

# il Notiziario

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



**anno XXIV numero 3**  
ottobre-dicembre 2021

**Domenica 10 ottobre 2021** Palacongressi di Rimini



**Dodicesima giornata**  
*del Medico e dell'Odontoiatra*



# il Notiziario

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

anno XXIV numero 3  
ottobre-dicembre 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. Salvatore De Franco – presidente FEDER.S.P.eV. Emilia Romagna  
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I Sezione di Rimini

**Referenze iconografiche:**

Archivio fotografico dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Rimini per la copertina e le pagine 19 e 20  
Pagina web AUSL della Romagna per la pagina 7  
Web per le pagine 24, 38, 40, 42 e 43  
Bibliografia dell'articolo per le pagine 32, 34 e 36

*a tutti gli iscritti auguriamo  
un sereno Natale e un felice  
anno nuovo*

**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

SUI VACCINI E SULL'OBBLIGO  
VACCINALE  
di Maurizio Grossi

4

## Il punto redazionale

di Marco Grassi

6

## Sanità Locale

INAUGURAZIONE  
DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ  
DI SANTARCANGELO DI ROMAGNA

7

## Focus sulla Professione

COMMENTO ALLA SENTENZA  
DEL CONSIGLIO DI STATO  
Implicazioni etiche e  
deontologiche  
di Marco Grassi

9

## Medicina Generale

LA CAMPAGNA VACCINALE IN  
ROMAGNA  
di Marco Grassi

16

## Vita dell'Ordine

XII GIORNATA DEL MEDICO E  
DELL'ODONTOIATRA

19

## Parola d'ordine

POSITION STATEMENT  
SUI COMPORTAMENTI  
ANTISCIENTIFICI

21

## Tribuna

DAL CALAMAIO  
ALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE  
Riflessioni di un  
neopensionato  
di Mauro Giovanardi

23

3/2021  
sommario

## Medicina di genere

SARS-COV-2 E GENERE  
di Loreley Bianconi

29

## FOCUS ON

di Laura Baffoni

31

## Medici e padelle

IL NATALE E I CAPPELLETTI  
di Maurizio Della Marchina

37

CENA DELLA TRADIZIONE  
CONTADINA DELLA VIGILIA DI  
NATALE: IL BACCALÀ  
di Marco Grassi

38

## Medici ma non solo

ARCHEOGENOMICA  
DEGLI ETRUSCHI. RUOLO  
DELL'INDAGINE DEL DNA  
di Maurizio Della Marchina

41

## Semiseria...mente

INDOVINELLO  
REBUS  
GIOCO CON NUMERI  
di Saverino La Placa

44

## Pillole e cavilli

BREVI CRONACHE BIOETICHE  
NEL CALEIDOSCOPIO  
PANDEMICO  
di Mario Bartolomei

45

## Spazio Ammi

AMMI-RIMINI HA COMPIUTO  
40 ANNI  
di Giovanna Tommasini Grossi

48

## Spazio Federspev

di Salvatore De Franco

50

51 **Variazioni agli albi**



## SUI VACCINI E SULL'OBBLIGO VACCINALE

di Maurizio Grossi

4

**N**EL MOMENTO IN CUI scrivo questa pagina, l'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Rimini ha sospeso 57 medici e odontoiatri per non aver ottemperato alla vaccinazione obbligatoria per il personale sanitario così come previsto dal D.L. 44 del 2021.

Alcuni di loro, assieme ad altri colleghi in varie parti d'Italia, hanno presentato ricorso al TAR per ottenere la revoca della sospensione. In data 20 ottobre 2021 la sentenza del Consiglio di Stato, la numero 7045, ha respinto tutte le eccezioni dei ricorrenti. Le motivazioni della sentenza costituiscono una lezione di diritto e una rassegna di letteratura scientifica. Alcuni passaggi meritano di essere conosciuti. In uno di questi si afferma che "il legislatore, in una situazione pandemica che vede il diffondersi di un virus a trasmissione aerea, altamente contagioso e spesso letale per i soggetti più vulnerabili per via di malattie pregresse – si pensi ai pazienti cardiopatici, diabetici od oncologici – e dell'età avanzata, ha il dovere di promuovere e, se necessario, imporre la somministrazione dell'unica terapia – quella

profilattica – in grado di prevenire la malattia o, quantomeno, di scongiurare i sintomi più gravi e di arrestare o limitarne fortemente il contagio". Poi ancora si dice che in questo contesto, "la vaccinazione obbligatoria selettiva introdotta dall'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 per il personale medico e, più in generale, di interesse sanitario risponde ad una chiara finalità di tutela non solo – e anzitutto – di questo personale sui luoghi di lavoro ma a tutela degli stessi pazienti e degli utenti della sanità, pubblica e privata, secondo il pure richiamato principio di solidarietà, che anima anch'esso la Costituzione, e più in particolare delle categorie più fragili e dei soggetti più vulnerabili che sono bisognosi di cura ed assistenza, spesso urgenti, e proprio per questo sono di frequente o di continuo a contatto con il personale sanitario o sociosanitario nei luoghi di cura e di assistenza". Proseguono i magistrati affermando che "è doveroso per l'ordinamento pretendere che il personale medico o infermieristico non diventi esso stesso veicolo di contagio": sarebbe, per il Consiglio di Stato, un "macabro paradosso" se i pazienti contraessero il virus, con effetti letali per essi, proprio nella struttura deputata alla

“L'obbligo vaccinale per il personale medico ha una chiara **valenza deontologica** e come tale deve essere rispettato.”

cura e per causa del personale deputato alla loro cura, refrattario alla vaccinazione. Nel dovere di cura che incombe sul personale sanitario, "rientra anche il dovere di tutelare il paziente" e non si può, si legge nella sentenza, "lasciare il passo, evidentemente, a visioni individualistiche ed egoistiche, non giustificate in nessun modo sul piano scientifico, del singolo medico che, a fronte della minaccia pandemica, rivendichi la propria autonomia decisionale a non curarsi".

Sono considerazioni che non possono lasciarci indifferenti. Il nostro Codice di deontologia medica all'articolo 14 parla proprio della "sicurezza delle cure" e afferma che "Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti... attraverso l'adesione alle buone pratiche cliniche."

E la vaccinazione è una buona pratica clinica. Lo stesso Consiglio di Stato afferma: "che le terapie vaccinali regolarmente approvate, nei termini di cui si è detto, e in uso attualmente in Italia, come in Europa e nel resto del mondo... presentano per i soggetti ai quali sono inoculate un rapporto rischio/beneficio favorevole che, allo stato delle conoscenze scientifiche, delle

sperimentazioni eseguite, degli studi clinici e dei dati disponibili, non è dissimile da quella dei vaccini tradizionali, alcuni delle quali rese obbligatorie, come noto, dal d.l. n. 73 del 2017, sulla cui legittimità costituzionale, come si dirà tra breve, si è pronunciata la Corte costituzionale con la sentenza n. 5 del 18 gennaio 2018."

Pertanto l'obbligo vaccinale per il personale medico ha una chiara valenza deontologica e come tale deve essere rispettato dagli iscritti all'Ordine professionale, rischio l'apertura di un procedimento disciplinare. La diffusione globale di SARS CoV-2 è una emergenza sanitaria che sta sconvolgendo la dimensione sociale, economica delle nostre esistenze, individuali e collettive.

Viviamo dentro una crisi che impone scelte, spesso inedite e senza precedenti. Come medici e ricercatori, siamo al tempo stesso soggetto, oggetto e strumento di fenomeni complessi e abbiamo dunque la responsabilità di governare e decifrare le dinamiche per aiutare gli altri a giungere ad analoghi livelli di comprensione e consapevolezza. Adempiere all'obbligo vaccinale da parte di noi medici penso sia un valido esempio per tutta la popolazione a fare altrettanto. Solo da una capillare campagna vaccinale potremo uscire da questa emergenza e ritrovare una vita normale.

5

6



di Marco Grassi

**C**ARE COLLEGHE E CARI colleghi, con questo numero natalizio si conclude un altro anno vissuto «intensamente» sotto il profilo professionale. Ad una cauta ma diffusa riapertura alla vita sociale per i cittadini ha corrisposto invece la continuazione di un sovraccarico lavorativo per i medici: al recupero del pregresso (tutte quelle attività ridotte o temporaneamente sospese durante le tre ondate della pandemia) si è sommata l'attività ritornata a livelli pre-Covid e soprattutto l'impegnativa campagna vaccinale. Campagna vaccinale e vaccino sono l'oggetto di buona parte degli articoli di questo numero, a partire dall'Editoriale di Maurizio Grossi che invito a leggere con attenzione. Alcuni punti che coinvolgono aspetti etici e deontologici che riguardano la professione sono ulteriormente sviluppati in altri articoli, cui rimando senza ulteriore presentazione e commenti in questa sede. Accanto a questa parte di Notiziario piuttosto «impegnativa» come contenuti e rilevanza deontologica ritornano alcune rubriche di «alleggerimento», come nei numeri pre-Covid, con la fiducia che possano essere di auspicio per un rapido ritorno alla normalità. Chiudo questo stringato punto redazionale con gli Auguri a tutti voi e alle vostre famiglie di un sereno Natale e gli auspici per un buon anno.

