generale lasciando ai lettori la «curiosità» di scoprirne il contenuto.

Inevitabilmente, il filo conduttore di questo numero è ancora la pandemia da SARS-CoV-2. Numerosi articoli ne trattano, a partire dall'**Editoriale** di Maurizio Grossi. «È sotto gli occhi di tutti coloro che «vogliono vedere», che

la più grande «falla» evidenziata dalla pandemia è la fragilità e lo scarso coinvolgimento della sanità del territorio». Il «territorio» non sono solo le decine di migliaia di ambulatori dei MMG (Medici di Medicina Generale) ma anche, e soprattutto, tante altre attività sia strutturate (continuità assistenziale - ex guardia medica - ambulatori specialistici, igiene pubblica, servizi domiciliari, etc.) che «funzionali» (programmazione e coordinamento di tutte le attività territoriali di prevenzione, diagnosi e cura). La fragilità che il «territorio» ha mostrato di fronte alla furia della pandemia ha tuttavia cause già ben note e trattate più volte anche su questo Notiziario. Non è un caso che fin dalla nascita del Sistema Sanitario Nazionale il nostro Paese non abbia, non è previsto che abbia, un finanziamento *ad hoc* per le Cure Primarie in Legge di Bilancio che è lo strumento principale di programmazione sanitaria e questa situazione si ripete uguale in sede periferica, dalle Regioni alle ASL. Tutto questo perché la Medicina Generale e più estensivamente, oltre che più correttamente, le Cure Primarie (MMG, Medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Libera

Non è un caso che fin dalla nascita del **Sistema Sanitario Nazionale** il nostro Paese non abbia, non è previsto che abbia, un finanziamento *ad hoc* per le **Cure Primarie** in Legge di Bilancio

Scelta, Operatori Sanitari del Territorio) non sono un Comparto della Sanità Pubblica ma piuttosto un'appendice, a volte vissuta come risorsa altre volte come zavorra, dal Sistema. Non è quindi modificando semplicemente il contratto di lavoro (passaggio alla dipendenza del MMG) che si può pensare di risolvere una problematica che ha invece radici «strutturali» che necessitano di un vasto programma di riforma. Altri spunti interessanti sull'ampio tema «pandemia», con relativi risvolti e ricadute sulla pratica professionale, vengono svolti in diverse rubriche. **Focus sulla professione** analizza il problema della protezione degli operatori sanitari, che non è solo di tipo prettamente «tecnico», ma più in generale di difesa e valorizzazione del «capitale umano» che opera nei vari assetti del SSN. Tema questo, ripreso anche da Luigi Casadei in **Medicina Generale** e Gianni Morolli nella rubrica **Tribuna**. Quest'ultima rubrica di recente introduzione sul Notiziario, lasciando spazio a contributi meno legati a «obblighi» di contenuto, si presta

bene a ospitare collaborazioni «estemporanee» come documenta questo numero con gli interessanti articoli di Pierluigi Guareschi e Angelo Battistini. Sempre sull'argomento «pandemia» lo **spazio AMMI** esemplifica, ahimè, come anche benemerite attività associative siano state colpite mentre Mario Bartolomei in **Pillole e cavilli** accosta al dirimpiente fenomeno biologico della emergenza di varianti virali il «timido spunto evolutivo verso rinnovati paradigmi globali, sociali e giuridici».

Una breve carrellata per le classiche Rubriche: **Medicina di Genere** propone un *focus* di Laura Baffoni sulle differenze di genere nella regolazione metabolica e suscettibilità al diabete mentre Loreley Bianconi presenta un breve sunto delle relazioni tenute al secondo Convegno 2020 di Medicina di Genere promosso dal Centro Formazione del nostro Ordine: l'ultimo convegno tenuto «in presenza» a livello nazionale! Da non tralasciare poi le rubriche tradizionali di «alleggerimento» **Medici ma non solo** con *excursus* storico sulla diffusione della vite e del vino in epoca medioevale di Franco Magnoni, **Semi...seriamente** di Saverino La Placa e la **Recensione** di Mauro Giovanardi del libro "Lady Montagu e il dragomanno" quanto mai attuale in questi mesi di pandemia.

Infine, **Ricordando i colleghi** offre lo spazio per condividere con la figlia e collega Sara Ripa il ricordo professionale e umano di Rinaldo Ripa, figura di spicco della sanità riminese del recente passato.

7



MEDICI ALLO SPECCHIO (fenomenologia di uno strumento che riflette) di Luigi Casadei

8

QUALCHE ANNO FA UN vecchietto mi saluta con ampi cenni per strada. Rispondo con un gesto perplessso, senza riconoscerlo. Scavo nella memoria e, dopo qualche minuto, giunge l'illuminazione: il vecchietto era un mio compagno delle elementari, cioè in sostanza ero io. Il medico che è dentro di me, spacca macigni, spiana montagne, prosciuga fiumi e ferma con le mani il mare in tempesta. Quando il medico-me stesso si guarda allo specchio, vede un uomo anziano, piuttosto provato. Almeno lo specchio ha il privilegio di riflettere e, dopo un po', dice la verità. Ma come, non eravamo Eroi, Angeli, Entità soprannaturali dai fulgidi superpoteri? Qualcuno ha trovato vantaggioso magnificare la leggenda dei medici eroi: conviene a tutti un super amico, un consulente informato, un semidio disponibile h24, 7 su sette, 365 giorni l'anno... Fa bene ai pazienti che possono chiedere qualsiasi cosa a qualsiasi ora, fa bene all'Ausl che ha sotto contratto un manipolo di Paladini a tempo pieno, pronti in pochi minuti a partire per le missioni più impossibili (come attivare e utilizzare ogni nuova, pedante, inutile ma ostica

e astrusa modulistica venga in mente a chicchessia di metterci di traverso sul cammino). Studiando nuovi moduli mi sono imbattuto in una lettera che non so quanti abbiano letto e meditato. Tratta del Servizio di Colloquio Psicologico Clinico in Consultorio. Il Collega estensore, cui assicuro fin d'ora la mia più leale collaborazione, illustra i punti nodali e critici del Servizio stesso, affermando che almeno il 50% delle nostre richieste risulta incongruo rispetto alle effettive aree di competenza dello Psicologo Ausl. Il tono è garbato e discreto: io rileggo. Si dice che la presa in carico del paziente avviene dopo un colloquio telefonico che si svolge tutti i mercoledì dalle dodici alle quindici. Le aree di competenza comprendono, tra le altre categorie, "Problemi psico-relazionali" in vari ambiti, per esempio Separazioni/divorzi. Mi soffermo su questi due punti e, con altrettanto garbo e fermezza, commento. Intanto grazie al Servizio di esserci! Sulle tre ore settimanali in cui, attraverso un colloquio telefonico si scelgono i casi da affrontare, a me sembra vi sia una evidente sottostima delle attuali necessità. Tutti abbiamo constatato come le chiusure e la Pandemia abbiano gravemente segnato la nostra popolazione.

Ma come, non eravamo Eroi, Angeli, Entità soprannaturali dai fulgidi superpoteri?

Si tratta di un disagio diffuso, un malessere noto e ampiamente atteso da tutti gli osservatori. Spetta all'Ausl disporre un reale potenziamento di punti di ascolto e primo orientamento, nonché di eventuale presa in carico. Mi si perdoni l'uso di termini troppo tecnici...ma molta gente è sbroccata e non batte pari! In quanto poi a separazioni/divorzi... non intendo giocare troppo con le parole, ma usarle: qui stiamo tutti separandoci - o, forse, definitivamente divorziando - dalla nostra vita precedente, dalle nostre sicurezze e dai punti di riferimento stabilizzati negli anni... Molti sono stati costretti a dividersi per sempre dal proprio lavoro, dal sostentamento economico e dalla dignità derivanti dalla professione e, perdinci, faticano a elaborare questa perdita. Che in sostanza è la perdita di una persona cara, cioè se stessi! Insomma leggere queste righe molto ben redatte procura però anche a me un disagio "riflesso": capisco chi non ritiene di sua competenza aderire a tutte le richieste di aiuto di ogni genere. Perciò? La gente dovrebbe smettere di stare male? No certamente: deve invece essere indirizzata ad altri Servizi. E dove sono questi Servizi? Quante persone ci lavorano? C'è effettiva proporzione con le necessità attuali? Torniamo adesso allo specchio. Cosa vede l'AUSL

se si guarda attraverso questa superficie riflettente e riflessiva? Se lo specchio fosse pure sonoro, si potrebbe udire l'eco di un assordante silenzio che grava, per esempio, intorno agli operatori sanitari. Ci viene richiesta una mole di lavoro sovrastante, ma nessuno ci chiede invece come stiamo, se ce la facciamo, se siamo in grado di tenere il passo, a che punto è la nostra salute, la nostra capacità di reazione. Sembra paradossale per un'Azienda (che ha la missione di occuparsi della salute dei Cittadini, per tramite di professionisti della salute) non comprendere appieno e non essere in grado di testare la salute dei suoi operatori. Il disagio che dilaga, il consumo del capitale umano, dato comunque per disponibile a qualsiasi impresa degna di epica narrazione eroica e mitologica. E da ultimo manca, nello scritto da cui ho preso spunto, una fase propositiva. Bisogna partire da una presa d'atto e dunque agire in favore dei non morti da Covid, e di tutte le rane bollite e di tutti i *burnout*, per tutti i pazienti e per i medici più malati di loro. Perché, infine, occorre mettersi d'accordo: un aumento del disagio psico-relazionale, data la pervicace persistenza delle misure anti relazionali necessarie e obbligate a combattere il dilagare del Covid, è patologicamente naturale. E non credo siamo noi a richiedere prestazioni irricevibili... sono le necessità essenziali, connaturate al periodo che disgraziatamente stiamo vivendo, a richiedere un maggiore impegno di ascolto e nuove opportunità di accoglienza di questi cittadini (e operatori Sanitari!) altrimenti lasciati soli a guardarsi in uno specchio impietoso.

9



Per modo di dire

Vorrei, perché non voglio,
potrei, perché non posso:
il loglio
distinguere dal grano
placare il mare grosso
tenere in mano un gas
per quanto inerte
aprire porte aperte
chiudere le serrande
già serrate,
comprare terre arate
pagandole in contanti
avere tanti guanti
da non sapere quanti,
dormire come un sasso
fare a gara col ghio
andare a farsi un giro
in linea retta,
e, passo dopo passo,
correre senza fretta,
lasciare che la lingua
batta un po' dove vuole
anche se duole il dente...
E ci sarà un presidio
per ogni presidente
ma molti incontinenti
in ogni continente:
tutta gente a cui davo la mano
che poi mi ha preso un braccio
perché sto zitto e buono...
Farei, perché non faccio
sarei, perché non sono.

Luigi Casadei



IL «COVID» UN ANNO DOPO

di Marco Grassi

DI FRONTE A MOLTISSIMI operatori sanitari infettati in Italia (ed alcuni morti), si impone una riflessione sul problema della protezione del personale. Il 21 febbraio 2020 veniva segnalato a Codogno il primo focolaio di infezione da Sars-Cov2, venti giorni dopo si aveva il primo decesso di un medico causa COVID-19 (il dr. Roberto Stella, MMG a Varese e Presidente dell'OMCeO di Varese). Ad un mese dall'«esordio» della pandemia sul territorio italiano si contavano già oltre venti decessi fra i medici impegnati nella lotta contro l'insidiosa infezione virale. [1] Già il 13 febbraio 2020 una lettera pubblicata su Lancet [2] dal significativo titolo "Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection" metteva in guardia dai rischi che poteva correre il personale sanitario a contatto con soggetti non solo sintomatici ma anche asintomatici: «Recent evidence suggests that even someone who is non-symptomatic can spread COVID-19 with high efficiency, and conventional measures of protection, such as face masks, provide insufficient protection» [Dati recenti suggeriscono che anche soggetti asintomatici possono diffondere COVID-19 con alta

efficienza e le misure di protezione convenzionali, come le maschere facciali, forniscono una protezione insufficiente]. Com'è andata a finire quella che viene definita «prima ondata» dell'epidemia, ormai lo sappiamo. Il motivo di quella drammatica evoluzione è da attribuire a due grandi problemi: Il primo legato alla totale mancanza di alcuna seria preparazione per l'eventuale arrivo dell'epidemia da COVID-19 in Italia. Per qualche ragione, (non si può escludere anche l'inconscio desiderio di poter ricorrere ancora una volta al tradizionale «stellone» italiano), si riteneva che da noi non si sarebbe mai diffuso con l'estensione e gravità avvenuto in Cina. Dunque, nessuna simulazione sugli scenari possibili e quindi niente protocolli di azione già stesi, assenza di catene di comando predefinite e modalità di comunicazione interne e verso la popolazione preimpostate. Come conseguenza di questa mancata programmazione si è avuta la drammatica carenza di DPI, in particolare mascherine (da quelle chirurgiche alle FFP2 e FFP3). Quando ci si è accorti del problema e sono partiti gli ordini di acquisto, le scorte erano esaurite in tutto il mondo.