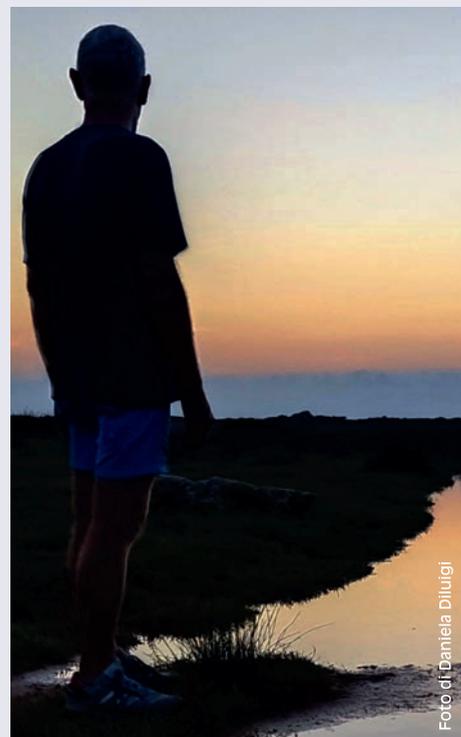


Foto di Daniela Diluigi

*... Cammina,  
cammina sulle piume:  
un fiume  
ogni fosso di scolo  
e ogni salto un volo  
un grido ogni sussurro  
e ogni pranzo  
(o brodo di manzo o)  
pasta al burro...  
ogni alito un vento  
ogni cento un milione  
ogni mattone un Palazzo  
ogni mazzo di fiori una serra  
ogni quartiere la Terra  
ogni donna l'amore  
e due ore di gita  
la Vita.*

Luigi Casadei, "Lilliput"  
(da Sperduti nel Dessert, 1989)

7

## INAUGURAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ (OS.CO.) DI SANTARCANGELO DI ROMAGNA

**I**MPORTANTE PASSO IN AVANTI nel percorso di sviluppo e potenziamento della rete dei servizi territoriali in Ausl Romagna. Il 16 novembre è stato inaugurato il nuovo Ospedale di Comunità (OsCo) di Santarcangelo, il primo della provincia di Rimini. Realizzato al secondo piano dell'ospedale Franchini, in piena integrazione con la Casa della Salute di Santarcangelo, la nuova struttura è dotata di 12 posti letto ed offre un livello di assistenza intermedia tra l'assistenza in

ospedale e al domicilio. Dal 22 novembre accoglie per ricoveri temporanei pazienti che non presentano patologie acute, ma che hanno bisogno di cure difficilmente gestibili a casa oppure pazienti fragili con patologie croniche, residenti nell'ambito territoriale del Distretto di Rimini e in particolare nel territorio di afferenza del Nucleo di Cure Primarie di Santarcangelo-Verucchio. I nuovi spazi, completamente ristrutturati, hanno un'estensione di circa 300 mq. E' dotato con 12 posti letto suddivisi in 4 stanze di



degenza con servizi, sala attesa per i visitatori, servizio igienico per ospiti con accessibilità per persone con ridotta capacità motoria, ambulatorio medico, ambulatorio infermieristico con servizio igienico annesso, ambiente per la residenzialità con servizio igienico annesso e altri locali di servizio. Le opere di ristrutturazione complessiva dei locali hanno riguardato in particolare l'accessibilità agli spazi, il sistema distributivo interno con particolare attenzione allo sviluppo dell'autonoma capacità orientativa e fruitiva dei servizi, il riassetto degli spazi interni destinati alle cure cliniche a bassa intensità, il sistema per la sicurezza, l'ergonomicità, il confort climatico-ambientale, la percezione diffusa della qualità edilizia. Costo complessivo dell'intervento circa 450mila euro.

#### Il modello organizzativo assistenziale

Case della Salute e Ospedali di Comunità sono nodi centrali nella nuova rete dell'assistenza territoriale: l'Ospedale di Comunità si colloca all'interno delle "strutture intermedie", sia nel senso del passaggio da ospedale per acuti al rientro al domicilio dei pazienti, che per il livello del bisogno di salute da trattare e dell'intensità di cure garantite.

L'Ospedale di Comunità, in particolare, afferisce al Dipartimento di Cure Primarie e Medicina di Comunità dell'Ambito di Rimini e prevede una gestione infermieristica H 24, 7 giorni su 7. La responsabilità Clinica è in capo ai Medici di Medicina Generale del Nucleo di Cure Primarie di Santarcangelo/Verucchio, la maggior parte dei quali lavora nell'attigua Casa della Salute, in

integrazione con altri professionisti (fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.) a seconda dei bisogni emersi dai Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) multidisciplinari delle persone assistite.

La degenza media è di 15/20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. In entrambi i casi l'accesso è preceduto da una valutazione multidimensionale della persona e del suo contesto condotta in équipe multidisciplinare (NuCOT) che precede una pianificazione assistenziale.

Questo nuovo servizio non è solo un anello di congiunzione tra due setting di assistenza (degenza ospedaliera e il cure domiciliari e ambulatoriali) ma un esempio virtuoso di un modo di fare sanità che coinvolge tutte le componenti del sistema salute, in una logica di alleanza e integrazione tra i diversi professionisti del territorio e dell'ospedale: oltre che per i pazienti, questa "contaminazione" è una grande opportunità di crescita e di reciproco arricchimento per chi vi lavora.

I MMG – insieme a tutti i professionisti che hanno permesso la nascita di questo nuovo servizio – ancora una volta si sono dimostrati pronti e in grado di raccogliere la sfida che gli attuali cambiamenti sociali ed epidemiologici pongono ai servizi sanitari, e di partecipare attivamente alla costruzione di nuovi modelli assistenziali, nella consapevolezza che solo una risposta comune e condivisa può far fronte alle nuove esigenze della popolazione.



#### COMMENTO ALLA SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO

Implicazioni etiche e deontologiche di Marco Grassi

**L**A SENTENZA DEL Consiglio di Stato (C.d.S.) riguardante la delicata problematica dell'obbligo di vaccinazione per i sanitari [1] è stata trattata nei suoi punti fondamentali nell'editoriale di Maurizio Grossi. Aggiungiamo alcune considerazioni e la trascrizione di alcuni passi che la compongono e che paiono interessanti e spunto per una ulteriore e attenta riflessione. Giova precisare che il C.d.S. è il massimo giudice speciale amministrativo, in posizione di terzietà rispetto alla **pubblica amministrazione italiana**, ai sensi dell'articolo **103 della Costituzione**. Si può ricorrere al C.d.S, sotto forma di appello a sentenza di Tribunale, o sotto forma di reazione individuale a provvedimenti della Pubblica Amministrazione, dal cittadino ritenuti non consoni a qualche legge. Questa sentenza del C.d.S. prende in esame la sentenza del Tar del Friuli Venezia-Giulia che aveva ritenuto inammissibile il ricorso collettivo e cumulativo presentato al tribunale amministrativo da operatori sanitari non vaccinati avverso la sanzione di sospensione dal lavoro comminata dall' ASL di competenza in base al decreto-

legge 1° aprile 2021, n. 44, recante misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2 (convertito in legge 28 maggio 2021, n. 76) [2].

Gli appellanti (operatori sanitari non vaccinati) dopo aver visto rigettato il loro ricorso al TAR avverso alla sospensione si erano rivolti in appello al C.d.S. Con la sentenza i Giudici di appello hanno ribaltato la decisione del Tar Friuli Venezia Giulia che aveva ritenuto inammissibile il ricorso collettivo e cumulativo ritenendolo viceversa accettabile nella forma – come ricorso collettivo – ma rigettandolo totalmente nel merito, con la conseguenza che resta affermata la piena legittimità dell'obbligo vaccinale sancito dall'art. 4 della legge 76/2021. Nelle 93 pagine della sentenza viene ripercorso tutto l'iter legislativo, si approfondiscono le evidenze scientifiche citando anche statistiche di dettaglio, si esamina la giurisprudenza costituzionale e quella comunitaria, anche della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU). Le lunghe 93 pagine delle motivazioni costituiscono nel contempo una lezione di diritto costituzionale, una rassegna di letteratura scientifica e, per quanto ci riguarda come medici, anche di

dettami deontologici. Uno dei punti di interesse – la presunta mancanza di sicurezza, efficacia e carattere sperimentale del vaccino – “cavallo di battaglia” delle posizioni no-vax, è riassunto nel comma seguente della sentenza:

*23. Tutto ciò premesso, nel riproporre in questo grado di appello le censure già articolate avanti al Tribunale, gli odierni appellanti fanno precedere ad esse un'ampia premessa di ordine tecnico-scientifico (pp. 57-61 del ricorso) nella quale sostengono che il breve tempo di cui si sono potute giovare le case farmaceutiche per gli studi, la predisposizione e la sperimentazione delle soluzioni vaccinali per prevenire il virus Sars-CoV-2 non ha consentito di raggiungere quelle condizioni di sicurezza e di efficacia dei vaccini, che devono precedere e assistere ogni prestazione sanitaria imposta ai sensi dell'art. 32, comma secondo, Cost.*

Tale premessa di ordine tecnico-scientifico viene metodicamente contestata sia in punto di diritto – con citazione delle leggi e regolamenti concernenti la registrazione e immissione in commercio dei medicinali – sia sotto il profilo scientifico, con un'ampia disamina della letteratura al momento disponibile e giungendo alla conclusione:

*29. Quanto sin qui si è esposto, in estrema sintesi, conferma che le terapie vaccinali regolarmente approvate, nei termini di cui si è detto, e in uso attualmente in Italia, come in Europa e nel resto del mondo (ove, tra l'altro, alcuni vaccini sono stati approvati in via*

*definitiva: negli Stati Uniti la FDA, la Food and drug administration, istituzione che regola i prodotti alimentari e farmaceutici, ad esempio, ha approvato in via definitiva il 23 agosto 2021 il vaccino Comirnaty per le persone di età maggiore a 16), presentano per i soggetti ai quali sono inoculate un rapporto rischio/beneficio favorevole che, allo stato delle conoscenze scientifiche, delle sperimentazioni eseguite, degli studi clinici e dei dati disponibili, non è dissimile da quella dei vaccini tradizionali, alcuni delle quali rese obbligatorie, come noto, dal d.l. n. 73 del 2017, sulla cui legittimità costituzionale, come si dirà tra breve, si è pronunciata la Corte costituzionale con la sentenza n. 5 del 18 gennaio 2018.*

*29.1. Le risultanze statistiche evidenziano dunque l'esistenza di un bilanciamento rischi/benefici assolutamente accettabile e i danni conseguenti alla somministrazione del vaccino per il SARS-CoV-2 devono ritenersi, considerata l'estrema rarità del verificarsi di eventi gravi e correlabili, rispondenti ad un criterio di normalità statistica.*

*29.2. I dati relativi alla drastica riduzione di contagi, ricoveri e decessi, ad oggi disponibili e resi di pubblico dominio dalle istituzioni e dagli enti sanitari, dimostrano sul piano epidemiologico che la vaccinazione – unitamente alle altre misure di contenimento – si sta dimostrando efficace, su larga scala, nel contenere il contagio e nel ridurre i decessi o i sintomi gravi.*