La seconda «ondata»

Oggi, ancora in piena «seconda ondata», ampiamente prevedibile (e prevista da molti) abbiamo già numerosi dati per valutare come gli errori commessi in una fase concitata e oggettivamente complicata da gestire, non siano stati opportunamente valutati. Analizzando i dati dell'INAIL [3] riguardanti le denunce di infortunio per COVID-19 pervenute all'istituto nel 2020 (dati ancora parziali per dicembre 2020) emerge un quadro largamente prevedibile ma allo stesso tempo sconcertante. Prevedibile che il settore lavorativo più colpito dalla pandemia fosse quello sanitario/assistenziale. Infatti, rispetto alle attività produttive (classificazione delle attività economiche Ateco-Istat 2007) coinvolte dalla pandemia, il settore della sanità e assistenza sociale (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili...) registra il 68,8% delle denunce; seguito dall'amministrazione pubblica (attività degli organismi preposti alla sanità - Asl - e amministratori

regionali, provinciali e comunali) con il 9,1%. Un'analisi delle denunce di infortunio per mese di accadimento rileva altresì che la «seconda ondata» dei contagi ha avuto un impatto più significativo della prima anche in ambito lavorativo. Infatti, nel trimestre ottobre-dicembre si rileva il picco dei contagi con quasi 75.500 denunce di infortunio da inizio pandemia (57,6%), e Novembre, con quasi 36 mila denunce supera il dato di marzo (28 mila) diventando il mese col maggior numero di eventi a seguito del Covid-19 nel 2020 [figura 1]. L'analisi per professione dell'infortunato evidenzia la categoria dei tecnici della salute come quella più coinvolta da contagi con il 38,7% delle denunce (in tre casi su quattro sono donne), l'82,2% delle quali relative a infermieri. Seguono gli operatori socio-sanitari con il 19,2% (l'80,9% sono donne), i medici con il 9,2% (il 48,0% sono donne), gli operatori socio-assistenziali con il 7,4% (l'85,1% donne) e il personale non qualificato nei servizi sanitari (ausiliario, portantino, barelliere) con il 4,7% (3 su 4 sono donne). Lo sconcerto si prova osservando le figure 1 e 2 che riassumono



Figura 1

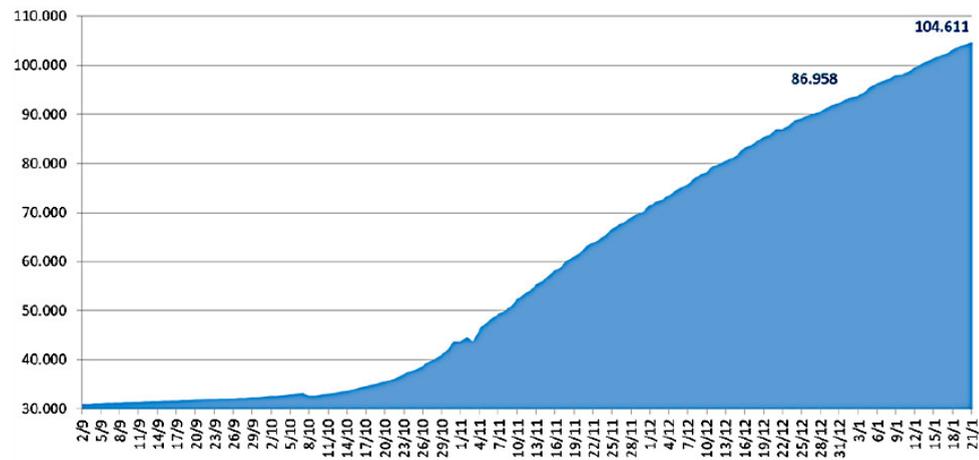


Figura 2

graficamente e immediatamente intelleggibili (il «disegnino») i dati sopra citati. Il personale sanitario ha pagato e sta pagando ancora (figura 2) il più grande tributo di infezioni di COVID-19 nella nostra società. Secondo il report GIMBE [4] le infezioni che hanno colpito il reparto sanitario/assistenziale sono pari al 4,3% del totale delle infezioni denunciate in Italia. Considerando che il comparto sanitario occupa circa 600.000 persone [5] ovvero l'1% della popolazione, significa che il rischio infettivo per i sanitari è oltre 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. Il dato può non sorprendere e poteva essere considerato anche prevedibile nella prima fase caotica e convulsa della epidemia ma il «fenomeno» delle infezioni del personale sanitario si è manifestato tale e quale (anzi aggravato nei numeri) anche nella cosiddetta «seconda ondata».

Cosa non ha funzionato (e non sta funzionando) nella prevenzione del contagio fra il personale sanitario? Nei primi mesi dell'epidemia vi è certamente stato sia un problema di approvvigionamento di DPI che di gestione «tecnica»

delle mascherine. Si ricordano, purtroppo, ritardi e difficoltà a reperire quantità sufficienti sia di mascherine chirurgiche che di DPI più sofisticati e protettivi (FP2/3, occhiali, tute, visiere) con regioni e singole aziende sanitarie in ordine sparso a «rimediare» sul mercato nazionale e internazionale quanto necessario. Il secondo problema aveva riguardato l'uso «tecnico» dei DPI basato sul presupposto, risultato fallace, che il Covid-19 fosse una malattia trasmissibile prevalentemente attraverso contatto o inalazione di *droplets* (goccioline). Veniva quindi indicato l'uso di mascherine e DPI solo nel *setting* di diagnosi e cura di pazienti Sars-cov2 positivi (o altamente sospetti) mentre in altri *setting*, come gli ambulatori e relative sale di attesa, non indicava come universale l'uso delle mascherine chirurgiche da parte di tutti i sanitari [figura 3]. Si ricorderà, a tal proposito, il paradosso provocato da indicazioni incongruenti e contrastanti per cui poteva succedere che la mascherina chirurgica resa obbligatoria in talune Regioni fuori dalla propria abitazione dovesse essere tolta in Ospedale o Ambulatorio, volendo essere ligi alle

Figura 3

Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Ambulatori	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adottabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI. Distanza di almeno 1 metro

14

indicazioni dell'ISS. Per curiosità, tale protocollo di protezione degli operatori pubblicato dall'ISS (mai rettificato) è ancora presente sul sito del Ministero della Salute [6]. Questo è quanto successo nei primi convulsi due mesi di pandemia quando il «malefico» combinato disposto di mancanza/insufficienza di DPI e loro uso inappropriato, conoscenze su malattia e vie di trasmissione ancora embrionali, carico di pazienti da visitare/ trattare superiore alle possibilità offerte dall'organizzazione allora esistente ha prodotto i risultati che conosciamo. Sembra un secolo fa ma è solo l'altro ieri e se non si focalizzano gli errori fatti nel passato difficilmente si riescono ad evitare nel futuro. Ed infatti oggi il personale sanitario continua ad infettarsi, nonostante le mascherine ora abbondino, i DPI siano utilizzati in modo razionale, i protocolli di protezione siano stati rivisti alla

luce di esperienza e letteratura scientifica. Come si spiega? Un argomento di tale portata dovrebbe essere oggetto di un *audit* di respiro nazionale, viceversa non è disponibile alcuno studio se non testimonianze aneddotiche e frammentarie che gettino luce sul fenomeno. Evidenze empiriche paiono indicare alcuni *setting* di cura come più suscettibili alle infezioni da Sars-Cov2: chi lavora in *setting* «misti» come i pronti soccorso, radiologie, laboratori e reparti (in teoria) non-Covid. Ancora molto colpiti sono i professionisti del territorio (MMG) e le RSA, anch'essi tipici *setting* «misti» dove i soggetti (personale sanitario e pazienti) interagiscono, anche a lungo, con le sole precauzioni della mascherina chirurgica e il poco sensibile *triage* basato su sintomi e temperatura. Qualche indicazione, per capire dove ci si infetta esattamente e per quali motivi, la si può reperire sui social, atteso che questi dati

dovrebbero oggetto di uno studio epidemiologico di ampio respiro e non di idee formulate in un forum di discussione. Il dr Nino Cartabellotta, direttore della Fondazione GIMBE, molto attivo sull'argomento anche sui media tradizionali (quotidiani e televisione), sulla pagina "Salviamo il nostro SSN" di un noto *social medium* ha lanciato il 29 novembre 2020 un *forum* di discussione chiedendo: «Negli ultimi 30 giorni quasi 28.000 operatori sanitari contagiati. Aiutateci a capire perché?» [7].

Sono giunti oltre 170 commenti che hanno formulato una serie di ipotesi catalogabili in tre grandi capitoli secondo una nota struttura di analisi dei rischi in medicina clinica [8]:

1. Cause remote (carenza o cattivo uso di risorse, cattiva organizzazione dei servizi),
2. Condizioni di lavoro (sovraccarico di lavoro, deficit di supervisione, di comunicazione, di conoscenza, di abilità tecniche)
3. Cause immediate (omissioni, errori, violazioni di protocolli)

Nel dettaglio, appartengono al primo grande capitolo delle cause remote:

- Screening al personale assente o con periodicità insufficiente.
- Procedure inadeguate o applicate in modo difforme anche all'interno di uno stesso ospedale
- Ambienti ospedalieri non progettati per garantire un corretto ricambio di aria filtrata (quali sale d'attesa, sale consolle della diagnostica per immagini, spogliatoi, servizi, astanterie, ecc.)

Al secondo capitolo legato alle condizioni di lavoro:

- Attenzione dei professionisti che cala in funzione dell'enorme stanchezza e carichi di lavoro oggettivamente insostenibili.
- Troppe indicazioni confusionarie che non distinguono tra elementi

fondamentali e elementi marginali.

- Vestizione e svestizione fatte in modo sbagliato e in questo senso poca/nessuna formazione ricevuta "in presenza".
- sanificazione tra un paziente e l'altro delegata agli operatori con lo stesso tempo a disposizione di quando la sanificazione non c'era.
- incongrue indicazioni all'uso dei DPI

Al terzo capitolo delle cause immediate

- Percorsi sporco-pulito non strutturati in modo adeguato o non rispettati.
- Distanziamento non mantenuto tra professionisti durante le pause caffè e pasti.
- Sovraffollamento delle stanze comuni durante le consegne o negli spogliatoi.
- Barriere meno stringenti nei reparti teoricamente non COVID.

Infine, sono emerse anche criticità riferibili al contesto della medicina territoriale (Medicina Generale e RSA)

- Pazienti che omettono di dire al medico sintomi suggestivi di COVID, pur blandi, per paura di non essere visitati per la patologia di base (riferito soprattutto dai MMG).
- Utilizzo del tampone rapido antigenico per i controlli periodici al personale (anche nelle RSA) e per ammettere i pazienti nei reparti non-COVID e per i controlli periodici degli ospiti nelle RSA.

Quest'ultimo punto

intenzionalmente elencato per ultimo, che segnala un problema trasversale al contesto ospedaliero e territoriale ed è fra i più citati come concausa di rischio infettivo, merita una specifica puntualizzazione. Sull'utilizzo del tampone rapido antigenico in vari contesti di

15

possibile impiego si è sviluppato un animato dibattito sia di tipo scientifico che «politico» che ha messo in evidenza due rilevanti e delicate questioni, attinenti all'efficacia dei test e alla sicurezza dei medici che sono stati chiamati ad eseguirli. Sul primo punto, vi sono innumerevoli segnalazioni di pazienti e professionisti classificati come negativi al tampone antigenico rapido che si sono dimostrati in realtà positivi al tampone molecolare eseguito a breve distanza di tempo (per persistenza o insorgenza ravvicinata di sintomi patognomici) così come numerosi casi di focolai in RSA sviluppati nonostante la negatività di tamponi antigenici effettuati come screening del personale. Emerge quindi un problema di sensibilità del tampone antigenico che probabilmente in contesti clinici ed epidemiologici particolari è inferiore rispetto a quanto riportato nella scheda tecnica del produttore. L'ISS [9] in una nota pubblicata sul suo sito riporta una sensibilità variabile fra il 70 e 84%, ne consegue che un utilizzo dei tamponi rapidi in contesti come lo screening per ammettere i pazienti negli ospedali o nelle RSA oppure per i controlli periodici dei professionisti, classificano come negativi da 1 a 3 pazienti/professionisti/ospiti su 10 che invece lo sono con enorme contributo ad alimentare cluster intra ospedalieri. Sulla sicurezza dei sanitari chiamati ad eseguirli vi è da aprire il delicato capitolo dei tamponi antigenici la cui esecuzione è stata affidata ai MMG. Pur essendo su base volontaria in base ad apposito accordo [9] firmato da SISAC e un sindacato dei MMG, in talune regioni, come il Veneto, è stato reso obbligatorio da una delibera del Presidente regionale, così come in

alcune realtà del centro-sud non sono garantiti i minimi contrattuali di dotazioni di DPI né la disponibilità di sedi adeguate e attrezzate. Per metterle in sicurezza dal punto di vista del rischio infettivo sono infatti necessari alcuni requisiti, oltre naturalmente ad idonei DPI individuali per gli operatori sanitari addetti: entrata separata dall'uscita, aree filtro per la vestizione/ svestizione del personale sanitario e per lo smaltimento dei DPI usati in appositi contenitori, sanificazione dei locali adibiti ad attività diagnostiche, etc... Due sono le circostanze in cui è più elevato il rischio di contagio [11]: - durante la manovra di esecuzione del tampone naso-faringeo, sia per il venire meno del distanziamento dal paziente sia per la possibilità di essere investiti dalle secrezioni a seguito di colpi di tosse e starnuti, - ma ancor di più durante la svestizione, quando l'operatore sanitario si può auto-contaminare venendo in contatto con i propri DPI "infetti". Senza adeguate misure il rischio è quello di "contagiare" la struttura, come è accaduto con i PS in primavera, e di mettere a repentaglio la salute degli operatori. Corre l'obbligo segnalare, a questo riguardo, che l'AUSL Romagna ha adempiuto correttamente a quanto disposto dal succitato accordo mettendo a disposizione dei MMG sia le sedi adeguate che tutte le dotazioni di sicurezza necessarie all'espletamento del compito. Per concludere questa prima disamina sulle cause e gli effetti di una inefficace difesa del personale sanitario non resta che ribadire che di fronte ai numeri già riportati in precedenza da fonte ufficiale (INAIL) nonché alle innumerevoli notizie di stampa di chiusure di unità operative perché falcidiate negli effettivi non si

sia urgentemente e scientificamente affrontato il problema della «messa in sicurezza» dall'infezione del personale sanitario, la risorsa più preziosa.