Proseguono poi gli estensori della sentenza, ponendo in evidenza un aspetto finora piuttosto trascurato che è quello del bilanciamento dei “diritti” invocati dal personale

che rifiuta la vaccinazione con altri principi, ad esempio il “**dovere di tutelare il paziente**” ricordando che l'art. 32 della Costituzione proclama che “**La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività**”. L'articolato del passaggio che riguarda il «conflitto» fra diversi diritti è molto più complesso delle due brevi citazioni fatte (in grassetto ndal):

*32. Nel dovere di cura, che incombe al personale sanitario, rientra anche il dovere di tutelare il paziente, che ha fiducia nella sicurezza non solo della cura, ma anche nella sicurezza – qui da intendersi come non contagiosità o non patogenicità – di chi cura e del luogo in cui si cura, e questo essenziale obbligo di protezione di sé e dell'altro, connesso al dovere di cura e alla relazione di fiducia, non può lasciare il passo, evidentemente, a visioni individualistiche ed egoistiche, non giustificate in nessun modo sul piano scientifico, del singolo medico che,*

***Nel dovere di cura, che incombe al personale sanitario, rientra anche il dovere di tutelare il paziente, che ha fiducia nella sicurezza non solo della cura, ma anche nella sicurezza – qui da intendersi come non contagiosità o non patogenicità – di chi cura e del luogo in cui si cura.***

*a fronte della minaccia pandemica, rivendichi la propria autonomia decisionale a non curarsi.*  
*32.3. In un ordinamento democratico, come ha rilevato anche di recente la Corte costituzionale nella sentenza n. 5 del 18 gennaio 2018 sulle vaccinazioni obbligatorie (re) introdotte dal d.l. n. 73 del 2017, rientra nella discrezionalità del legislatore prevedere la raccomandazione dei vaccini o l'obbligatorietà di questi e la scelta tra la tecnica della persuasione e, invece, quella dell'obbligo dipende dal grado di efficacia persuasiva con il quale il legislatore, sulla base delle acquisizioni scientifiche più avanzate ed attendibili, riesce a sensibilizzare i cittadini in ordine alla necessità di vaccinarsi per il bene proprio e, insieme, dell'intera società.*

Nel punto successivo (32.4) viene ripresa una sentenza della Corte Costituzionale nella quale si affermava che “**la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 Cost.:** se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri”, per affermare (32.5) la costituzionalità dell'obbligo vaccinale introdotto dall'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021.

*32.4. La Corte costituzionale, nella sua giurisprudenza (v., tra tutte, proprio la sentenza n. 5 del 18 gennaio 2018, ma anche la sentenza n. 258 del 23 giugno 1994, già richiamata, e la sentenza n. 307 del 22 giugno 1990), ha precisato che la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 Cost.:* se il trattamento

è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; se si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze che appaiano normali e, pertanto, tollerabili; e se, nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria.

32.5. Tutte queste condizioni, come si dirà meglio nell'esame delle singole questioni di costituzionalità proposte dagli appellanti, sono rispettate dalla vaccinazione obbligatoria ora introdotta dall'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021.

Non manca nel lungo articolato il riferimento al fenomeno della «esitazione vaccinale» (punto 34) cioè a quel comportamento dei singoli che ha una genesi multifattoriale e comprende i più vari atteggiamenti ideologici, culturali, religiosi, filosofici, ma non di rado è il frutto, da un lato, di una irrazionale sfiducia nei confronti della scienza e, più in generale, dei «tecnici», portatori di un sapere specialistico

33. Questa scelta, che sarebbe in una condizione di normalità sanitaria del tutto legittima perché espressione della libera autodeterminazione e del consenso informato, di cui alla l. n. 219 del 2017, appena richiamato, costituisce nel contesto emergenziale in atto un rischio inaccettabile per l'ordinamento perché mette a repentaglio la salute e la vita stessa di altri – le persone più fragili, anzitutto – che, di fronte all'elevata contagiosità

della malattia, potrebbero subirne e ne hanno subito le conseguenze in termini di gravità o addirittura mortalità della malattia.

34. Nel bilanciamento tra i due valori, quello dell'autodeterminazione individuale e quello della tutela della salute pubblica, compiuto dal legislatore con la previsione dell'obbligo vaccinale nei confronti del solo personale sanitario, non vi è dunque legittimo spazio né diritto di cittadinanza in questa fase di emergenza contro il virus Sars-CoV-2 per la c.d. esitazione vaccinale.

L'obbligatorietà della vaccinazione – prosegue la Sentenza al punto 35 – è «una questione più generale che, oltre ad implicare un delicato bilanciamento tra fondamentali valori, quello dell'autodeterminazione e quello della salute quale interesse della collettività anzitutto secondo una declinazione solidaristica, investe lo stesso rapporto tra la scienza e il diritto».

35. È nel quadro di queste preliminari, indispensabili, considerazioni di sistema, dunque, che si può passare all'esame delle dieci censure qui riproposte dagli odierni appellanti, censure, come ora si dirà in sintesi, tutte infondate.

Non entriamo nel dettaglio delle dieci censure se non per alcuni punti particolari come la definizione di «diritti tiranni» e concetto di «solidarietà» espressi nei due seguenti punti:

42.9. La logica dei cc.dd. diritti tiranni e, cioè, di diritti che non entrano nel doveroso bilanciamento con eguali diritti, spettanti ad altri, o con diritti

diversi, pure tutelati dalla Costituzione, e pretendono di essere soddisfatti sempre e comunque, senza alcun limite, è del resto estranea ad un ordinamento democratico, perché «il concetto di limite è insito nel concetto di diritto» (Corte cost., 14 giugno 1954, n. 1) ed è stata espressamente sempre ripudiata anche dalla Corte costituzionale che, come noto, ha chiarito che tutti i diritti tutelati dalla Costituzione – anche quello all'autodeterminazione – si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri perché, se così non fosse, si verificherebbe «la illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe “tiranno” nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette» (Corte cost., 9 maggio 2013, n. 85).

43. Occorre qui ancora e di nuovo richiamare il fondamentale valore della solidarietà, cardine, come pure si è detto, del nostro ordinamento costituzionale e, insieme con esso, quei fondamentali obblighi di reciproca assistenza e protezione, per sé e per gli altri, anche essi parimenti posti a fondamento della nostra Costituzione (art. 2 Cost.), obblighi che legano ciascun individuo all'altro, indissolubilmente, in una «social catena» e in quel «patto di solidarietà» tra individuo e collettività che, secondo la stessa Corte costituzionale, sta alla base di ogni vaccinazione, obbligatoria o raccomandata che sia (Corte cost., 23 giugno 2020, n. 118). 43.1. Spetta al decisore pubblico, nell'esercizio del c.d. biopotere, fissare le regole e i limiti entro i quali l'esercizio dell'autodeterminazione da

parte di ciascuno, senza divenire un diritto tiranno e indifferente alle sorti dell'altro, si possa accordare con la tutela della salute degli altri secondo una legge universale di libertà, ma questo delicato bilanciamento, per tutte le ragioni sin qui viste, non ha varcato nel caso di specie, ad avviso di questo Consiglio, i limiti della ragionevolezza, della proporzionalità e dell'eguaglianza, sicché ogni dubbio al riguardo è e deve ritenersi manifestamente infondato anche in rapporto ai valori protetti dall'art. 2 Cost.

Altro punto di particolare interesse riguarda la «mancata previsione dell'indennizzo» in caso di eventi avversi alla somministrazione del vaccino, ripetutamente impugnato come giustificazione esimente all'obbligo vaccinale. Il C.d.S. afferma in modo inoppugnabile l'infondatezza della illegittimità costituzionale:

44. Con l'ottava censura (pp. 75-78 del ricorso), ancora, gli appellanti denunciano l'illegittimità costituzionale dell'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021, in rapporto agli artt. 2 e 32 Cost., per la mancata previsione dell'indennizzo per il caso in cui, dalla somministrazione, dovesse derivare un pregiudizio grave e/o permanente per l'integrità fisica del soggetto al quale il vaccino è inoculato.

44.3. La censura è comunque manifestamente infondata perché la vaccinazione in questione rientra, a pieno titolo, tra quelle previste dall'art. 1 della l. n. 210 del 1992, a norma del quale «chiunque abbia riportato, a causa di vaccinazioni obbligatorie per legge o per ordinanza di una autorità sanitaria

*italiana, lesioni o infermità, dalle quali sia derivata una menomazione permanente della integrità psicofisica, ha diritto ad un indennizzo da parte dello Stato, alle condizioni e nei modi stabiliti dalla presente legge»*

44.7. La ragione che fonda il diritto all'indennizzo del singolo non risiede nel fatto che questi si sia sottoposto a un trattamento obbligatorio, ma riposa, piuttosto, sul necessario adempimento, che si impone alla collettività, di un dovere di solidarietà, laddove le conseguenze negative per l'integrità psicofisica derivino da un trattamento sanitario (obbligatorio o raccomandato che sia) effettuato nell'interesse della collettività stessa, oltre che in quello individuale.

45. La questione sollevata, dunque, è irrilevante e, in ogni caso, manifestamente infondata.

Infine un passo, che continuerà a far discutere, riguardante «libertà di ricerca scientifica» e «libertà di cura» su cui il C.d.S. si era già espresso in modo chiaro e di cui gli appellanti non hanno tenuto conto. In passato infatti il C.d.S. aveva chiarito che l'esercizio del diritto all'autodeterminazione non può «comportare un pericoloso soggettivismo curativo o un relativismo terapeutico nel quale è "cura" tutto ciò che il singolo malato vuole o crede, perché nell'alleanza terapeutica è e resta fondamentale l'insostituibile ruolo del medico nel selezionare e nell'attuare le opzioni curative scientificamente valide e necessarie al caso» (Cons. St., sez. III, 2 settembre 2014, n. 4460). Vengono quindi ulteriormente ribaditi concetti che dovrebbero

(il condizionale è d'obbligo, visto l'uso strumentale che continua ad essere fatto del vago quando non confondente concetto di «libertà di cura») essere patrimonio culturale, etico e deontologico di ogni medico.

46. Con la nona censura (pp. 78-80 del ricorso), ancora, gli odierni appellanti deducono la violazione degli artt. 9 e 33 Cost., in quanto l'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 li obbligherebbe ad accettare la vaccinazione, quando essi potrebbero e vorrebbero prediligere misure alternative idonee al raggiungimento della finalità perseguita, nonostante essi stessi siano tutti soggetti legati all'ambiente sanitario, in grado di manifestare dissensi informati e non meramente aprioristici e preconcepi, pur godendo essi di conoscenze specifiche nel settore.

46.1. Ciò impedirebbe, peraltro, anche il progresso della ricerca scientifica, con violazione dell'art. 9 Cost., che tutela la libertà della ricerca scientifica stessa, in riferimento ad altre possibili soluzioni curative.

46.2. Anche queste

**Occorre qui ancora e di nuovo richiamare il fondamentale valore della solidarietà, cardine, come pure si è detto, del nostro ordinamento costituzionale e, insieme con esso, quei fondamentali obblighi di reciproca assistenza e protezione**

questioni di costituzionalità, al pari delle altre, sono manifestamente infondate e vanno respinte.

46.3. Quanto al profilo della dedotta violazione dell'art. 33, comma primo, Cost., secondo cui la scienza è libera, non si vede come l'obbligo vaccinale imposto dal legislatore possa ledere tale valore costituzionale, posto che anzi i vaccini sono stati il frutto di una approfondita e libera ricerca scientifica, peraltro avviata già da anni in riferimento ad altri tipi di virus, e sono stati autorizzati all'esito di una procedura che ha visto il rispetto dei più rigorosi standard scientifici.

46.4. Il legislatore non solo non ha violato la c.d. riserva di scienza, in questa materia (v. proprio la sentenza n. 282 del 20 giugno 2002, già sopra menzionata e citata dagli appellanti), attenendosi ai risultati della miglior scienza ed esperienza disponibili su scala mondiale, in accordo, del resto, a quanto è avvenuto in altri ordinamenti europei ed extraeuropei, ma ha anzi adottato e imposto, almeno al personale sanitario, i risultati incoraggianti di questa ricerca a tutela della salute pubblica.

46.5. Né gli appellanti possono addurre, genericamente, di conoscere più degli altri cittadini possibili – ma qui non indicate – terapie alternative, in ragione delle loro specifiche competenze, posto che, come questo Consiglio di Stato ha chiarito, l'esercizio del diritto all'autodeterminazione, che essi rivendicano, non può «comportare un pericoloso soggettivismo curativo o un relativismo terapeutico nel quale è "cura" tutto ciò che il singolo malato vuole o crede, perché nell'alleanza terapeutica è e resta fondamentale l'insostituibile

ruolo del medico nel selezionare e nell'attuare le opzioni curative scientificamente valide e necessarie al caso» (Cons. St., sez. III, 2 settembre 2014, n. 4460).

46.7. In altri termini è la scienza ad indicare al legislatore, ma anche all'individuo le opzioni terapeutiche valide, che questi può scegliere, e non è certo l'individuo, ancorché dotato di proprie personali competenze e di un sapere asseritamente superiore, a forgiarsi una cura da indicare alla scienza e al legislatore, costruendosi una cura "parallela", "propria", "privata", non controllabile da alcuno e non verificabile in base ad alcun criterio scientifico di validazione.

46.8. La libertà e il progresso della scienza invocati dagli appellanti, pur protetti dalla nostra Costituzione negli artt. 9 e 33, non sono né possono essere anarchici o erratici.

46.9. Quel che è certo, comunque, è che l'imposizione della vaccinazione obbligatoria non limita alcuna libertà né progresso della scienza e nessuna prova di tale limite, con riferimento alla ricerca di una cura contro l'infezione da Sars-CoV-2, è stata offerta dagli odierni appellanti.

47. La censura, quindi, deve essere respinta perché la sottesa questione di costituzionalità è, ancora una volta, manifestamente infondata.

[1] Consiglio di Stato, sez. III, 20 ottobre 2021, n. 7045 <https://www.camera.it/temiap/2021/10/28/OCD177-5125.pdf>

[2] GU n.128 del 31-5-2021



## LA CAMPAGNA VACCINALE IN ROMAGNA

di Marco Grassi

16

**F**RA LE VARIE RELAZIONI DEL Convegno "SarsCov2 e genere" la dr.ssa Raffaella Angelini, direttore Dipartimento Sanità Pubblica della Azienda Usi della Romagna ha tracciato il quadro della esperienza vaccinale nel territorio di competenza con dati scorporati anche per province e distretti. Lo svolgimento della campagna vaccinale ha visto nella

primissima fase l'utilizzo di 4 centri vaccinali di grandi dimensioni, uno per ciascun ambito (a Rimini, presso il padiglione fieristico in questa prima fase e fino a giugno). Nei primi tre mesi, secondo il cronogramma previsto dal Governo (basato sulla disponibilità «fisica» delle dosi vaccinali) sono stati vaccinati grandi anziani, pazienti fragili, non deambulanti a domicilio e categorie a rischio

17

Al 8 novembre le **prime dosi (comprese dosi uniche)** somministrate nei centri vaccinali aziendali sono state **832.360**, mentre le seconde dosi **747.584** e le terze **50.920**.  
Le dosi somministrate dagli MMG sono **72.104** mentre nelle aziende **8.038**.

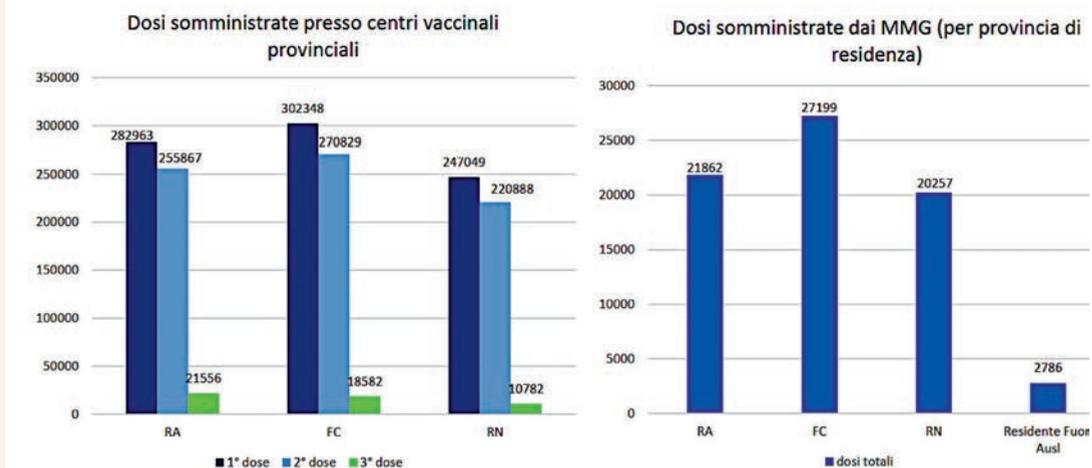


Grafico 1

Nella tabella seguente sono state riportate le coperture % per la popolazione residente a cui è stata somministrata ALMENO una dose dei vaccini o dose unica.

	12-19 anni	20-29 anni	30-39 anni	40-49 anni	50-59 anni	60-69 anni	70-79 anni	> 80 anni	totale
<b>FORLI</b>	73%	82%	77%	80%	86%	89%	92%	98%	85%
<b>CESENA</b>	71%	81%	76%	78%	84%	89%	93%	99%	84%
<b>RIMINI</b>	60%	74%	69%	71%	78%	83%	88%	95%	77%
<b>RAVENNA</b>	73%	81%	76%	78%	84%	89%	92%	97%	84%
<b>Totale</b>	69%	79%	74%	76%	83%	87%	91%	97%	82%

Tabella 2

(personale sanitario e scolastico). In questa prima fase, accanto agli *hub* hanno prestato la loro opera di vaccinatori anche i Medici di Medicina Generale nei loro ambulatorie e a domicilio. Da marzo ad agosto in concomitanza con il notevole aumento delle forniture di vaccini, ampliandosi la platea dei vaccinand, l'organizzazione delle vaccinazioni si è estesa con l'aggiunta di 4 *hub* distrettuali (Faenza, Lugo, Savignano e Riccione) e 17 punti *spoke* (Santarcangelo, Novafeltria, Morciano, Bellaria-Igea Marina, Cattolica per quanto riguarda la provincia riminese) oltre

Accanto agli *hub* hanno prestato la loro opera di vaccinatori anche i Medici di Medicina Generale nei loro ambulatorie e a domicilio

all'impegno dei MMG. Nel mese di agosto ulteriore allargamento con il progetto «Vacciniamo la riviera» con mezzi mobili e ambulatori temporanei nelle località balneari nell'orario dell'aperitivo (dalle 18,30 alle 22,30). Settembre ha visto invece la progressiva chiusura dei punti *spoke* e attivazione di 4 mezzi mobili utilizzati in mercati settimanali, luoghi della *movida*, sagre e ingresso delle scuole. Nel corso del convegno sono stati poi esposti i dati relativi ai risultati alla campagna vaccinale in termini di copertura vaccinale di popolazione, curve di incidenza COVID e andamento della campagna vaccinale in assoluto e per decenni di età e altri dati di confronto. Entrando nel dettaglio è utile mostrare alcune tabelle riguardanti le diverse performances a livello provinciale. La tabella n° 1 mostra i numeri assoluti, non tenendo dunque conto delle diverse dimensioni delle popolazioni. Da notare comunque i numeri riguardanti le vaccinazioni eseguite dai MMG.