La risorsa più preziosa, la risorsa più «sprecata»

Il grave problema della (in)sicurezza sui luoghi di lavoro è tuttavia solo uno, anche se il più visibile e misurabile, dei numerosi problemi che riguardano il lavoro dei professionisti del SSN. I «buchi» negli organici ospedalieri e della medicina territoriale causati dal Covid-19 (sia per malattia, positività asintomatica o quarantena per contatti) sono purtroppo «piovuti» su una cronica carenza di personale nota, documentata e stigmatizzata da tempo a tutti i livelli. Perfino la Corte dei Conti (organo dello stato di controllo o vigilanza in materia fiscale sulle entrate e spese pubbliche) ha preso atto che: "Il Covid ha reso evidenti i punti deboli del Ssn: carenza personale, fuga dal pubblico, scarsi investimenti e differenze regionali«e soprattutto punta il dito sulle carenze dell'assistenza territoriale: "L'insufficienza delle risorse ha reso più tardivo e ha fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia e che si è trovato esso stesso coinvolto nelle difficoltà della popolazione, pagando un prezzo in termini di vite molto alto" [12]. Personale già ridotto che ha dovuto affrontare lo «tsunami» della prima ondata, ha prodotto carichi di lavoro insostenibili perduranti troppo a lungo, per un tempo che non è stato poi proficuamente utilizzato per coprire i vuoti. Ci sono state prevalentemente «dichiarazioni di intenti» e qualche cifra «reale»

per quanto riguarda la regione Emilia-Romagna [13] ma non sono disponibili dati certi per ogni regione di quante assunzioni «reali» siano state fatte, figura per figura, e quale sia l'effettiva disponibilità di nuovo personale, cioè al netto di pensionamenti, licenziamenti o dimissioni volontarie. Purtroppo l'estate è stata spesa crogiolandosi, oltre che al sole, in pericolosi inganni. Sebbene vi fosse una certa percezione di insufficiente preparazione tecnico-organizzativa messa in atto per affrontare l'eventuale ripartenza dell'epidemia, il messaggio prevalente passato durante l'estate è stato quello di un «virus clinicamente morto» tradotto per i meno acculturati in «non ce n'è coviddi» e l'illusione che la prima ondata avesse generato nel SSN esperienza e modalità operative funzionali spendibili per l'eventuale arrivo della «seconda ondata». La lunga tregua estiva, come numero di infetti, ricoverati e morti, era stata prevalentemente frutto del lunghissimo e duro lockdown di primavera e non delle modalità operative con cui si è contenuto l'evolversi dell'epidemia. Infatti così è stato e ci si è ritrovati con lo *tsunami* della seconda ondata a lavorare di nuovo nell'emergenza assoluta con l'aggravante di numerose regioni, risparmiare in precedenza, che non avevano neppure acquisito quel poco di esperienza di gestione della prima ondata. Carichi di lavoro ingestibili, *test and tracing* dei contatti saltato, assistenza per molti pazienti Covid inadeguata ai bisogni sia a livello ospedaliero che soprattutto territoriale (mancata o insufficiente attivazione delle USCA), ritorno alle sole visite urgenti come risposta al trattamento delle patologie non-Covid. Gestione, inoltre, in «ordine

sparso» con approcci diversi da regione a regione sia come qualità che quantità di organizzazione. Ancora una volta sono i *social*, per quanto non possano rappresentare «scientificamente» un campione indicativo, a segnalare gli enormi problemi emersi nella gestione di questa seconda ondata. La pagina «Medici di Famiglia» [14] che raccoglie le esperienze di 11.000 MMG sparsi in tutta Italia, segnala l'estrema variabilità sul territorio delle risposte «istituzionali» alla pandemia. Direttori Generali e Sanitari, Direttori di Distretto e di Dipartimento di Igiene sembra si siano divisi in due categorie: chi si è messo davvero al servizio e ha fatto il possibile (e anche l'impossibile) per risolvere gli enormi problemi emersi e chi si è limitato ad emanare circolari e «ordini di servizio» senza verificarne né la fattibilità né controllarne i risultati. Dalle «narrazioni» pare inoltre esistere una dicotomia molto polarizzata (bianco o nero) tra i due atteggiamenti quasi che, nell'emergenza, non ci sia spazio per il grigio. Sulla stessa pagina si è inoltre ben evidenziata l'esistenza di un SSN incapace di rispondere, con una condotta quanto più possibile uniforme su tutto il territorio nazionale, alle esigenze di salute della popolazione e assicurare le stesse condizioni di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari. «Non ce la facciamo più» è il grido disperato prevalente dei sanitari impegnati a gestire questa seconda emergenza tanto da arrivare a richieste esplicite a Regioni e Ministero di inasprire le restrizioni nella comunità al fine di contenere i contagi.[15]. Queste giustificate richieste hanno contribuito ad accentuare in strati di popolazione, ampiamente

minoritaria ma molto «rumorosa», un sempre più diffuso sentimento di ostilità nei confronti del personale sanitario impegnato su tutti i fronti dell'epidemia. Un vero e proprio «voltafaccia» della popolazione che è passata dal considerare eroi il personale sanitario al considerarlo come «nemico» grazie anche alla espansione del fenomeno negazionista e no-vax che ha ripreso vigore durante l'estate del «virus clinicamente morto». Infatti, «se c'è un elemento, tra tutti, che ha contraddistinto la seconda ondata pandemica dalla prima è senz'altro quello legato al dilagare del negazionismo. E quindi alle conseguenti manifestazioni di odio nei confronti di medici, scienziati, giornalisti, accusati, a vario titolo, di essere «complici del sistema», di «occultare la verità», di «lucrare sui ricoveri», di «creare terrore»... Un vortice malato di fake news che ci interroga non solo sullo stato di istruzione di una consistente fetta della popolazione; ma anche sul ruolo e sulle strategie dei social network, dove queste teorie trovano alimento e si propagano». [16] Come inevitabile conseguenza di tutto quanto precedentemente dettagliato questa «seconda ondata» sembra aver fortemente messo in discussione la fiducia nel sistema pubblico da parte del personale sanitario e compromesso la speranza che qualcosa possa migliorare e funzionare a dovere, così come appare sempre più evidente l'opinione che molti «decisori» (a tutti i livelli) manchino delle sufficienti competenze e autorevolezza per svolgere adeguatamente il ruolo loro affidato. Molti professionisti hanno già «lasciato» favoriti dalla «quota 100», probabilmente altrettanti, se non di più, si apprestano a farlo

appena l'emergenza sarà conclusa. Da quanto emerge dal questionario promosso a ottobre tra gli iscritti dal sindacato dei medici Anaa Assomed, 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. Oltre il 75% (in particolare le donne) ritiene che il proprio lavoro non sia stato valorizzato durante la pandemia.[17] Lo stesso fenomeno accade sul territorio dove molti MMG si prepensionano rispetto al naturale scadere del contratto di convenzione. Come si rimedia (o si è rimediato) alla carenza di personale? Non esistono cifre ufficiali ma secondo la stessa fonte sindacale «Per il Covid sono state fatte circa 7.500 assunzioni precarie la livello ospedaliero ndal ma, a monte, c'era una carenza di circa 6.500 medici, persi in 10 anni di tagli, più i circa 7 mila camici bianchi andati in pensione. In sostanza, abbiamo sostituito lavoro stabile con quello precario, lasciando i buchi di personale intatti». [18]

Come arrestare il declino del SSN?

Questa analisi non lascia presagire un brillante avvenire per la sanità pubblica italiana, il cui declino potrebbe essere molto più rapido dei tempi necessari per correggere e invertire la tendenza. Formare e assumere nuovi medici richiede infatti una programmazione di lungo periodo, mentre il collasso potrebbe arrivare entro pochi anni se lo scenario di abbandono indicato

dagli stessi medici ospedalieri dovesse realizzarsi. Appare piuttosto chiaro che il possibile punto di svolta non potrà che essere l'aumento degli organici ospedalieri e territoriali o quantomeno un ritorno a organici a «pieni» effettivi compatibili sia con il reale carico assistenziale che con le esigenze della vita del personale al di fuori dell'ospedale, con particolare riguardo alla tutela delle donne che esercitano la professione, la categoria più in difficoltà secondo le risposte del questionario Anaa. Se le prospettive non appaiono affatto incoraggianti, nondimeno sussistono ancora alcune ragioni di speranza che la grande maggioranza dei medici ancora coltiva e che non andrebbero colpevolmente deluse. I medici, sia ospedalieri che MMG, conservano ancora una grande passione per il «mestiere» nonostante tutto. Non sono infatti il rapporto talvolta conflittuale con i pazienti o la scarsa considerazione sociale del proprio lavoro, le retribuzioni ormai largamente inadeguate a ruolo e responsabilità, le cause del progressivo disamore verso la professione quanto i carichi di lavoro eccessivi, la cattiva organizzazione del lavoro, lo scarso coinvolgimento nelle decisioni e una burocrazia sempre più opprimente e dispersiva di tempo ed energie. Complessivamente è l'amore per la professione a sostenere i grandi sforzi e i sacrifici nella vita personale che la società richiede ai medici che lavorano nel SSN. Professione che, ancorchè non venga più considerata prestigiosa quanto un tempo, resta però affascinante e, almeno per quanto riguarda il rapporto con i pazienti, capace ancora di dare gratificazione.

Bibliografia

- [1] <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19/>
- [2] [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30066-7/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30066-7/fulltext#%20)
- [3] <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-scheda-tecnica-contagi-covid-31-dicembre-2020.pdf>
- [4] <https://coronavirus.gimbe.org/>
- [5] https://www.istat.it/it/files//2020/05/Statistica_today_sanit%C3%A0_2018.pdf
- [6] <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5373&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>
- [7] <https://www.facebook.com/groups/salviamosn/permalink/1533396146859524>
- [8] Vincent C et al. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998;316:1154-7
- [9] https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/040GR9qmvUz9/content/diagnosticare-covid-19-gli-strumenti-a-disposizione.-il-punto-dell-iss
- [10] <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato154447.pdf>
- [11] G. Belleri - Tutti i rischi del tampone dal medico di medicina generale https://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=89661
- [12] <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5380690.pdf>
- [13] http://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=91646
- [14] <https://www.facebook.com/groups/medicidifamiglia>
- [15] Intersindacale della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria. Ospedali sovraccarichi non allentare le restrizioni. *Panorama della Sanità* 27.11.2020 <https://www.panoramasanita.it/2020/11/27/covid-appello-dei-medici-e-dirigenti-sanitari-ospedali-sovraccarichi-non-allentare-le-restrizioni/>
- [16] https://www.corriere.it/cronache/20_dicembre_01/covid-negazionismo-in-sulti-medici-facebook-non-cancellata-post-rispettano-nostri-standard-3b-7d3c72-33be-11eb-be82-c9839d3e98fa.shtml
- [17] http://www.anaao.it/public/aaa_3900953_pagine_da_rapporto_anaao_parte_2.pdf
- [18] <https://ilmanifesto.it/meta-dei-medici-ospedalieri-in-fuga-dal-servizio-pubblico/>

Legenda di sigle e acronimi

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale

FFP: Filtering Face Piece

OMCeO: Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

COVID-19: CORonaVirus Disease (20)19

MMG: Medici di Medicina Generale

Sars-Cov-2: Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2

INAIL: Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro

ATECO: ATtività ECONomiche

Istat: Istituto di Statistica

GIMBE: Gruppo Italiano Medicina Basata sulle Evidenze

ISS: Istituto Superiore di Sanità

RSA: Residenze Sanitarie Assistenziali

SSN: Sistema Sanitario Nazionale

USCA: Unità speciali di continuità assistenziale

20



CONTRO LA DIAGNOSI

di Gianni Morolli

LA DIAGNOSI È UN'IDEA centrale in medicina, identificando la malattia di un paziente viene resa disponibile l'esperienza medica collettiva di quella malattia, rivelando il probabile corso degli eventi, nonché i trattamenti potenzialmente efficaci. Tuttavia etichettare i pazienti e le loro malattie ha un lato dannoso.

A parte i problemi causati da errori diagnostici, le etichette possono diventare dispregiative e irrispettose. Dobbiamo essere più attenti a quello che prova un paziente quando riceve una diagnosi, ad esempio, di insufficienza d'organo, multimorbilità, o disturbo di personalità.

BMJ 2021, 372

21

Una diagnosi **distingue** chi è sano da chi è malato. Dove finisce la normalità e inizia la malattia quando **il confine è spesso labile**? Chi si giova realmente di una **«etichetta»** diagnostica?