Se come percentuale sul totale i numeri appaiono marginali (8-9%), va tuttavia ricordato che tali vaccinazioni si sono concentrate solo su talune categorie (non ambulabili e domicilio, personale scolastico) e per tempi limitati, pertanto l'apporto dei MMG alla campagna vaccinale risulta tutt'altro che trascurabile. Le tabelle n° 2-3 presentano invece le coperture vaccinali della popolazione residente (con almeno una dose nella tabella 2 ciclo completo nella tabella 3). Come si può facilmente notare, purtroppo, i tassi di vaccinazione della provincia di Rimini sono sensibilmente più bassi (8-10%) rispetto alle altre province romagnole. Un problema annoso di non facile soluzione, già affrontato in passato che il presidente dell'Ordine Maurizio Grossi ha così sintetizzato in una intervista alla agenzia di stampa nazionale ADN-KRONOS «A Rimini abbiamo una copertura vaccinale per il Covid per il secondo ciclo che è del 75%

**Settembre ha visto invece la progressiva chiusura dei punti spoke e attivazione di 4 mezzi mobili utilizzati in mercati settimanali, luoghi della movida, sagre e ingresso delle scuole.**

della popolazione, rispetto al quasi 88% della popolazione emiliano-romagnola. E questo è in linea con una storia ormai decennale di provincia 'maglia nera' nelle vaccinazioni pediatriche – dice Grossi – Abbiamo avuto sempre un basso tasso di adesione vaccinale pediatrica, legato alla presenza sul territorio del comitato per le libere vaccinazioni, il Comilva, che ha un'azione molto capillare, parecchi proseliti e una organizzazione attiva».

Nella tabella seguente sono state riportate le coperture % per la popolazione residente che ha completato il ciclo vaccinale.

	12-19 anni	20-29 anni	30-39 anni	40-49 anni	50-59 anni	60-69 anni	70-79 anni	> 80 anni	totale
<b>FORLI</b>	71%	80%	75%	79%	85%	88%	92%	97%	84%
<b>CESENA</b>	69%	79%	75%	77%	83%	88%	93%	98%	83%
<b>RIMINI</b>	58%	71%	67%	70%	77%	82%	88%	94%	76%
<b>RAVENNA</b>	71%	79%	75%	77%	83%	89%	93%	97%	83%
<b>Totale</b>	67%	77%	72%	75%	82%	87%	91%	97%	81%

Tabella 3

**XII GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA**

**L 10 OTTOBRE 2021, NELLA** splendida cornice della Sala Anfiteatro del Palacongressi di Rimini, alla presenza di oltre 300 ospiti, tra medici, odontoiatri, loro familiari ed autorità, si è svolta la XII Giornata del Medico e dell'Odontoiatra. Nell'occasione 105 medici e odontoiatri hanno solennemente prestato il giuramento professionale entrando così a far parte della grande comunità medica italiana. È stata inoltre consegnata la medaglia d'oro per i 50 anni di laurea ai seguenti medici: Eugenio Albani, Antonio Vincenzo Amadori, Antonio Aratari, Alberto Arlotti, Luigi Bernadi Fabbrani, Ronaldo Bertozzi, Alessandro Cardelli,

Abdul Ilah Chamdin, Leonardo Cagnoli, Dante D'Argenio, Maurizio Della Marchina, Aldo D'Errico, Ali El Hamel, Paolo Innocenti, Maurizio Mazzanti, Massimo Maria Piselli Menghini, Pier Paolo Pivi, Alberto Ravaioli, Sergio Sermasi, Giuliana Vandi, Sandro Vasini, Maria Prassede Venturini; ai dottori Carlo Paolo Baccarani, Giancarlo Del Bianco, Domenico Mazza, Silvia Tagliavini è stata consegnata la medaglia per i 60, medaglia che verrà consegnata anche ai familiari del dottor Arnaldo Pedrazzi che ci ha lasciati nel mese di agosto. Per il raggiungimento del 65° anno di laurea la medaglia quest'anno va al dottor Sergio Aluigi.

Nell'occasione il sindaco di Rimini Jamil Sadegholvaad, alla sua prima uscita pubblica dopo l'elezione alla carica di primo cittadino, ha portato il saluto ed il ringraziamento della Amministrazione comunale a tutti i sanitari della nostra Provincia. Nel suo discorso, il Presidente dell'Ordine dei Medici, dottor Maurizio Grossi, ha ricordato i medici riminesi morti durante la pandemia: *"...Vorrei che tutti noi ricordassimo in medici riminesi deceduti per il covid contratto durante l'attività professionale, che hanno perso la vita per onorare*



*il giuramento professionale che impone la nostra presenza al fianco di chi sta male, di chi soffre, di chi ha bisogno di noi." Chiedendo poi di osservare un minuto di silenzio, in onore del dottor Maurizio Bertaccini di Coriano, dottor Calchi Elfidio Ennio di Riccione, dottor Cecchi Pierluigi di Rimini, dottor Macori Luigi di Morciano. Sempre nel suo discorso il Presidente ha poi detto che: "...Noi Medici dobbiamo farci promotori di una società civile e consapevole dell'importanza del conoscere, dotata di una potente arma, quella della scienza e del sapere scientifico che può tradurre l'agire etico in un metodo rigoroso, al servizio della collettività. Oggi dopo la pandemia si parla del piano di ripresa e resilienza, con il quale dovremmo creare investimenti per la ripresa economica e sociale dell'intera Europa. Penso che sia impossibile immaginare qualunque piano di rilancio senza mettere al centro*



*la ricerca, la scuola e l'università. Senza la ricerca oggi staremmo ancora brancolando nel buio della pandemia. Inoltre qualsiasi piano di rilancio e riforma della Sanità, dovrà avere al centro del sistema la persona, sia la persona che lavora nella sanità che la persona che ha bisogno della sanità. Non c'è struttura sanitaria, anche la più tecnologica e attrezzata che possa funzionare se non c'è personale medico motivato e gratificato. La Sanità non dovrà più essere vista dai nostri Governati come un costo ma come un valore, e come tale andrà adeguatamente difesa e finanziata, investendo in tecnologia e in personale. Non si può rimanere passivi di fronte alla costante contrazione del personale a tempo indeterminato e al ricorso di contratti atipici e a termine nei nostri ospedali, alla costante riduzione delle strutture di ricovero e assistenza territoriale. La Sanità ha un grande valore sociale, è importante per la coesione sociale e pertanto in una società civile, deve essere adeguatamente finanziata e difesa." Infine l'invito rivolto ai giovani medici: "continue a studiare, ad aggiornarvi, siate sempre pronti a modificare convinzioni e comportamenti. Ogni vostra azione abbia sempre come unico riferimento il metodo scientifico. Non siate mai portatori di idee contro le evidenze scientifiche e qui mi riferisco a chi troppo facilmente e pericolosamente dubita della sicurezza e della efficacia della pratica vaccinale." Nella mattinata poi il professor Ivano Dionigi, ordinario di letteratura latina, già magnifico Rettore dell'Università di Bologna, ha tenuto una lectio magistralis dal titolo "Il medico: faber o civis".*

### POSITION STATEMENT SUI COMPORAMENTI ANTISCIENTIFICI E/O CONTRARI ALL'OBBLIGO VACCINALE DEI PROFESSIONISTI SANITARI E SOCIOSANITARI RISPETTO ALLA PANDEMIA DA SARS-COV-2

**L**E FEDERAZIONI DEGLI ordini delle professioni sanitarie e il Consiglio nazionale dell'ordine degli Assistenti Sociali si sono riunite a un tavolo interfederativo per affrontare il tema delle violazioni deontologiche da parte degli iscritti e configurate da comportamenti manifestamente antiscientifici, rispetto alla pandemia da SARS-CoV-2 ed al ruolo dei vaccini antivirali, quale patrimonio culturale e valoriale condiviso. Il loro ruolo, come dichiarato nel documento sottoscritto, è tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento e connessi all'esercizio professionale, e la responsabilità del ruolo di garanzia della tutela della salute in capo all'esercente una professione socio-sanitaria alla luce dell'articolo 32 della Costituzione sulla tutela della salute. Per questo rivendicano la titolarità a promuovere e assicurare l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della relativa funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva.

Nel dettaglio, si condannano apertamente i professionisti sociosanitari che utilizzano i social media o altri canali di comunicazione **"per divulgare ideologie antiscientifiche, intervenendo senza adeguata cognizione di causa in merito alle evidenze e ad una conoscenza oggettiva dei fenomeni di cui discute"** e si evidenzia il conflitto deontologico quando il professionista sanitario e socio sanitario:

- non orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività, soprattutto se riferito a soggetti fragili;
- non promuove la cultura della salute, basata sulle evidenze scientifiche; – non riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione accreditata;
- nella comunicazione non si agisce con sobrietà, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità;
- non tutela il decoro personale e non salvaguarda il prestigio della professione e della comunità scientifica

Si ribadisce infine la necessità di agire con particolare fermezza e rigore disciplinare, qualora i comportamenti dei professionisti sanitari e socio sanitari risultassero non in linea con i codici etici e deontologici delle rispettive

professioni sanitarie, ed in particolare quando **finalizzati a orientare l'opinione pubblica verso convincimenti non basati su presupposti scientifici o in netto contrasto con la tutela della salute individuale e collettiva, particolarmente se gli stessi si**

**fondassero sull'utilizzo strumentale del ruolo di professionista sanitario.**

<https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2021/10/Position-Statement-sui-comportamenti-antiscolastici.pdf>

## Caveat

Già in un recente passato la FNOMCeO era intervenuta più volte per stigmatizzare un utilizzo «disinvolto» dei social media da parte di iscritti, sia in ambito informativo/divulgativo come medici che ludico/ricreativo come semplici cittadini ma facilmente identificabili come medici. In particolare, in quella prima occasione [1], era stata richiamata una doverosa cautela nell'utilizzo dei social in merito alla diffusione di foto e video realizzati all'interno di strutture sanitarie. Una successiva comunicazione, [2] stigmatizzava «l'uso sempre più comune e incontrollato di video, postati sui social, da parte dei professionisti sanitari, per veicolare messaggi sul contagio e sulla situazione degli Ospedali. Al fine di realizzare una comunicazione più corretta e in linea con i principi dell'etica e della deontologia professionale, si ritiene opportuno che i professionisti sanitari, prima di pubblicare i video sui social, indicassero la propria qualifica, l'Ordine di appartenenza e il numero di iscrizione.»