[Credits foto: Copertina del «British Medical Journal» 14 maggio 2011]





MEDICINA DI GENERE E... FATTORI DI RISCHIO EMERGENTI E TRADIZIONALI PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI - DIABETE - SINDROME METABOLICA - OBESITÀ

di Loreley Bianconi

22

CARISSIME E CARISSIMI, IL secondo Convegno 2020 sulla Medicina di Genere (MdG) promosso dal Centro Formazione Omceo Rimini, previsto inizialmente per il 14 marzo 2020, per i noti motivi di pandemia da Sars-Cov 2, non è stato annullato ma rimandato al 17 ottobre 2020: ultimo convegno in presenza a livello nazionale! Nonostante le difficoltà del momento legate alle restrizioni necessarie, è stato importante il nostro impegno per poterci ritrovare perché è fondamentale continuare quel cammino di MdG specifica; un'avventura che assieme abbiamo intrapreso negli ultimi anni. L'apertura dei lavori è stata affidata alla Prof. Giovannella Baggio, Presidente del Centro Studi Nazionale su Salute e MdG, nonché membro del Comitato Scientifico del nostro Centro di Formazione MdG e componente del Gruppo di Lavoro MdG Fnomceo di cui sono onorata di far parte. La collega ha sottolineato come la mortalità nelle donne è prevalentemente dovuta a Malattia Cardio Vascolare (MCV), prima causa di morte, ma come tuttora è bassa la consapevolezza del sesso femminile riguarda il suo reale rischio. Negli ultimi 30 anni la mortalità per questa patologia è diminuita più

nell'uomo che nella donna, il quadro clinico è diverso in rapporto al sesso e nel sesso femminile sono maggiori le complicanze post Infarto Miocardico (IMA) e gli effetti collaterali nelle terapie instaurate. Inoltre lo stesso trattamento farmacologico nella donna si basa su dati di ricerca ove vi è una netta predominanza del sesso maschile. Quindi prognosi peggiore nelle donne e questo comporta un incentivo per attuare prevenzione cardiovascolare genere-specifica. Entrano in gioco fattori genetici che non possiamo modificare, molti fattori "tradizionali" e infine, ma non perché meno importanti, i fattori "emergenti". Tra i fattori tradizionali il diabete (fattore di rischio più grave nella donna che nell'uomo), l'ipercolesterolemia (con la menopausa assistiamo ad aumento di colesterolo totale, trigliceridi, LDL e a diminuzione dell'HDL), l'ipertensione arteriosa (è importante fare diagnosi di ipertensione arteriosa e curarla prima della menopausa), il microbiota (che ha un ruolo importante sia nell'ipertensione che nella longevità), il fumo di sigarette (aumenta il rischio relativo x IMA, con danni maggiori nel sesso femminile, anticipa la menopausa, aumenta l'aggregazione piastrinica, aumenta l'ossidazione dell'LDL), lo stile di vita e la dieta, la correlazione fra esercizio fisico e

mortalità per MCV (sopra i 65 anni la donna va incontro maggiormente rispetto all'uomo ad una Sindrome metabolica che le aumenta significativamente il rischio), la Sindrome dell'ovaio policistico. Infine i fattori psico-sociali che sono molto importanti soprattutto nella donna (stress da lavoro, conflitti familiari, violenza domestica, lutti). I fattori di rischio "emergenti" sono: il parto pretermine (prima della 37esima settimana), l'ipertensione arteriosa durante la gravidanza, la pre-eclampsia, il diabete gestazionale (rischio 7 volte maggiore di MCV con rischio a distanza di IMA e Stroke). Altro importante fattore emergente è il persistere del sovrappeso dopo il primo anno dal parto e qui entra in gioco lo stile di vita, l'alterazione del sonno, l'allattamento prolungato che diventa un forte predittore di obesità dopo 15 anni. Altri fattori sono l'Artrite Reumatoide, il LES, l'infiammazione cronica che è la prima noxa endoteliale. Anche la radioterapia e la chemioterapia per carcinoma mammario aumentano il rischio di malattia ischemica di cuore: la cardiotoxicità da CHT richiede programmi di controllo a lungo termine dai 5 ai 10 anni. Mastectomie, salpingo-ovariectomie e menopausa prematura sono associati nella donna a MCV, decadimento cognitivo e osteoporosi. Attuando una prevenzione GenereSpecifica, la Prof. Baggio sottolinea che vinceremo questo aumento del rischio Cardio Vascolare (CV) nelle donne. Il Diabete è stato trattato in un'ottica di genere dalla Dr. Valeria Manicardi, Coordinatrice Nazionale Annali AMDReggio-Emilia. Ha iniziato la sua relazione sottolineando come le donne con DT2 hanno un profilo di rischio CV peggiore rispetto gli uomini: maggiore prevalenza di

Obesità (BMI > 35), peggiore profilo lipidico (LDL-c), peggiore controllo metabolico (HbA1c). Le donne con DT2 hanno un rischio di eventi CV fatali maggiore del 50% rispetto agli uomini, in più pagano un prezzo alto per sotto-trattamento con statine, anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici che comporta un rischio maggiore di Stroke tanto maggiore quanto più sono giovani; con il crescere dell'età il rischio diminuisce ma rimane sempre più alto rispetto a quello degli uomini. Il rischio di IMA è triplo. Per i diabetici che non hanno avuto precedenti eventi ischemici i valori dell'LDL devono essere inferiori a 100 mg/dl ma il mancato raggiungimento del Target LDL è sempre a sfavore delle donne con Diabete di tipo 2 (DT2) anche se trattate farmacologicamente. Anche la funzionalità renale nel DT2 mostra differenze in base al genere: le donne hanno meno frequentemente microalbuminuria ma più spesso un Filtrato Glomerulare <60 ml/min. Le donne con Diabete di tipo 1 (DT1) hanno un peggior controllo della malattia (HbA1c) mentre gli uomini hanno un peggior controllo della Pressione Arteriosa. Il Genere influenza le scelte terapeutiche? La risposta è Sì. Abbiamo un sottotrattamento nelle donne diabetiche rispetto agli uomini, più donne con trattamento insulinico rispetto agli uomini, più donne con uno o due farmaci antipertensivi rispetto gli uomini. Nei pazienti con ipertensione arteriosa vi è una maggior presenza di obesità ed è questo il fattore di rischio più importante in particolare nella donna giovane. Per molto tempo in passato le statine sono state sottoprescritte nella donna, ma anche quando l'utilizzo è uguale nei due

23

sessi, in quello femminile è difficile raggiungere il target che invece si ottiene nel controllo della PA. Le donne sono meno aderenti alla terapia farmacologica? Occorre colmare il gap: non è etico non trattare queste persone con rischi CV. C'è la tendenza da parte del sesso femminile a dimezzare i dosaggi o sospendere i farmaci ma è soprattutto l'utilizzo di Statine a dosaggio giusto che riduce l'incidenza di recidiva cardiovascolare, di eventi acuti come IMA o Stroke. Da qui la conclusione con cui la collega termina la sua relazione è l'importanza della COMUNICAZIONE perché favorisce l'ADERENZA farmacologica da parte della e del paziente, COMUNICAZIONE = ADERENZA. Sindrome Metabolica e Obesità è il tema della relazione della Dr. Anna Carla Babini, Responsabile dell'UOS Malattie Endocrine-Metaboliche aggregate all'UO Medicina 2 dell'Ospedale Infermi di Rimini. La collega parte dal sottolineare che questa patologia è stata sempre "contrastata" perché la maggior parte del mondo scientifico non la considerava come tale. La resistenza insulinica è il denominatore comune. Obesità (aumento circonferenza addominale), ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia, ipertensione arteriosa, Diabete 2 sono altri criteri della Sindrome Metabolica (SM)



che nella donna ha caratteristiche peculiari rispetto all'uomo. La prevalenza di SM aumenta con l'età menopausale, in particolare sopra i 65 anni le donne vanno incontro a questa sindrome con un aumento di frequenza rispetto agli uomini. I fattori ormonali, lo stile di vita, la dieta la favoriscono. La contemporanea presenza di almeno 3 alterazioni metaboliche rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di malattia CV e Tumori. Il rischio CV aumenta in maniera proporzionale al numero di fattori di rischio presenti e con modalità additive all'impatto dei singoli fattori. Le cause sono da ricercare in una combinazione di scorrette abitudini dietetiche e scarsa attività fisica e predisposizione familiare (genetica). La patologia non si manifesta con sintomi specifici perciò spesso chi ne soffre afferma di sentirsi bene. Per questo motivo occorre far bene attenzione ai fattori di rischio (iperglicemia, diabete, ipertensione arteriosa, dislipidemia, ovaio policistico, terapia ormonale sostitutiva). La prevenzione è la migliore terapia della Sindrome Metabolica e, per contrastarla, è necessario associare uno stile di vita attivo e una dieta equilibrata. La quantità di moto raccomandata è pari a 30 minuti al giorno di esercizio aerobico di moderata intensità necessaria a garantire il mantenimento del peso forma. All'apertura dei lavori quel sabato mattina di ottobre 2020 ho ricordato i colleghi che a causa del Covid 19 non erano più con noi ma oggi voglio anche ricordare tutti i colleghi che, negli ultimi mesi, hanno lottato contro questa patologia e ne sono usciti: un abbraccio a tutti.



**FOCUS ON
DALLA LETTERATURA SCIENTIFICA**

di Laura Baffoni

"Sex differences in metabolic regulation and diabetes susceptibility"

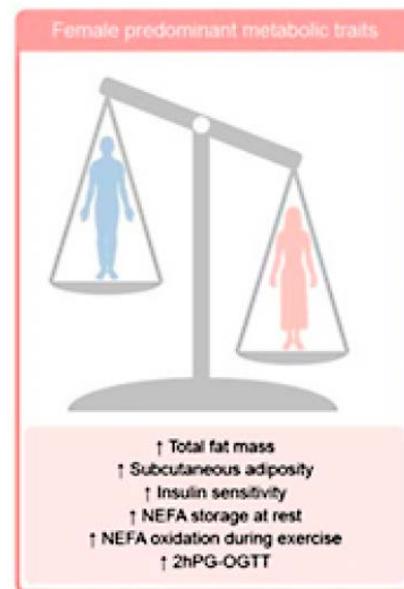
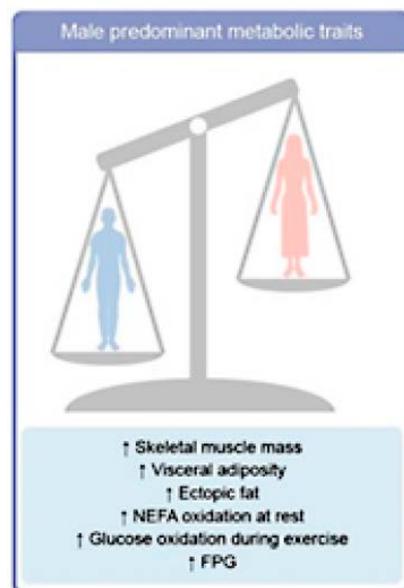
Tramunt B. et Al.; Diabetologia (2020); 63: 453-461

PER IL NUMERO DI APERTURA di quest'anno 2021, ho scelto la review di Blandine Tramunt sul diabete, la malattia metabolica più diffusa e con maggiore peso nelle carte del rischio. Gli Autori mettono in risalto come la suscettibilità al diabete si fondi su caratteristiche della omeostasi metabolica sesso specifiche. Anche l'epidemiologia evidenzia alcune differenze. Gli studi di popolazione e le metanalisi mostrano che la prevalenza del diabete nel sesso maschile in tutto il mondo, con l'eccezione del Nord Africa e Medio Oriente, ha un picco anticipato di circa 10 anni rispetto al sesso femminile (maschi 65-69 anni vs femmine 70-79 anni). Questa netta prevalenza maschile si conferma anche negli studi di screening quando vengono utilizzati i valori della glicemia a digiuno o della emoglobina glicosilata ma, al contrario, quando il parametro utilizzato è la curva da carico orale di glucosio (OGTT), l'intolleranza

glucidica è più frequente nelle donne. Secondo gli Autori questa apparente incongruenza si verifica perché le dosi standard di glucosio nell'OGTT non tengono conto né delle caratteristiche del soggetto (peso, massa muscolare, attività fisica) né del tempo di assorbimento intestinale del glucosio che è rallentato nelle donne. Diversi studi sia clinici sia sperimentali dimostrano che gli ormoni sessuali sono causa di una differente suscettibilità al diabete nei due sessi. Gli estrogeni hanno un ruolo protettivo per l'omeostasi glucidica, come dimostra l'aumentato rischio di comparsa di diabete nelle donne con insufficienza ovarica e/o in menopausa precoce e, per contro, l'effetto protettivo esercitato dalla terapia estrogenica sostitutiva nelle donne in menopausa (riduzione dell'incidenza di diabete del 21-35% rispetto al placebo). Ulteriori prove a favore dell'azione protettiva degli estrogeni provengono dagli studi che hanno valutato soggetti affetti da rare mutazioni che causano la perdita di funzione dei geni che codificano o l'aromatasi (che trasforma gli androgeni in estrogeni) o il recettore alfa per gli estrogeni (ERalfa), determinando fenotipi