Con questo *Position Statement*, comune con le altre professioni sanitarie, FNOMCeO alza il livello di «all'erta» ribadendo la necessità di agire con fermezza e rigore disciplinare, qualora i comportamenti dei professionisti sanitari e socio sanitari risultassero non in linea con i codici etici e deontologici delle rispettive professioni sanitarie. A questo riguardo, si ricorda quanto dispone l'articolo 55 del vigente Codice di Deontologia medica secondo cui **il medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse generale. Il medico, nel collaborare con le istituzioni pubbliche o con i soggetti privati nell'attività di informazione sanitaria e di educazione alla salute, evita la pubblicità diretta o indiretta della propria attività professionale o la promozione delle proprie prestazioni.**

[1] <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1603132.pdf>

[2] <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/03/COMUNICAZIONE-N-37-2020.pdf>



## DAL CALAMAIO ALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Riflessioni di un neopensionato

di Mauro Giovanardi

**S**ONO NATO NEL 1956. Ho imparato a scrivere nel 1962 – quando la scuola iniziava il 1° ottobre – intingendo il pennino nel calamaio pieno d'inchiostro e, il 1° ottobre 2021, esattamente 59 anni dopo quel primo giorno di scuola, quasi a chiudere un cerchio, sono andato in pensione dopo aver eseguito la mia ultima endoscopia da direttore della Gastroenterologia di Rimini, con un videoendoscopio ad alta definizione, collegato a un programma d'intelligenza artificiale (GI-Genius™).

Nel 1962, con su grembiolino azzurro e colletto bianco, tracciavo aste e tondi su fogli di quaderno dove righe orizzontali delimitavano spazi larghi (quelli da lasciar liberi), che si alternavano a spazi più stretti (quelli in cui scrivere).

Ricordo bene l'ansia di non sconfinare nella riga larga e, soprattutto, di non macchiare il foglio con una goccia d'inchiostro caduta da un pennino eccessivamente intinto o di non "sbaffiare" l'inchiostro ancora fresco, strisciandoci sopra con la mano o, peggio ancora con la manica del grembiule. Per aiutare me e i miei compagni a non combinare troppi pasticci, il lungimirante sig. Pigna, fabbricante dei nostri quaderni, aveva avuto la

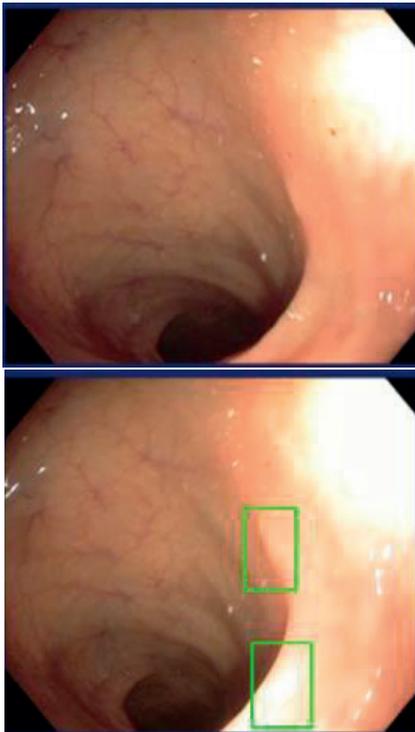
bontà di mettere in ultima pagina un foglio di carta assorbente azzurrina da staccare e da tenere sempre a portata di mano per asciugare quelle aste e quei tondi che – combinandosi, incurvandosi, continuandosi uno con l'altro – un po' alla volta, divennero lettere e poi parole e poi "pensieri" compiuti. Mi diverte, quando raccontato tutto questo ai miei figli, vedere l'espressione d'incredulità sul loro volto, come se stessi parlando non della mia esperienza, ma di un mondo tardo ottocentesco.

A tutto questo ho pensato quando ho avuto la possibilità di provare e vedere all'opera, non in una dimostrazione, ma nella routine del lavoro quotidiano, l'intelligenza artificiale (IA) applicata agli strumenti endoscopici.

L'IA, a ripercorrerne la storia, non è poi questa grande novità: io stesso, come i miei figli, mi sono a mia volta stupito nel leggere che, almeno nella denominazione ufficiale, è nata in America durante un importante convegno nel 1956, cioè ha la mia stessa età, ma nella pratica sperimentale aveva mosso i primi, ancorché incerti, passi già qualche anno prima. Quindi, quando io intingevo la penna nel calamaio, già da almeno sei anni si sviluppavano programmi in grado di utilizzare informazioni ed

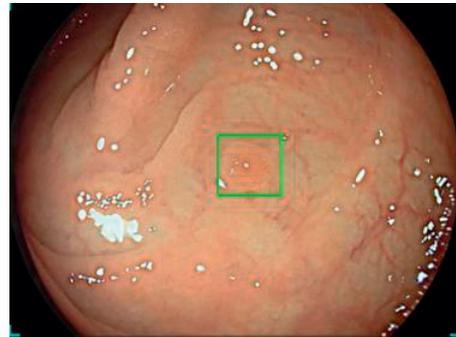
effettuare “ragionamenti” logici come la dimostrazione di alcuni teoremi matematici. La strada per arrivare all'IA come la intendiamo oggi era comunque ancora lunga e doveva compiere un passaggio fondamentale: elaborare un linguaggio di programmazione che consentisse di passare dalla soluzione di sistemi matematici alla soluzione di problemi attraverso l'analisi “ragionata” di differenti possibilità.

24



A questo punto con un salto logico e temporale che, per l'eccessiva sintesi, può far inorridire gli esperti di IA, ma che per limiti di competenza e per ragioni di spazio mi prendo la libertà di fare, dirò che il sistema che ho avuto la possibilità di utilizzare, impiega un algoritmo basato proprio su un sistema di analisi ragionata o, per meglio dire, di apprendimento

profondo o *Deep Learning*, addestrato secondo il modello di rete neurale convoluzionale: l'applicazione più comune di questo tipo di rete è di identificare con una certa probabilità che cosa un'immagine rappresenta. A sua volta, applicato all'endoscopia digestiva e in particolare alla colonscopia, il dispositivo in questione, elaborando l'immagine video in tempo reale, cioè in assoluta sincronia con l'esecuzione dell'esame, evidenzia con un riquadro profilato in verde, aree del colon in cui rileva la presenza di un polipo. Questa modalità viene definita *Computer-Aided Polyp Detection (CADE)*.



Il vantaggio consiste nel fatto che l'attenzione viene richiamata su una lesione che, per dimensioni, per morfologia o, perché no, per distrazione o stanchezza potrebbe non essere stata notata dall'operatore.

Del resto, che la colonscopia sia un'indagine operatore-dipendente è un dato di fatto, così come la percentuale di polipi che sfuggono alla diagnosi endoscopica e che, a seconda dei dati di letteratura, è stimata dal 5 al 25%.

La ricaduta pratica è il miglioramento dell'*adenoma detection rate (ADR)* che indica la percentuale di colonscopie in cui si trova almeno un adenoma e

che, tanto in colonscopia “clinica” quanto in colonscopia di screening, rappresenta un fondamentale indicatore di qualità. C'è infatti una correlazione inversa tra ADR e incidenza dei così detti cancri d'intervallo, quelli cioè identificati successivamente a un episodio di screening Negativo per cancro – sia di primo livello (FOBT- Ricerca del S.O. fecale) sia in seguito ad approfondimento (colonscopia) – e prima del successivo invito (Manuale GISCoR\* 2007).

Gli studi condotti hanno dimostrato che con l'impiego dell'IA, la capacità di identificare adenomi o carcinomi aumenta del 13% e se questo vi sembra poco, basti il dato che a un aumento dell'1% di ADR, corrisponde una riduzione del 3% del rischio di sviluppare cancro d'intervallo.

Come in tutte le cose, esiste un rovescio della medaglia: questi indubbi vantaggi non devono far abbassare la guardia su possibili rischi che la troppa fiducia nella tecnologia o un suo utilizzo passivo comportano. Per cominciare, volendo fare l'avvocato del diavolo, si potrebbe dire che i dati a sostegno dell'utilità dell'IA in endoscopia sono viziati da un *bias*: l'impossibilità di eseguire studi in cieco. Ma non si può certo bendare l'endoscopista.

Si potrebbe altresì obiettare che “siccome tanto ci pensa la macchina” lo specialista, particolarmente se non troppo esperto o in formazione, potrebbe non essere motivato più di tanto a migliorare la propria *performance*. Personalmente, invece, ritengo che l'IA, intervenendo come una sorta di secondo operatore, rappresenti un'ottima risorsa anche per la

formazione e per il miglioramento dei professionisti, confortato in questo dai risultati dei *trials* pubblicati che hanno dimostrato tutti un miglioramento dell'ADR. Poi c'è il rischio della sovradiagnosi: l'IA si è rivelata particolarmente efficace nell'identificare piccoli polipi, in particolare quelli al disotto del cm e sappiamo che molti di questi sono polipi iperplastici con scarsa o nulla potenzialità evolutiva. A questo proposito però posso citare un dato d'esperienza: la displasia severa non è rarissima anche negli adenomi subcentimetrici e in corso di screening ho incontrato polipi degenerati (T1) anche di dimensioni inferiori al cm. Infine c'è l'aspetto che potrei definire pratico-operativo: il rischio paventato di un allungamento dei tempi d'indagine, che però si è dimostrato del tutto teorico e infondato.

In sostanza, l'acquisizione di questi dispositivi, che si affiancano ad altri ormai considerati routinari nella pratica endoscopica – come gli strumenti ad alta definizione o i programmi di cromoendoscopia virtuale – non può in alcuna misura sostituire un corretto percorso di formazione e addestramento specialistico. Né ci si può aspettare o consentire che dispositivi basati su IA possano sostituirsi alla competenza ed esperienza dello specialista al quale, in ultima analisi, resterà sempre la responsabilità di puntare l'occhio su ciò che IA gli ha evidenziato e decidere se procedere ad asportazione endoscopica e se avviare all'istologia o no (*resect and discard*) o addirittura se non asportare e lasciare in situ polipi diminutivi (< 5 mm) francamente

25

\* GISCoR: Gruppo Italiano per lo Studio del Colon-Retto

iperplastici, col vantaggio ulteriore di risparmiare sui costi aggiuntivi dell'istologia e di ridurre i potenziali rischi di complicità derivanti dalla manovra operativa.