dismetabolici a prescindere dal sesso. Uguale significato ha lo studio su topi transgenici con delezione dell'aromatasi o dell'ERalfa, che apparivano affetti da obesità, resistenza all'insulina e intolleranza glucidica. Infine, in tutti i modelli animali, quando sottoposti a diete iperlipidiche, l'azione protettiva degli estrogeni negli animali femmine era annullata quando le stesse erano sottoposte ad ovariectomia, ma ristabilita dalla somministrazione di estrogeni. Quindi gli estrogeni contribuiscono in maniera determinante al dimorfismo sessuale osservato sia nell'equilibrio energetico sia nell'omeostasi metabolica, fattori che sono i determinanti principali delle differenze osservate nella suscettibilità a manifestare il diabete tipo 2 nei due sessi. Anche gli androgeni hanno un ruolo nel determinare il rischio metabolico, soprattutto quando si verifici uno squilibrio fra androgeni ed estrogeni; uomini con ipogonadismo e bassi livelli di testosterone hanno un aumentato rischio di diabete e malattie vascolari, rischio che si normalizza con la somministrazione di testosterone. L'azione del testosterone si esplica sia direttamente attraverso i recettori degli androgeni sia indirettamente tramite la conversione in estrogeno mediata dall'enzima aromatasi. D'altro lato l'azione sfavorevole sul metabolismo da parte di un eccesso di androgeni è confermata dal riscontro di un aumento di alterazioni metaboliche nelle donne con concentrazioni elevate di testosterone plasmatico come si osserva nelle pazienti affette dalla sindrome dell'ovaio policistico e soprattutto nei soggetti trans-

sessuali che utilizzano alte dosi di testosterone. Inoltre, nel topo femmina la somministrazione di di-idrotosterone predispone alla comparsa di diabete promuovendo sia la resistenza insulinica, sia l'insufficienza delle cellule beta, mediante l'attivazione dei recettori



per gli androgeni a livello neuronale e pancreatico. Anche l'utilizzo energetico mostra un dimorfismo sessuale che si esplica a diversi livelli. Nella femmina è favorito l'immagazzinamento dell'energia, mentre nel maschio è facilitata la rapida disponibilità energetica per l'attività muscolare, fenomeno che abitualmente è interpretato come un meccanismo evolutivo sviluppatosi in epoca ancestrale quando l'approvvigionamento alimentare non era assicurato e costante, per privilegiare nei periodi di denutrizione il sesso femminile, portatore della funzione riproduttiva e quindi garante della conservazione della specie. La differente distribuzione del tessuto adiposo risponde a queste considerazioni, infatti il tessuto sottocutaneo, più abbondante nel sesso femminile, è più adatto per un deposito a lungo termine. È diverso nei due sessi anche il modo con il quale glucosio e lipidi sono utilizzati a scopo energetico: a riposo e durante l'assorbimento post prandiale il metabolismo femminile privilegia l'incorporazione degli acidi grassi non esterificati (NEFA) in triacilglicerolo promuovendone il deposito, mentre quello maschile tende ad utilizzare l'ossidazione dei NEFA plasmatici; sotto sforzo la produzione di energia nella donna preferenzialmente utilizza l'ossidazione lipidica, mentre nell'uomo i carboidrati. Il contributo relativo dei grassi al metabolismo a riposo è più elevato nella donna rispetto all'uomo anche dopo correzione per la concentrazione di ormoni sessuali, la distribuzione di tessuto adiposo e la sensibilità insulinica; questa caratteristica femminile correla

con una maggior espressione di geni coinvolti nella funzionalità mitocondriale a livello del tessuto adiposo sottocutaneo, compresa la termogenina (UCP1). Recentemente è stato dimostrato che gli estrogeni aumentano la termogenesi nel tessuto adiposo bruno e promuovono, tramite l'attivazione dell'ERalfa, la trasformazione degli adipociti "bianchi" in "bruni" attraverso l'induzione della lipolisi mediata dalla protein chinasi attivata da AMP (AMPK) e dalla lipasi adipocitaria dei trigliceridi (ATGL), con conseguente produzione di NEFA e attivazione di UCP-1. Infine, il tessuto adiposo bruno è maggiormente presente ed attivo nelle donne rispetto agli uomini come dimostrato dall'analisi mediante PET-CT. Tessuto bersaglio degli estrogeni, non è solo il tessuto adiposo ma anche il sistema nervoso centrale (SNC); studi sperimentali sui roditori dimostrano che gli estrogeni hanno un'azione diretta, attraverso l'attivazione del ERalfa, sull'ipotalamo e sul nucleo ventromediale con effetti modulatori sul senso della fame, sul consumo energetico e sulla termogenesi, inoltre potenziano la sensibilità stessa del SNC alla leptina. Abbiamo già sottolineato che la donna sana in epoca premenopausale ha una massa grassa maggiore rispetto all'uomo di pari età, ma il grasso femminile si deposita preferenzialmente nel tessuto sottocutaneo piuttosto che nelle aree viscerali (nel fegato, nel miocardio...), risultando protetta dalla steatosi epatica (NAFLD) grazie all'azione estrogenica; all'aumentata prevalenza di NAFLD osservata nell'uomo

contribuisce la dimostrazione della ridotta ossidazione degli acidi grassi provenienti dalla dieta e dell'aumentata liponeogenesi epatica. Per quanto riguarda la muscolatura scheletrica, nella donna l'aumento della deposizione di lipidi negli arti inferiori non determina effetti sulla sensibilità insulinica, e ciò può spiegare perché il diabete sia più frequente nel sesso maschile nonostante che l'obesità sia più frequente in quello femminile; comunque al momento della diagnosi di diabete tipo 2 (nelle popolazioni di origine europea) le donne hanno un BMI maggiore degli uomini. Con la menopausa, venendo meno l'effetto protettivo esercitato dagli estrogeni, si determina nella donna un progressivo accumulo di grasso viscerale con conseguente aumento del rischio di patologie metaboliche. Gli ormoni sessuali non sono gli unici modulatori nel dimorfismo osservato nella composizione corporea, infatti studi sul topo ove è stato possibile separare l'azione dei cromosomi X e Y dall'azione degli ormoni sessuali, si è osservato che il numero di cromosomi X correla con l'aumento di peso e l'adiposità, mentre la presenza del cromosoma Y ha un effetto deleterio sul metabolismo glucidico. Tali caratteristiche sesso specifiche interferiscono con i determinanti ambientali (fattori sociali e culturali, comportamento del singolo) modulando la suscettibilità individuale all'obesità ed al diabete tipo 2. Anche la sensibilità all'insulina è diversa nei due sessi, già uno studio degli anni sessanta dimostrò che era maggiore nelle donne anche quando il dato veniva aggiustato

per età e BMI. In uno studio successivo che valutava soggetti di ambo i sessi, appaiati per livello di attività fisica, si osservava una maggiore sensibilità insulinica nelle donne in premenopausa, dovuta alla maggiore capacità delle fibre muscolari scheletriche femminili di assorbire glucosio, rispetto a quelle maschili; in uno studio più recente, nei muscoli delle donne, è stata rilevata una maggiore proporzione di fibre di tipo I e una maggiore densità capillare, che favorirebbe l'azione insulinica. Studi effettuati con la tecnica del clamp euglicemico iperinsulinemico confermano che nella donna sana la sensibilità insulinica è maggiore, mentre quando insorge il diabete, il grado di insulinoresistenza risulta uguale nei due sessi. Nonostante la donna abbia maggiore massa grassa, più alto livello di NEFA circolanti e maggior contenuto lipidico nei miociti, è meno propensa alla resistenza insulinica indotta dai NEFA grazie alla protezione esercitata dagli estrogeni, probabilmente attraverso l'attivazione della via dei ERalfa nei tessuti insulino-sensibili come dimostrato nel topo, dove la delezione dei ERalfa nei miociti altera il metabolismo ossidativo portando allo sviluppo di diabete. Gli Autori sottolineano come anche la funzione endocrina pancreatica mostri un dimorfismo sessuale. In individui normoglicemici, le isole pancreatiche delle donne hanno circa il 6% di cellule beta in più rispetto a quelle dei maschi, e ciò corrisponde da un punto di vista funzionale ad una maggiore capacità secretoria in risposta ad un OGTT. Studi sperimentali sia sull'uomo che sui roditori dimostrano che gli

ormoni sessuali rivestono un ruolo regolatorio sesso specifico sulle isole pancreatiche. Gli estrogeni endogeni stimolano la sintesi e secrezione dell'insulina e prevengono l'apoptosi indotta da danni metabolici come lo stress ossidativo e la lipotossicità. L'effetto protettivo degli estrogeni potrebbe spiegare la maggior prevalenza maschile del diabete sia di tipo I sia di tipo II; infatti nel diabete di tipo I l'incidenza della malattia non mostra differenze fra i due sessi in età prepubere, ma presenta una predominanza maschile nell'età compresa fra i 15 e i 40 anni, principalmente nelle popolazioni di origine Europea. Infine, le donne normoglicemiche in risposta ad un OGTT mostrano un'aumentata secrezione del peptide glucagone simile (GLP-1, che stimola la secrezione di insulina ed inibisce quella di glucagone); tale azione scompare nelle donne affette da intolleranza glucidica o da diabete tipo 2. Per concludere, Tramunt et al. sottolineano come la complessa interrelazione dei fattori che sono alla base della diversa suscettibilità al diabete osservata nei due sessi meriti ulteriori studi; infatti tale diversità non si può ridurre alla sola azione, sebbene articolata e variegata, degli ormoni sessuali, ma vanno valutati sia i diversi attori sia i diversi scenari. Così è importante capire come vengono "accesi o spenti" gli stessi ormoni sessuali tramite per esempio i processi di aromatizzazione, solfatazione e desolfatazione, a livello dei diversi tessuti; come il microbioma intestinale possa influenzare la suscettibilità alle malattie metaboliche; infine come le alterazioni epigenetiche agiscano

in maniera sesso correlata in risposta alle interazioni tra fattori ambientali ed individuo. Inoltre, i nuovi indirizzi di studio devono coprire l'intera vita, compreso il periodo intrauterino o quello dopo la fine della capacità riproduttiva, valutare il peso dell'etnia e come il sesso moduli la risposta alla terapia. È già stato osservato che la risposta alla terapia è diversa nei due sessi; ad esempio donne mai trattate con insulina, quando iniziano una terapia con insulina basale, mostrano un miglioramento più contenuto della emoglobina glicata a fronte di un maggior rischio di ipoglicemie, rispetto a quanto si osserva negli uomini e questo potrebbe essere spiegato da una minore efficienza degli ormoni controinsulari associata ad una minore capacità di gluconeogenesi. Alla luce di tutto ciò sarà possibile sviluppare nuovi approcci terapeutici che agiscano sui recettori ormonali e sulle vie metaboliche sesso specifiche. Per esempio, la già nota osservazione che la menopausa si associ ad un'aumentata suscettibilità al diabete di tipo 2 indica la strada per la ricerca di nuovi modulatori dei ERalfa più selettivi degli estrogeni attualmente utilizzati nella terapia sostitutiva, in modo da spostare con sicurezza la bilancia costi-benefici verso i benefici in quella fascia circoscritta della popolazione a rischio rappresentata dalle donne in età post-menopausale. Quindi la ricerca terapeutica, forte dell'evidenza che la progressione e la comparsa di complicanze del diabete è diversa nei due sessi, deve tendere ad un approccio sempre più personalizzato, che è imprescindibile dalla valutazione del sesso del paziente.



VINO BARBARICO

di Franco Magnoni

30

QUANDO L'IMPERATORE Costantino fondò Costantinopoli come capitale dell'impero, l'Italia e Roma furono lasciate a se stesse, e quindi ai barbari. Da allora, e per diversi secoli, quelli vennero chiamati "Secoli bui" o Alto Medioevo. In seguito le epoche dal X al XV Secolo si dicono Basso Medioevo, e con ciò si inizia la rinascita in Italia, e nelle vecchie zone conquistate un tempo dai Romani. Ancora in epoca consolare i Legionari avevano come preciso ordine di impiantare vigneti secondo le opportunità dei territori conquistati, e dovevano poi insegnare alle popolazioni locali la tecnica della viticoltura. Fu per opera e per merito di quei Legionari che la coltivazione si diffuse in Francia, Spagna, parte della Germania, oltre che in Istria e Dalmazia che era allora Italia. Poi le invasioni barbariche causarono, oltre ai saccheggi di città e villaggi, anche la distruzione delle coltivazioni. Questo lungo momento storico fu caratterizzato dalla continua ossessione della penuria di cibo, e dalla fame, nella costante impossibilità di nuove o diverse risorse. Il modesto sviluppo della viticoltura era riservata solo

alle chiese, conventi e monasteri per le celebrazioni liturgiche. Ciò permetteva, però, l'espansione della vite anche in zone fino ad allora lontane da tale cultura. Il vino medioevale era di tre qualità. Il vino buono, ottenuto con blanda spremitura che produceva un succo naturale e corposo e che spettava solo ai ricchi e potenti. La seconda spremitura offriva un succo di qualità inferiore, il "vinello", bevuto dal clero. Infine la terza, che generava un vino chiamato "acquerello", era consumato dai poveri, e ricavato aggiungendo acqua alle vinacce. Per rinforzare gli aromi, il vino medioevale era "condito" ripetutamente - come già facevano i latini - con erbe, spezie, miele, assenzio, mentre per essere conservato fino a tre o quattro anni veniva bollito, pena la perdita dei tre quarti della sua qualità. Dopo l'anno Mille il precedente severo regime alimentare subisce un radicale cambiamento: si moltiplicano le occupazioni da svolgere, crescono i patrimoni ecclesiastici da gestire a seguito di imponenti lasciti testamentari, le proprietà si espandono, il "buon" vino diventa sinonimo di ricchezza e prestigio. I Benedettini diventano famosi per il loro vino