A titolo d'esempio pratico: utilizziamo elettrocardiografi che oltre al tracciato esprimono una valutazione di eventuali alterazioni patologiche del tracciato stesso, ma per portare un paziente in sala operatoria sottoponiamo l'ECC alla valutazione dello specialista cardiologo.

Deve essere chiaro che la competenza rimane un prerequisito e non l'obiettivo finale dell'implementazione di un sistema d'IA. La Gastroenterologia e la metodica endoscopica, non sono naturalmente l'unico ambito medico in cui trova applicazione l'IA. La medicina moderna utilizza programmi che aiutano i clinici nel monitoraggio, nella formulazione di diagnosi, nel decidere terapie e nel prevederne gli esiti. Nel campo dell'*imaging* esistono studi che, applicando un algoritmo orientato al riconoscimento delle lesioni polmonari, hanno dimostrato una riduzione del 5% dei falsi negativi nella diagnosi TC del tumore al polmone. Ricercatori del *Massachusetts General Hospital* (MIT) hanno messo a punto un modello in grado di rilevare piccolissimi dettagli che sfuggirebbero anche a un occhio umano esperto e che attraverso l'analisi di una mammografia sarebbe in grado di prevedere se una donna svilupperà un tumore al seno nei prossimi cinque anni. Il *deep learning* sembra efficace anche nella diagnosi dei tumori della pelle, semplicemente utilizzando uno scatto effettuato attraverso lo smartphone. Allargando lo sguardo oltre l'ambito medico, poiché l'IA pervade ormai il



nostro quotidiano tanto nel privato (famiglia, social, ricerche e acquisti in rete) quanto nella vita pubblica (occupazione, comunicazione, mobilità, sviluppo, rapporti con la Pubblica Amministrazione) non possiamo separarne le ricadute pratiche da temi più squisitamente politici o etico-filosofici, che attengono anche a quanto siamo disposti a "sacrificare" della nostra *privacy* e fino a che punto siamo disposti a fidarci: si pensi, ad esempio, ai sistemi di trasporto per umani senza guida umana, che sono già dietro l'angolo o a scenari decisamente più inquietanti come quelli di guerra dove – parole del prof. Giorgio Parisi, recente premio Nobel per i suoi studi sui sistemi complessi – «Il sistema di armi letali non può essere lasciato in mano alle macchine. Non possono essere loro a decidere chi uccidere o meno. Parlo dei droni, non possono avere la capacità autonoma per decidere, chi colpire mortalmente, dietro ci deve sempre essere l'intervento umano». In pratica, sia che lo sguardo su queste questioni scaturisca da una visione assolutamente laica, sia che contempi, come per i credenti,

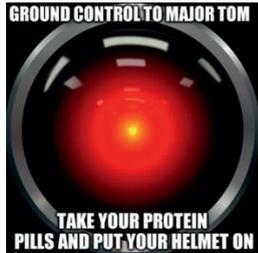
anche una preminente dimensione religiosa (papa Francesco nel messaggio all'assemblea Plenaria della Pontificia Accademia della Vita del febbraio 2020 ha definito l'IA un dono di Dio, ma ha evocato la necessità di un'algor-etica) sul futuro, concettuale e pratico, dell'intelligenza artificiale continua a pesare il problema della "centralità dell'umano". Non è un caso che negli USA, l'attuale amministrazione, si proponga di definire una "carta dei diritti" dell'IA coinvolgendo l'*Office for science and technology policy* in una consultazione pubblica con l'obiettivo di emanare un documento che definisca i principi che proteggano il pubblico dallo strapotere di alcune tecnologie. L'Europa, un documento in tal senso – denominato *Orientamenti etici per una IA affidabile* e reso pubblico nell'aprile 2019 – lo ha già prodotto attraverso un "gruppo indipendente di esperti di alto livello sull'Intelligenza artificiale" istituito dalla Commissione europea. Il metodo di lavoro adottato è stato lo strumento della consultazione pubblica, proprio come si propone di fare l'Amministrazione americana. Vi si legge che un'IA affidabile deve basarsi su tre componenti fondamentali, che non possono venire meno, né confluire, per l'intero ciclo di vita di un sistema di IA:

- **legalità**, perché si eviti, anche inavvertitamente, la commissione di reati da parte di sistemi sempre più autonomi nel prendere decisioni;
- **eticità**, vale a dire "rispetto dell'autonomia umana, prevenzione dei danni, equità ed esplicabilità" riconoscendo e risolvendo possibili conflitti fra questi principi;

- **robustezza**, dal punto di vista tecnico e sociale per prevenire errori o, peggio ancora, ricadute catastrofiche derivanti da errori di programmazione o di addestramento, quando si ha a che fare con sistemi di *machine learning* Riporto testualmente quanto si legge a pag. 5 del citato documento, perché ne sintetizza perfettamente lo spirito.

*"A tal fine si devono realizzare sistemi di IA antropocentrici, tenendo fede all'impegno di metterli sempre al servizio dell'umanità e del bene comune, con l'obiettivo di migliorare il benessere e la libertà degli esseri umani. Pur offrendo grandi opportunità, i sistemi di IA comportano anche rischi che devono essere gestiti in modo appropriato e proporzionato. Disponiamo di un'importante occasione per plasmare il loro sviluppo, perciò intendiamo garantire che gli ambienti sociotecnici in cui sono integrati siano affidabili e che i produttori dei sistemi di IA ottengano un vantaggio competitivo integrando nei loro prodotti e servizi un'IA affidabile. A tal fine occorre massimizzare i benefici dei sistemi di IA, prevenendone e minimizzandone al tempo stesso i rischi. In un contesto di rapidi cambiamenti tecnologici, riteniamo essenziale che la fiducia rimanga il cemento delle società, delle comunità, delle economie e dello sviluppo sostenibile. Pertanto, la nostra ambizione fondamentale è un'IA affidabile, poiché gli esseri umani e le comunità riusciranno ad avere fiducia nello sviluppo della tecnologia e nelle sue applicazioni solo quando esisterà un quadro di riferimento chiaro e completo per conseguirne l'affidabilità."*

A questo punto, trarre conclusioni definitive sull'argomento non è facile, perché impossibile risulta prevedere un limite agli sviluppi tecnici e dire una parola definitiva



28

sulle implicazioni etiche che, in conseguenza di nuovi scenari, si apriranno a nuove considerazioni. Personalmente, riportando il ragionamento entro i limiti, certamente più ristretti ma per questo più comodi da considerare, del mio ambito professionale, credo molto nelle potenzialità dell'IA applicata alla diagnostica endoscopica e, al di là delle personali convinzioni, credo che in un futuro che è già estremamente prossimo, noi tutti specialisti non potremo fare a meno di imparare a

utilizzarla sfruttandone al meglio le numerose potenzialità. Si tratterà, come del resto in tutti gli altri campi, di non appiattirsi su un utilizzo passivo della tecnologia e non derogare da quella che ho già citato come "centralità dell'elemento umano" affinché, da prezioso assistente, l'*HAL 9000* di turno – e chi ha visto quel meraviglioso e per certi versi profetico film che è *2001 Odissea nello spazio* sa di cosa parlo – non si trasformi in un algido despota tecnologico.

#### Bibliografia:

##### Performance of artificial intelligence in colonoscopy for adenoma and polyp detection: a systematic review and meta-analysis

Cesare Hassan, Marco Spadaccini, Andrea Iannone, Roberta Maselli, Manol Jovani, Viveksandeep Thoguluva Chandrasekar, Giulio Antonelli, Honggang Yu, Miguel Areia, Mario Dinis-Ribeiro, Pradeep Bhandari, Prateek Sharma, Douglas K Rex, Thomas Rösch, Michael Wallace, Alessandro Repici  
*Gastrointest Endosc* 2021 Jan;93(1):77-85

##### Efficacy of Real-Time Computer-Aided Detection of Colorectal Neoplasia in a Randomized Trial.

Repici A, Badalamenti M, Maselli R, Correale L, Radaelli F, Rondonotti E, Ferrara E, Spadaccini M, Alkandari A, Fugazza A, Anderloni A, Galtieri PA, Pellegatta G, Carrara S, Di Leo M, Craviotto V, Lamonaca L, Lorenzetti R, Andrealli A, Antonelli G, Wallace M, Sharma P, Rosch T, Hassan C.  
*Gastroenterology*. 2020 Aug;159(2):512-520

##### Artificial intelligence-aided colonoscopy: recent developments and future perspectives.

Antonelli G, Gkolfakis P, Tziatzios G, Papanikolaou IS, Triantafyllou K, Hassan C.  
*World J Gastroenterol* 2020; 26(47): 7436-7443

##### Advanced imaging and differentiation of colorectal neoplasia: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2019

Raf Bisschops et al.  
*Endoscopy* 2019; 51: 1155-117

##### Orientamenti etici per un'IA affidabile

Gruppo di esperti ad alto livello sull'Intelligenza Artificiale  
Coordinatrice: Nathalie Smuha  
Commissione Europea – Bruxelles, 8 aprile 2019



## SARS-COV-2 E GENERE

di Loreley Bianconi

**Sabato 25 settembre "SARS-COV-2 e Genere" il convegno promosso dagli Ordini provinciali di Area Vasta Romagna (Forlì/Cesena, Ravenna e Rimini) patrocinato dalla FNOMCeO.**