e per il loro consumo. Dopo il Mille, alla viticoltura ecclesiastica e signorile si affianca quella della nascente borghesia mercantile, che intravede nella produzione e nel commercio dei vini nuove strade per profitti sicuri e redditizi. Da genere destinato all'alimentazione familiare ed agli usi liturgici, il vino diviene un bene ricercato, moneta di scambio e fonte di ricchezza per produttori e commercianti. Nel XIV secolo s'iniziano a produrre bottiglie particolari, e si torna ad usare il tappo di sughero, dimenticato dal tempo dei Romani, necessario per rendere possibile una migliore conservazione. Tra i più famosi vini d'epoca medievale possono citarsi i vini istriani, i triestini tra cui il Ribolla. Il suo nome veniva dal latino *Rubeulus*, che vuol dire rossastro. Invece le uve dell'udinese producevano un vino giallastro, leggero e fresco. Sempre nella Venezia Tridentina e Giulia c'erano Malvasia e Terrano, questo dal colore rosso carico e con profumo di lamponi, frizzante e asprigno. In Liguria era già rinomato il vino delle Cinqueterre. Da allora cominciarono ad essere stimati anche i vini da Modena a Bologna, e i vini di Romagna. In Toscana il Trebbiano veniva da un vitigno che dava uva bianca di un colore gialloverdastro, usato per la preparazione di altri vini. Anche l'Aleatico era di origine toscana, poi diffuso in Lazio e Puglia. Il Sangiovese era allora vitigno usato per la produzione di celebri vini come il Chianti e il Brunello di Montalcino. La Vernaccia era coltivata soprattutto in Sardegna e dal suo vitigno ricavavano sia vini bianchi secchi, sia dolci e liquorosi. Famose le Malvasie delle

isole Eolie, soprattutto di Lipari. Tuttavia, allora, il vino considerato tra i più pregiati era quello di San Gimignano e di Montepulciano. Per il suo vino Montepulciano divenne famoso anche nella leggenda storica e letteraria. Francesco Redi nel suo ditirambo *Bacco in Toscana* racconta come Bacco, dopo aver gustato i tanti vini toscani, dovendo promuoverne uno solo, preferì quello di Montepulciano, definendolo "d'ogni vino il re". Ma anche prima del Redi, Montepulciano era già stato reso famoso nella storia del vino per l'onore procuratogli da un nobile marchese tedesco. Lo accerta nella chiesa di San Biagio, progettata da Antonio da San Gallo il Vecchio, la tomba del nobile tedesco del XV secolo, che viaggiava per tutta la Toscana al fine di scoprire quale per lui fosse il vino migliore. Per ciò si faceva precedere dal suo fedele servitore, affinché s'informasse personalmente, prima dell'arrivo del padrone, in qual osteria o taverna il suo signore si dovesse fermare a degustare il vino giusto. E, per fargli sapere dove il vino fosse veramente meritevole il servo doveva lasciare scritto "Est" sul muro della giusta cantina. Giunto a Montepulciano, sui muri delle sue locande, esaltato dalla eccezionale bontà di quei vini superiori a tutti gli altri, il servo lasciò scritto non uno solo ma bensì tre "Est, Est, Est". Il nobile padrone, dopo averlo degustato, ne fu ancor più entusiasta e non solo decise di cessare ogni altra ricerca, ma si stabilì a Montepulciano e vi rimase tanto da farsi poi seppellire in una delle sue importanti chiese, ove ancor oggi se ne può ammirare la tomba.

31



"TNÌ BÒTA"

di Gianni Morolli

32

LA RECENTE EPIDEMIA DI COVID 19 ha accelerato bruscamente la mutazione, che già si intravedeva in tempi recenti, del rapporto medico paziente. Come in altre categorie, è entrato a gamba tesa, per il MMG, il lavoro da remoto. Il sollievo per lo svuotamento della sala d'aspetto, non è riuscito a compensare il vuoto clinico, l'esercizio al letto del paziente, che si è verificato dopo il "tutti a casa" e l'avvento dell'*iphone*. A complicare le cose è arrivato il virologo che, forse, ha più pratica di laboratorio che di persone, e l'assenza di frecce all'arco del MMG che, per sua natura, è più portato al fare che a stare con le mani in mano lungo la

La riduzione ai minimi termini dei **contatti**, a favore di messaggi, *whatsapp, mail*, ha **inaridito** il colore ed il calore della comunicazione e complicato in parte l'**approccio diagnostico**.

sponda del fiume. La riduzione ai minimi termini dei contatti, a favore di messaggi, *whatsapp, mail*, ha inaridito il colore ed il calore della comunicazione e complicato in parte l'approccio diagnostico. In tanta amarezza, mi ha soccorso il buon Sordi che, nel "Il medico della mutua", già allora anticipava la professione del medico al telefono. Il contatto telefonico richiede buona conoscenza del paziente e maggiore abilità a districarsi nella diagnosi differenziale e nel riconoscere le "red flags". Se poi, il paziente, lo straniero di turno, non slega l'italiano, allora sono problemi. Comunque, con un po' di Tachipirina, raramente antibiotico, ancor meno cortisone, non più Plaquenil, saturimetro e USCA si riesce a "cavare i zampetti", anche se questo modus operandi da remoto, con 40 anni di convenzione alle spalle, mi toglie entusiasmo e lascia una sensazione di vuoto. Non sarà mica il *burn out* da COVID? Ma nooo. Hanno detto "andrà tutto bene". Sarà! Importante è "tnì bòta"!



UN DOVEROSO OMAGGIO POSTUMO A ROSALIND FRANKLIN (1920-1958) STORIA DI UN PREMIO NOBEL MANCATO

di Pier Luigi Guareschi

SULLA FACCIATA DI UN PUB di Cambridge UK c'è una targa commemorativa con la seguente scritta: *DNA Double Helix 1953 "the secret of life". For decades the Eagle was the local pub for scientist from the nearby Cavendish Laboratory. It was here on 28th February 1953 that Francis Crick and James Watson first announced their discovery of how DNA carries genetic information. Unveiled by James Watson. 25th April 2003.* Come si può notare nella fotografia a fianco, una mano anonima, probabilmente animata da un grande senso di onestà intellettuale, ha sentito il bisogno di aggiungere, in un modo un po' rozzo, la scritta + Franklin, seguita dal disegno di un cuoricino. Watson e Crick erano inizialmente alle prese con un vero e proprio rompicapo, perché erano convinti che la struttura del DNA fosse monoelicoideale. La chiave per risolvere l'enigma fu fornita da Rosalind Franklin, una cristallografa del King's College di Londra che, studiando gli effetti della diffrazione dei raggi X su un cristallo di DNA, ottenne, nel 1952, la famosa fotografia n° 51 in cui si può osservare che il DNA ha una forma a doppia elica (vedi Figura 2).

In questa fotografia storica i raggi X, grazie al fenomeno fisico della diffrazione, rimbalzano sugli atomi di una molecola di DNA lasciando un'impronta che ha permesso di ricostruire la forma a doppia elica. Fu il biologo molecolare neozelandese Maurice Wilkins, un collega della Franklin, con il quale la ricercatrice aveva avuto noti screzi, a rivelare a Watson e Crick i risultati ottenuti dalla scienziata e non ancora pubblicati, permettendo loro di uscire dal guado in cui le loro ricerche si erano arenate. Rosalind Franklin morì prematuramente nel 1958 a causa di un carcinoma ovarico

33

Figura 1.
La targa all'esterno del pub **The Eagle**, Cambridge

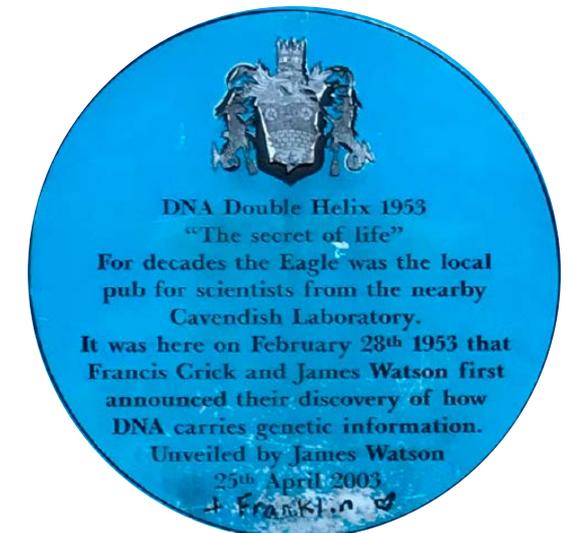
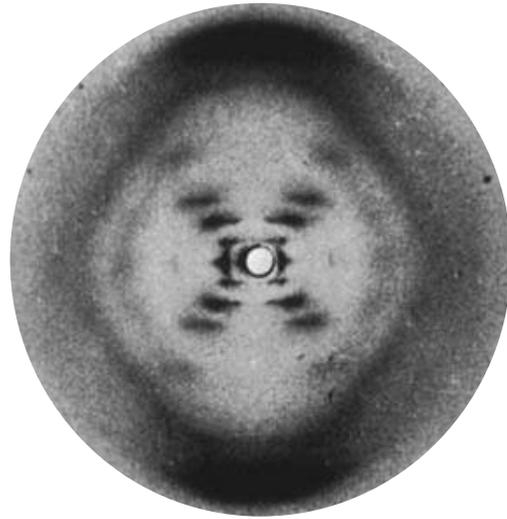


Figura 2. La famosa "Foto 51" in cui si vede la struttura a **doppia elica** del DNA. Fonte: Wikipedia



che, probabilmente, aveva contratto in seguito alle ripetute esposizioni ai raggi X. Nel 1962, in occasione della consegna del prestigioso premio Nobel per la Medicina a Watson, Crick e Wilkins per le loro ricerche sul codice genetico, a quattro anni dalla morte della scienziata, il suo nome non fu nemmeno menzionato.

Questa grave mancanza ha indignato nel tempo molti



Figura 3. Nel riquadro in alto: **James Watson**, a sinistra, con **Francis Crick**, a destra (Science Photo Library). Nel riquadro a fianco: **Rosalind Franklin** (Wikipedia)



genetisti e forse uno di essi, per dare il meritato riconoscimento alla ricercatrice, ha sentito il bisogno di aggiungere sulla targa commemorativa affissa sulla porta dell'Eagle Pub di Cambridge la scritta + Franklin. Anche noi siamo solidali con il gesto compiuto da quella mano sconosciuta e vorremmo che la targa venisse rifatta, così come che venisse ricordato il nome della Franklin tutte le volte che si citano i ricercatori che hanno contribuito alla scoperta della struttura del DNA per dare a Rosalind quel che è di Rosalind.

Bibliografia

- 1) Purroy J., *Il genoma umano. Riscrivere il nostro codice genetico*, National Geographic Anno 1- Numero 3 – Milano 2018), pp. 61- 63.



A PROPOSITO DI PSICHE E SOMA

di Angelo Battistini

CON L'AVVENTO DEL TERZO millennio la formazione in Medicina è divenuta sempre più specialistica e tecnicizzata. Al contempo

la Psicoanalisi, tradizionalmente votata allo studio dei processi psichici, ha colpevolmente trascurato il dialogo col mondo medico. Ne è derivata una carenza di confronto che avrebbe potuto essere ben più fruttuoso di quanto non sia avvenuto fino ad ora. Come psicoanalisti riteniamo quindi un segnale decisamente incoraggiante il recente articolo comparso sulla prestigiosa Rivista The Lancet in cui, a proposito del dramma che gli statunitensi stanno vivendo per via del Covid 19, si auspica una collaborazione delle Istituzioni mediche americane con gli psicoanalisti, cui viene riconosciuta una competenza specifica riguardo la conoscenza di peculiari infausti meccanismi di difesa di massa che si sono attivati contro una matura e piena consapevolezza dei rischi di tale pandemia. In particolare gli articolisti di Lancet segnalano la pernicioso diffusione del "diniego", un meccanismo mentale di difesa, basato su un atteggiamento inconscio di onnipotenza/onniscienza, che porta al grave

disconoscimento della realtà psichica, in particolare di una realtà sgradita o penosa come appunto può essere il riconoscere realisticamente la pericolosità dell'esposizione al virus. In altri termini coloro che ricorrono al diniego, ritenendo di possedere la verità, ignorano o negano valore, in modo del tutto irrazionale, a qualunque percezione o dato porti elementi in contrasto con le loro tetragone convinzioni. Ecco l'articolo in questione:

LA PSICOANALISI NELLA LOTTA ALLA NON-ADERENZA DI MASSA AI CONSIGLI MEDICI

Austin Ratner, Nisarg Gandhi

Il fallimento degli USA nel contenere il Covid-19 è stato spettacolare da ogni punto di vista. Se lo si guarda come un esempio di non-aderenza di massa ai consigli medici, tuttavia, è un caso unico nella storia moderna. Mai prima d'ora un numero così grande di cittadini ha avuto un accesso tanto ampio alle informazioni e nello stesso tempo ha contestato le raccomandazioni della sanità pubblica negando così a squarciagola l'evidenza dei fatti medici.

I mass media hanno indicato il diniego psicologico come una causa della non-aderenza alle raccomandazioni della sanità pubblica per il Covid-19, i cambiamenti climatici e altri rischi (1), ma le autorità sanitarie fino ad oggi non hanno usato questo concetto in modo sistematico, per non dire che l'hanno del tutto ignorato. Riteniamo sia giunto il momento per la sanità pubblica di aggiungere lo studio e il trattamento del diniego psicologico alla propria cassetta degli attrezzi per combattere la non-aderenza ai consigli medici. A questo scopo suggeriamo una nuova partnership tra gli ambiti della psicologia sperimentale, della salute pubblica e della psicoanalisi, ambito quest'ultimo che ha per primo postulato l'esistenza di meccanismi di difesa come il diniego e che resta ancora l'unico a tentare di trattarli.

Mai prima d'ora un numero così grande di cittadini ha avuto un **accesso tanto ampio** alle informazioni e nello stesso tempo ha contestato le **raccomandazioni** della sanità pubblica

Per quanto gli psicoanalisti si siano storicamente sottratti a una collaborazione con gli psicologi sperimentali e con gli epidemiologi (2), i tempi sono maturi per un cambiamento. Dopo decenni di isolamento l'American

Psychoanalytic Association ha iniziato ad aprire le sue porte e a sostenere quei membri che hanno cercato a lungo più integrazione con le scienze sperimentali e più coinvolgimento nella sanità pubblica. Questo atteggiamento si rivela assolutamente prezioso in un momento in cui il diniego psicologico su molteplici fronti si è messo sotto i riflettori come una vera e propria crisi sanitaria. Molti studiosi di scienze cognitive hanno documentato l'esistenza del diniego (3) e dei fenomeni correlati, come la capacità dell'ansia di compromettere il pensiero razionale (4), ma generalmente non hanno considerato i propri dati mettendoli a confronto con il modello psicoanalitico dei meccanismi di difesa, che avrebbe potuto aiutare a spiegarli e suggerire dei rimedi. La mentalità isolazionista degli psicoanalisti del passato ha contribuito a produrre questa disconnessione, ma sarebbe sbagliato presumere che per questo motivo la psicoanalisi non possa offrire un aiuto. Attualmente il diniego ci circonda; ignorare la sapienza psicoanalitica in queste circostanze potrebbe essere legittimamente interpretato come un altro esempio di diniego. In che modo gli psicoanalisti potrebbero aiutare a curare il diniego e la non-aderenza di massa? Tanto gli epidemiologi quanto gli psicoanalisti risolvono i problemi aumentando la consapevolezza; gli epidemiologi aumentano la consapevolezza dei rischi sanitari, mentre gli psicoanalisti stimolano nelle persone la consapevolezza delle proprie difese psicologiche, che operano per spingere pericoli e ansie fuori

dalla coscienza proprio perché sono difficili da contemplare. Anche se non possono trattare individualmente ogni caso di diniego, gli psicoanalisti possono istruire gli operatori sanitari e gli amministratori pubblici sui processi di negazione, lavorando con loro per creare una comunicazione efficace che aiuti a disperdere e a delimitare questa serpeggiante tendenza psichica. In tempi più favorevoli la non-aderenza ai consigli medici costa un numero indicibile di vite umane e centinaia di miliardi di dollari ogni anno (5). Gli studiosi che commentano il fenomeno invocano un miglioramento della comunicazione. Dal momento che la comunicazione sulle difese inconsce è ciò che fanno gli psicoanalisti è ragionevole includerli nei gruppi curanti. Siamo convinti che siano pronti a partecipare.

«Con l'avvento del terzo millennio la **formazione** in Medicina è diventata sempre più specialistica e **tecnicizzata**»: tutti guardano in direzione diversa dal malato... la medicina si sta **allontanando** sempre più dal paziente.

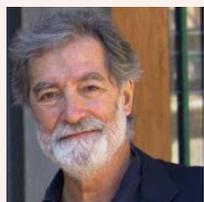
Bibliografia

1. Friedman L. Covid, climate, and denial. Oct 7, 2020. <https://www.nytimes.com/2020/10/07/climate/covid-climate-and-denial> (accessed Oct 13, 2020).
2. Ratner A. The psychoanalyst's resistance to the task of proof. *Psychoanal Rev* 2018; **105**: 157-86.
3. Carey B. Denial makes the world go round. Nov 20, 2007. <https://www.nytimes.com/2007/11/20/health/research/20deni.html> (accessed Oct 13, 2020).
4. Moran TP. Anxiety and working memory capacity: a meta-analysis and narrative review. *Psychol Bull* 2016; **142**: 831-64.
5. Iuga AO, McGuire MJ. Adherence and health care costs. *Risk Manag Healthc Policy* 2014; **7**: 35-44.

www.thelancet.com

Published online October 19, 2020



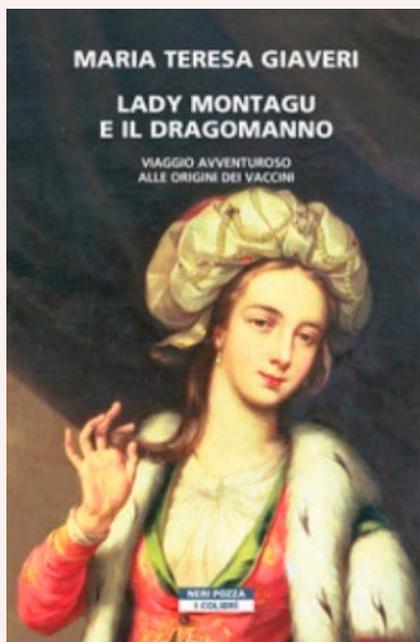


Maria Teresa Giaveri
LADY MONTAGU E IL DRAGOMANNO
 VIAGGIO AVVENTUROSO ALLE ORIGINI DEI
 VACCINI (2021 Neri Pozza)

di Mauro Giovanardi

38

LA LADY È MARY WORTLEY Montagu (1689-1762), all'inizio della storia giovane moglie dell'appena nominato ambasciatore inglese in Turchia. Lady Montagu - aristocratica, anticonformista, poetessa, scrittrice - grazie a rango, intelligenza, fascino e a una conoscenza delle lingue (italiano, francese, tedesco) da vera poliglotta, si muove con disinvoltura nei salotti e



nelle corti europee e orientali, frequenta aristocratici e filosofi, perfettamente a suo agio nel clima culturale del secolo dei Lumi. Il dragomanno è Emanuel Timoni (1670-1718), di famiglia di origini genovesi, che occupa il posto prestigioso di primo dragomanno dell'ambasciata inglese di Costantinopoli. I dragomanni, per la loro conoscenza delle lingue e delle usanze del paese in cui operano, sono fondamentali interpreti e intermediari nelle trattative diplomatiche, giuridiche e commerciali. Molti, come lo stesso Emanuel, che si è laureato nella prestigiosa Università di Padova, sono anche medici e preposti alla tutela della salute di alte personalità turche. I due si incontrano a Costantinopoli nel 1717 quando Edward Wortley Montagu, marito di Lady Mary, fresco di nomina come ambasciatore inglese, assume Emanuel Timoni nella duplice veste di interprete per le sue trattative diplomatiche e di medico collaboratore del collega scozzese dottor Charles Maitland giunto al seguito della famiglia Montagu. Lady Montagu, ella stessa scampata al vaiolo, che ne ha segnato la bellezza, per raggiungere Costantinopoli attraversa un'Europa

in cui il morbo è endemico e si manifesta con ondate epidemiche che decimano la popolazione. Durante il viaggio apprende, sembra grazie a «chiacchiere di donne», di un'invenzione chiamata *inoculazione*, pratica (i cui dettagli lascio al piacere della lettura) in uso fra le contadine ai confini settentrionali della Grecia, che rende il vaiolo completamente inoffensivo e la descrive all'amica Sarah Chisvell in una lettera dell'aprile 1717.

Timoni, dal canto suo, quando Lady Mary giunge a Costantinopoli, già da anni si adopera per affermare il metodo dell'inoculazione nella pratica della medicina ufficiale e internazionale, avendolo descritto fin dal 1713 in una corrispondenza pubblicata sull'organo ufficiale della prestigiosa società scientifica *Royal Society*.

Il racconto - quanto mai attuale in questi mesi di pandemia in cui la ricerca e la somministrazione dei vaccini è obiettivo primario di gran parte degli Stati - è la storia di un duplice viaggio: quello personale di Lady Mary Montagu fra Oriente ed Europa e il viaggio, nel tempo e nello spazio, dell'idea salvifica che lei sosterrà appassionatamente, fra alterne fortune, per tutta la

È la storia di un duplice viaggio: quello personale di Lady Mary Montagu fra Oriente ed Europa e il viaggio dell'idea salvifica che lei sosterrà appassionatamente fra alterne fortune

L'autrice, **Maria Teresa Giaveri**, nata nel 1944, giornalista e traduttrice, già professore ordinario di Letteratura Francese e poi di Letterature Comparete, è ora membro dell'Accademia delle Scienze di Torino e dell'Accademia Peloriana, Chevalier des Arts et des Lettres della Repubblica Francese, direttore di riviste scientifiche e vice-presidente del Pen Club Italiano.

39

vita incrociando il pregiudizio e la misoginia di una parte del mondo accademico e religioso nei confronti di un esperimento inventato da donne e portato avanti da donne per di più contadine ignoranti, ma raccogliendo anche



il favore di sovrani e intellettuali illuminati.

Finché nel 1798 la medicina ufficiale accetterà il metodo della vaccinazione come proposto dal dottor Edward Jenner, diretta evoluzione della pratica dell'inoculazione.

Edward Jenner
 (1749-1823)



di Saverino La Placa

40

INDOVINELLO

CI SONO TRE FRATELLI: A VOLTE SONO brutti, altre sono belli. Il primo non c'è perché sta uscendo, il secondo non c'è perché sta arrivando, c'è solo il terzo che è il più piccolo dei tre, ma se manca lui nessuno degli altri due c'è. Chi sono?

REBUS (7, 9, 4)

VEC



ST



A



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: **sei tu**.

Spiegazione del rebus: "BOLLE" "T" "TINO" "MEDICO" (**Bollettino medico**).

Spiegazione del gioco con numeri: **80 euro**.

GIOCO CON NUMERI

«HO TRASCORSO UN SESTO DELLA mia vita in campagna, quando ero ragazzo» racconta Giuseppe «poi un dodicesimo della stessa commerciando in liquori a Milano, e poi un settimo più cinque anni nella politica e nel matrimonio, e con questi siamo all'epoca in cui nacque Antonio. Quattro anni fa, quando Antonio fu eletto sindaco, aveva solo la metà della mia età attuale». Quanti anni ha Giuseppe?



LA NECESSITÀ DI MUTARE: DALLE VARIANTI VIRALI ALLA DISCIPLINA DELLA PROPRIETÀ INTELLETTUALE

di Mario Bartolomei

41

PIÙ DI NOVE DOSI SU DIECI di "vaccini COVID-19", pari al 92% del totale, sono state somministrate in Paesi a reddito medio-alto, che ospitano a loro volta circa la metà della popolazione mondiale. Tra questi, i paesi più ricchi si sono assicurati il 53% delle dosi, pur rappresentando solo il 14% della popolazione mondiale. Tutto ciò non è chiaramente ammissibile. Non solo per evidenti ragioni etiche, ma soprattutto perché in questo modo avremo creato le condizioni per nutrire un gigantesco incubatore di varianti virali. Tuttavia, sembrerebbe che lentamente anche le istituzioni internazionali possano in parte mutare, abbandonando tradizionali atteggiamenti di asserragliamento nazionalistico o macro-regionalistico. Lo scorso 19 febbraio si è tenuto il prevertice del G7, che si riunirà il prossimo 11-13 giugno in Cornovaglia. Le tematiche sul piatto saranno il multilateralismo nelle relazioni internazionali, la ripresa economica, l'ambiente e la salute. In relazione al capitolo sulla salute individuale e collettiva, c'è l'intenzione di stanziare tra i 6,2 e i 7,5 miliardi di euro per i vaccini da destinare ai Paesi non

industrializzati. Il finanziamento confluirà nel programma COVAX, pilastro della collaborazione globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità denominata ACT-A, creata per accelerare lo sviluppo, la produzione e l'accesso equo ai test COVID-19, ai relativi vaccini e trattamenti.

Allo stesso tempo, a inizio marzo è stata discussa in seno all'Organizzazione Mondiale del Commercio la richiesta di moratoria sui brevetti dei vaccini, presentata da India e Sudafrica, che al momento si è conclusa con un nulla di fatto. Il risvolto positivo è che finalmente la monolitica disciplina della proprietà intellettuale, che fino ad ora era stata considerata un *totem*, inizia a essere messa in discussione in modo sempre più diffuso e trasversale.

Finalmente la monolitica disciplina della **proprietà intellettuale** inizia a essere messa in discussione in modo sempre più **diffuso e trasversale**.

Infine, a livello europeo è nata una campagna di sensibilizzazione che si chiama "Diritto alla cura. Nessun profitto sulla pandemia" e che scadrà il prossimo 1 maggio (<https://noprofitonpandemic.eu/it/>). L'idea di base è che un'azienda privata non dovrebbe avere il potere di decidere chi ha accesso a cure o vaccini e a quale prezzo. Sarebbe necessaria trasparenza sui costi di produzione, i contributi pubblici, i contratti tra autorità pubbliche e aziende farmaceutiche. I tre esempi raccolti dimostrano che la circolazione del SARS-CoV-2 e la sua distribuzione planetaria facilitata non solo l'emergenza di varianti virali, ma fornisce anche qualche timido spunto evolutivo, si spera, verso rinnovati paradigmi globali, sociali e giuridici.

Per approfondire:

Aljazeera, 'Wildly unfair': UN boss says 10 nations used 75% of all vaccines, [aljazeera.com](https://www.aljazeera.com/news/2021/02/17/un-boss-says-10-nations-used-75-of-all-vaccines), 17/02/2021.

Mckee M. et al., Are Populist Leaders Creating the Conditions for the Spread of COVID-19?; Comment on "A Scoping Review of Populist Radical Right Parties' Influence on Welfare Policy and its Implications for Population Health in Europe, IJHPM, 14/07/2020.

Strada G., Se vogliamo uscire dall'emergenza Covid-19 i vaccini devono arrivare a tutti: mobilitiamoci, L'Espresso, febbraio 2021.

Yunus Muhammad et al., COVID-19 Vaccines A Global Common Good, 01/10/2020, [thelancet.com](https://www.thelancet.com).



«Tuttavia, sembrerebbe che lentamente anche le **istituzioni internazionali** possano in parte mutare, abbandonando **tradizionali atteggiamenti** di asserragliamento nazionalistico o macroregionalistico.»

X EDIZIONE DEL CONGRESSO: STRATEGIE INTERVENTISTICHE NELLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE E OLTRE

16 ottobre 2021 – Centro Congressi SGR di Rimini
Segreteria Organizzativa: Adria Congrex srl
Tel. 0541.305811 - mail: acxbooking@adriacongrex.it

PROGETTO ECM NEW CHALLENGES TO FIX DIABETES

18 maggio e 21 settembre 2021 sulla piattaforma Prex Srl
Segreteria Organizzativa: PREX Srl
Tel. 02.679721 - mail info@prex.it
www.prex.it/eventi/newchallengestofisdiabetes-rimini

ANNUNCIO

Informiamo tutti i colleghi che quest'anno l'**UNDICESIMA GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA** sarà organizzata **domenica 10 ottobre 2021 presso il Palacongressi di Rimini**. Verrà pubblicato sul sito dell'Ordine il programma della cerimonia.



IL VIRUS CHE STA CAMBIANDO LE NOSTRE VITE

di Giovanna Tommasini Grossi

44

CORONAVIRUS: SONO ORMAI trascorsi 14 mesi dalla sua comparsa in Italia, un virus proveniente dalla Cina che inizialmente è stato sottovalutato pensandolo lontano da noi ma quando è arrivato nella nostra penisola ha subito destato allarme ed emergenza. L'annuncio di

questa malattia poco conosciuta, ha interrotto le nostre abitudini costringendoci inizialmente ad un isolamento totale. Durante il periodo di *lockdown* la nostra Associazione ha continuato a mantenere un dialogo aperto con le Socie sia a livello locale che nazionale. Dapprima, pur avendo



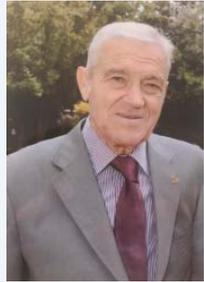
consapevolezza della grave situazione di pandemia, si pensava ad un fenomeno di breve durata e infatti l'arrivo dell'estate ci aveva fatto vivere l'illusione che tutto sarebbe tornato come prima. Seppur in un modo diverso, vale a dire con distanziamento e mascherine, eravamo riuscite ad

La Sezione di Rimini ha cercato di rendersi utile donando uno **spirometro**, strumento medico che serve a misurare la **funzionalità respiratoria** del paziente

incontrarci per mantenere vive le nostre relazioni. Con l'arrivo dell'autunno, il virus si è ripresentato ancora in forma pericolosa, costringendoci a sospendere ahimè tutti gli eventi e gli incontri programmati. La pandemia, aveva preso il sopravvento facendoci vivere forzatamente in modo nuovo e diverso. In questi mesi, nonostante tutto, abbiamo mostrato la nostra capacità di far fronte in maniera positiva a questo mutamento. Il cambiamento ha toccato anche l'AMMI, infatti la nostra Associazione ha adottato nuove strategie facendosi sentire con i numerosi incontri webinar che si svolgono sulle diverse piattaforme.

Tutto questo per mantenerci vicine anche se distanti. Non è ancora tempo d'incontri, tuttavia possiamo intravedere un segnale positivo. La campagna di vaccinazione, malgrado le incertezze è iniziata e si spera possa proseguire speditamente. In questo periodo di grande difficoltà la Sezione di Rimini ha cercato di rendersi utile donando uno spirometro, strumento medico che serve a misurare la funzionalità respiratoria del paziente e rilevare la presenza di malattie broncopulmonari, comprese le complicanze post-Covid. L'AMMI è una associazione no profit costituita dalle mogli, compagne, madri di medici e odontoiatri, donne medico, farmacisti, biologhe e psicologhe, riunite dal comune desiderio di finanziare il volontariato, la ricerca e promuovere la cultura nell'ambito sanitario. Grazie alla generosità delle nostre Socie, si è potuto intervenire con un aiuto concreto per sostenere il Poliambulatorio "LA FILIGRANA" che offre servizi medici e specialistici specialmente a chi vive in stato di marginalità, disagio o povertà. Tutte noi, ci sentiamo partecipi di questo difficile momento, dove la crisi sanitaria ed economica ha generato effetti sulla popolazione più fragile creando "nuove povertà". La nostra è una donazione che vuole essere la prova tangibile della vicinanza dell'AMMI a chi combatte le disuguaglianze facilitando l'accesso alle cure delle persone in difficoltà socio-economiche.

45



RINALDO RIPA

(25 maggio 1935 – 25 novembre 2019)

46

"Alcuni scalano le montagne per guardare giù dalla cima. Altri, per guardare la successiva cima più alta. A coloro che si sforzano di raggiungere la cima più alta".

Mark Freed, M.D.

CONSEGUITA LA MATURITÀ classica al Liceo Classico G. Cesare di Rimini, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna, è stato Assistente Universitario presso la Clinica Medica dell'Università di Ferrara, poi Primario Medico

dell'Ospedale Civile di Cesenatico, poi di quello di Ravenna, infine, dal 1982, Primario Medico del Raggruppamento Medicina-Cardiologia-Geriatria della Casa di Cura Villa Maria di Rimini. Ha conseguito numerose Specializzazioni, è stato Professore all'Università di Ferrara ed ha tenuto lezioni in diverse Scuole di Specializzazione fino all'anno 2000. Vincitore di Premi Scientifici e di Borse di Studio, autore di numerose pubblicazioni scientifiche, tra cui molte monografie. Membro eletto dell'American Association for the Advancement of Science [editrice della Rivista "Science"]. Temperamento passionale ed idealista, in veste di Presidente del Rotary Club Rimini ha portato a termine la risistemazione della statua bronzea di G. Cesare in Piazza Tre Martiri (alle Idi di Marzo del 1996), il dono del busto bronzeo di Cesare al Liceo Classico di Rimini ed il restauro della Pala Ligna di Giorgio Vasari nella Chiesa di S. Fortunato a Covignano. Fine letterato e fervido credente, ha fatto precedere le sue pubblicazioni scientifiche da poesie dei suoi amati Pascoli e D'Annunzio e da versetti della Bibbia; non ha visto altro che poesia nella scienza,



47

nella ricerca e nella pratica medica, che ha brillantemente esercitato come un'arte appassionante. Ha dedicato la vita alla Medicina e alla sua famiglia, che ha voluto allargare ai numerosi figli indiani, sostenendo fattivamente l'operato del missionario salesiano Padre Bianchi e nel nome dei suoi genitori ha fatto costruire una casa fortificata per i missionari in Kenya. A fine novembre 2019 ci ha lasciato improvvisamente, cercando di non creare troppi fastidi, evitando che per lui potessero essere perse energie e risorse, proprio come voleva. Nei suoi ultimi giorni mi ha rimproverato di accanimento diagnostico: cercavo di fare in modo di non farlo allontanare, ma ha avuto l'aiuto del suo vecchio amico miocardio, di cui aveva studiato e

pubblicato la poesia delle correnti ioniche e dei fini meccanismi. Solo su di lui ha potuto contare per potersi ritrovare finalmente nelle braccia tenere del mistero. La sua scomparsa ha lasciato un grande vuoto nella comunità medica riminese. Personalmente, ci è voluto del tempo per elaborare la perdita e solo ora riesco a salutarlo con la poesia di Thomas Eliot, che gli piaceva tanto:

*"Tempo presente e tempo passato
Sono forse entrambi presenti nel
tempo futuro
E il tempo futuro è contenuto nel
tempo passato".*

Arrivederci Prof.

Sara Ripa



DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 1° DICEMBRE 2020

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa CANTELE Valentina per trasferimento da OMCeO Biella
dott.ssa PAOLI Serena per trasferimento da OMCeO Arezzo

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. VULF Igor per decesso

Variazione Cittadinanza:

dott. NGATEU KAMELA Thierry Fleury cittadinanza italiana

Iscrizione REGISTRO MNC:

dott.ssa BRICI Silvia Omotossicologia
dott.ssa DEL GOVERNATORE Alessandra Omeopatia, Omotossicologia
dott. DI PASQUALE Alessandro Omeopatia, Omotossicologia
dott.ssa METALLI Sara Omotossicologia
dott. PIRONI Paolo Omeopatia, Omotossicologia
dott.ssa RASTELLI Sandra Omotossicologia
dott.ssa RINALDI Gloria Omotossicologia

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 16 DICEMBRE 2020

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

Dott. ANTONINI Stefano di Rimini
dott.ssa DAVOLI Ombretta per trasferimento da Bologna
dott.ssa DI MARCO Simona per trasferimento da Teramo
dott. GIORGI Alessandro di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa AALDERS Maria Anna per cessata attività
dott. CASABIANCA Valter per decesso (12/12/2020)

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. CASABIANCA Valter per decesso (12/12/2020)
dott. CIACCI Alessandro per cessata attività

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BROCCOLI Alessandro per trasferimento a Bologna
dott. GASPARRE Giuseppe per trasferimento a Verona
dott. PERSIA Stefano per trasferimento a Reggio Emilia

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott. PERSIA Stefano per trasferimento a Reggio Emilia

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 12 GENNAIO 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BRANCALEONI Barbara per trasferimento da Bologna
dott. PARADISI Davide di Rimini

dott.ssa RAGGI Giulia
dott.ssa RICCI Diletta
dott.ssa SANTINI Elena Maria
dott. SERRONI Piero Maria

di Rimini
di Rimini
di Rimini
di San Giovanni in Marignano

Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. FABBRI Daniele

di Riccione

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa DE LUCA Serena
dott. GRILLI Claudio
dott. MALTONI Giulio
dott. PERSIA Stefano
dott. STEFANO Mauro

per trasferimento a Bologna
per cessata attività
per trasferimento a Bologna
per trasferimento a Reggio Emilia
per trasferimento a Bologna

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa BUGLI Sofia
dott. DE DONATO Federico Tullio
dott.ssa GHIANDONI Sara
dott. ZAVOLI Andrea

di Faetano (RSM)
di Rimini
di Cattolica
di Borgo Maggiore (RSM)

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. GRILLI Claudio
dott.ssa TINARELLI Veronica
dott. PERSIA Stefano

per cessata attività
per trasferimento a Bologna
per trasferimento a Reggio Emilia

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 18 FEBBRAIO 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa DALL'OLMI Emanuela
dott. GALLO Mattia
dott.ssa MATAKA Ema
dott.ssa MOCCALDO Antonia
dott.ssa MONALDINI Anna
dott.ssa PELUSI Gabriella
dott. PIVI Alex
dott.ssa VITALI Giulia

per trasferimento da Bologna
di Rimini
per trasferimento da Modena
per trasferimento da Roma
di Rimini
per trasferimento da Bologna
di Rimini
per trasferimento da Forli-Cesena

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa CARLONI Rosanna
dott.ssa CREPALDI Lidia
dott. GASPARRE Giuseppe
dott.ssa MALDINI Alessandra

per cessata attività
per cessata attività
per trasferimento a Verona
per cessata attività

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa VENDEMINI Francesca per trasferimento a Milano

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 25 MARZO 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BONAZZI Stefano

di Riccione (RN)

dott.ssa CIANELLA Federica per trasferimento da Perugia
dott. FERRAZZA Carlo per trasferimento da L'Aquila
dott. GAMBERINI Andrea di Rimini
dott.ssa RUBINI Ilaria di San Giovanni in Marignano (RN)
dott.ssa SIMONCINI Sabrina di Montefiore Conca (RN)

Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa MALDINI Alessandra di Rimini
dott.ssa PASCUCCI Annarosa di Montecerignone (PU)

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BROCCOLI Alessandro per trasferimento a Bologna
dott. MALDINI Massimo per cessata attività
dott. TOCU Doru per decesso (18.02.2021)

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. D'IPPOLITO Edoardo a Lecce
dott. ssa NERI Raffaella a Bologna

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott. MERLI Nicola a Bologna

Variazione cittadinanza e Codice Fiscale:

dott.ssa SHALBAROVA Medina di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 15 APRILE 2021

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. GAROZZO Marcello per trasferimento da Pesaro Urbino
dott. GOMROKCHI Mohammad Kazem per trasferimento da Ancona
dott.ssa GHOLAMREZAEI Mahnaz per trasferimento da Ancona
dott.ssa LUCARINI Ghiuldjihan di Misano Adriatico (RN)
dott.ssa POLIDORI Sara di Peticara (RN)

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CATRANI Gian Maria per decesso (29.03.2021)
dott.ssa VENDEMINI Francesca per trasferimento a Milano
dott. ZAVALLONI Daniele per decesso (08.04.2021)

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BUDA Vanessa a Forlì - Cesena

Variazione cittadinanza e Codice Fiscale:

dott.ssa GADAEVA Dilfuza di Rimini



L'epidemia è una faccenda
di ciascuno e ciascuno deve
compiere il suo dovere.

Albert Camus, *La Peste* (1947)