“È la prima volta che i tre Ordini provinciali dell'Area Vasta Romagna (Forlì/Cesena, Ravenna e Rimini) organizzano un convegno insieme, e su un tema di grande attualità e importanza come "SARS-COV-2 e Genere" tiene a sottolineare Loreley Bianconi, coordinatrice del Centro di Formazione Medicina di Genere di Rimini e componente del gruppo di lavoro della FNOMCeO sulla MdG. I relatori, tutti di grande competenza, hanno accompagnato i colleghi presenti nel leggere i dati emersi dall'inizio della pandemia, in un'ottica di genere, applicandoli cioè alla specificità che il genere comporta. Perché, come dice la prof.ssa Giovannella Baggio, la Medicina di Genere è una "necessaria e doverosa dimensione interdisciplinare della medicina, che vuole studiare l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana". Si è partiti dai dati epidemiologici

della sorveglianza nazionale – illustrati dalla dr.ssa Martina Del Manso del Dip.to Malattie Infettive ISS/Reparto Epidemiologia, Biostatistica e Modelli Matematici diretto dal prof. Patrizio Pezzotti – affrontati non solo a partire dal sesso ma anche contestualizzati con il CFR (Case Fatality Rate) standardizzato che tiene conto della struttura della popolazione di riferimento. Nel 77% di cittadini vaccinati con ciclo completo al 22 settembre 2021, vi è una preponderanza di donne rispetto ai maschi che tuttavia sono in numero maggiore nelle fasce di età più avanzate. La possibilità di contrarre la malattia da parte dei vaccinati rispetto ai non vaccinati si riduce del 76-77% per entrambi i sessi. A seguire la dr.ssa Anna Ruggieri, virologa senior researcher all'ISS, ha portato le conoscenze attualmente validate sul SARS CoV2 e sulle prospettive della ricerca, ha confermato come gli uomini si ammalino più gravemente e abbiano una maggior mortalità rispetto alle donne, in virtù del fatto che l'interazione virus/cellula ospite è influenzata da fattori legati al sesso biologico, come gli ormoni sessuali, da meccanismi genetici che regolano in modo diverso i recettori ACE 2 e da una diversa risposta immunitaria, ma giocano

29

un ruolo anche meccanismi di regolazione epigenetici diversi per cui, per esempio, è ipotizzabile che le cellule polmonari maschili vadano incontro più facilmente all'apoptosi indotta dal SARS Cov 2 rispetto a quelle femminili. I vaccini approvati e a disposizione della popolazione, sono stati analizzati per efficacia ed effetti collaterali in rapporto all'elevatissimo numero di somministrazioni effettuate. Sul Long Covid è stata ribadita la più alta frequenza nelle donne, ma i meccanismi che sottendono alla sua insorgenza sono ancora da determinare. Di grande interesse l'intervento della dr.ssa Vanessa Agostini (direttore dell'U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale del Policlinico San Martino di Genova) su coagulopatie e problematiche trombotiche da vaccini di cui ha descritto tipologie e patogenesi (conseguente a endotelite, stasi e ipercoagulabilità). Agostini ha poi trattato le linee guida per il trattamento del tromboembolismo venoso a partire dalla profilassi nei pazienti affetti da COVID per arrivare alla trombosi post vaccinale

o VITT (Trombocitopenia con Trombosi Indotta da Vaccino). In teleconferenza il prof. Matteo Bassetti (Direttore di Clinica di Malattie Infettive e Tropicali del Policlinico San Martino di Genova), dopo aver riassunto le caratteristiche sostanziali del Covid 19, ne ha trattato gli aspetti terapeutici, dalla profilassi vaccinale a quella post esposizione, dalle cure domiciliari e quelle ospedaliere, senza tralasciare le modifiche degli orientamenti terapeutici avvenute alla luce dell'esperienza maturata da inizio pandemia ad oggi. Dello stato di fatto e dei positivi effetti della campagna vaccinale nell'Area Vasta Romagna – con tipologie, caratteristiche e diffusione dei vari vaccini, comprese le segnalazioni degli eventi avversi – ha parlato ampiamente la dr.ssa Raffaella Angelini, direttrice della Sanità Pubblica dell'Asl Romagna, che ha anche sintetizzato le varie direttive ministeriali fino alla più recente riguardante le persone che necessitano della terza dose aggiuntiva di vaccino. Ampio il dibattito da parte dei MMG, in particolare sulle controindicazioni al vaccino che, come ha affermato la Dott.ssa Angelini, in estrema sintesi, sono limitate ai casi di grave reazione avversa dopo somministrazione della prima dose o a allergia documentata verso componenti del vaccino. La densa e ricca mattinata si è conclusa con la relazione del prof. Antonio Francesco Maturo sulla comunicazione in medicina, sia negli aspetti generali, sia in riferimento a quanto verificatosi durante la vicenda pandemica, sottolineando come una buona comunicazione sia alla base del corretto rapporto medico paziente.

30



**FOCUS ON**  
di Laura Baffoni

**"The sex with the reduced sex chromosome dies earlier: a comparison across the tree of life"**  
ZA. Xirocostas, S. Everingham, AT Moles; *Biol Lett* 2020 <http://dx.doi.org/10.1098/rsbl.2019.0867>  
**"Sex differences in adult lifespan and aging rates of mortality across wild mammals"**  
J F Lemaitre et Al; *PNAS* 2020 <https://doi.org/10.1073/pnas.1911999117>

**I**N QUESTO NUMERO NON VI propongo una review o un lavoro originale che metta in risalto quanto la Medicina Genere-Specifica (MG) migliori la comprensione di una data patologia o l'approccio al Paziente, ma due lavori che sottolineano quanto anche nella ricerca di base il sesso sia una variabile fondamentale per comprendere i fenomeni biologici. Il dimorfismo sessuale (fig. 1) si verifica in molti tratti e comportamenti e le differenze di morfologia, colorazione e comportamento possono avere effetti sostanziali sull'ecologia di un organismo. Anche la durata della vita può essere un elemento distintivo dei due sessi, ricordiamo il grande impatto che ebbe nel mondo scientifico

l'articolo apparso su Lancet nel 2008 di Jagger et Al. divenuto una pietra miliare nella storia della MG, che evidenziava una maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini. Molte specie animali mostrano differenze sostanziali nella durata della vita tra i due sessi

31



Fig. 1 *Paradisea Decora*, litografia di W. Hart (XIX secolo)

e i ricercatori dell'università del New South Wales – Sydney hanno indagato la possibilità che la diversa durata della vita nei due sessi sia correlata alle differenze nei loro cromosomi sessuali. La determinazione del sesso in molti organismi è controllata dai cromosomi sessuali e gli organismi che possiedono due cromosomi sessuali identici (ad esempio XX nelle femmine umane o ZZ negli uccelli maschi) sono indicati come sesso omogametico, mentre quelli con cromosomi sessuali diversi (ad es. XY nei maschi umani o ZW negli uccelli femmine) sono noti come sesso eterogametico. Una possibile spiegazione per la differente durata della vita nei due sessi è la cosiddetta ipotesi della "unguarded X" (X non custodita), che suggerisce come il cromosoma ridotto o assente nel sesso eterogametico permetta l'espressione di elementi morfologici e fisiologici, indesiderabili presenti sull'altro cromosoma sessuale con conseguente riduzione della durata della vita, mentre nel sesso omogametico queste mutazioni recessive deleterie sono generalmente mascherate dalla seconda copia del cromosoma X o Z. A conferma di ciò alcuni lavori dimostrano una maggiore longevità nei mammiferi della femmina che è il sesso omogametico, mentre negli uccelli, dove il sesso omogametico è rappresentato dal maschio, si verifica l'esatto contrario. Un altro meccanismo ipotizzato è quello della cosiddetta «Y tossica», in cui il cromosoma Y potrebbe influenzare l'espressione genica di altri cromosomi e causare mutazioni deleterie che possono accorciare la durata

della vita maschile, come si vede nella *Drosophila*. Infine anche il *mosaicismo cellulare*, dove le mutazioni somatiche fanno sì che le cellule abbiano genotipi diversi, potrebbe spiegare il ruolo dei cromosomi sessuali nella mortalità eterogametica; infatti questo fenomeno può essere causa della perdita, della acquisizione e/o della riorganizzazione interna di interi cromosomi: il mosaicismo aumenta con l'invecchiamento di un organismo e questo aumento è a tassi più elevati nei cromosomi sessuali rispetto agli autosomi. La perdita completa dei cromosomi può verificarsi sia nei cromosomi X che in quelli Y, ma nelle femmine questo di solito si verifica nell'X inattivo, e quindi l'espressione genica corretta può ancora verificarsi nel rimanente cromosoma X attivo. Tuttavia alcuni ricercatori hanno sottolineato che le differenze di durata della vita tra i sessi non possono essere giustificate dalle sole differenze genetiche, ma sono anche influenzate da una combinazione fra differenze nelle cure parentali, esposizione a predatori, selezione naturale e altri fattori biotici. Gli Autori australiani hanno voluto vagliare l'ipotesi dell'X incustodita ampliando l'analisi non solo a mammiferi ed uccelli ma anche a rettili, anfibi e insetti, confrontando i dati di longevità presenti in articoli, libri, enciclopedie e database qualificati, utilizzando parole chiave come "durata della vita", "longevità" ed "età". Sono state escluse le specie senza separazione fra i due sessi perché non era possibile confrontarne la longevità (quelle che non possiedono maschi o determinazione del sesso

eterogametico femminile, comprese le specie ermafrodite), le specie che invertono il sesso e le specie che subiscono l'influenza delle condizioni ambientali nel determinare il loro sesso finale. Le specie sono state incluse nello studio solo se i dati sulla longevità erano disponibili sia per i maschi che per le femmine, e se i dati riguardanti la durata della vita (media/mediana/massima) e la condizione di vita (cattività/stato selvatico) erano confrontabili nei due sessi; in questa maniera sono state comprese nello studio 229 specie animali (8 classi, 38 ordini e 99 famiglie). Xirocostas et Al. calcolando per ciascuna specie il rapporto di risposta logaritmica della longevità del sesso omogametico rispetto al sesso eterogametico, hanno rilevato che il sesso omogametico, in media, vive il 17,6% in più rispetto al sesso eterogametico ( $p=0.014$ , vedi fig. 2); alcune classi di animali (Mammalia, Insecta, Reptilia e Acrinopterygii) hanno mostrato un dimorfismo della durata di vita più elevato rispetto ad altre (Aves, Condritti e Amphibia). Secondo i Ricercatori australiani la morfologia cromosomica di un organismo sembra avere un ruolo sostanziale nel plasmare la durata della vita, e la differenza rilevata tra sesso eterogametico ed omogametico è tale da avere importanti implicazioni ecologiche ed evolutive; tuttavia questo studio è uno studio correlativo e quindi non può dimostrare la causalità. Inoltre a causa dell'eterogeneità del gruppo eterogametico studiato – che comprende sia specie che non hanno il secondo cromosoma

sessuale sia altre che hanno i cromosomi sessuali di dimensioni simili (la specie umana si situa al centro di questo ventaglio

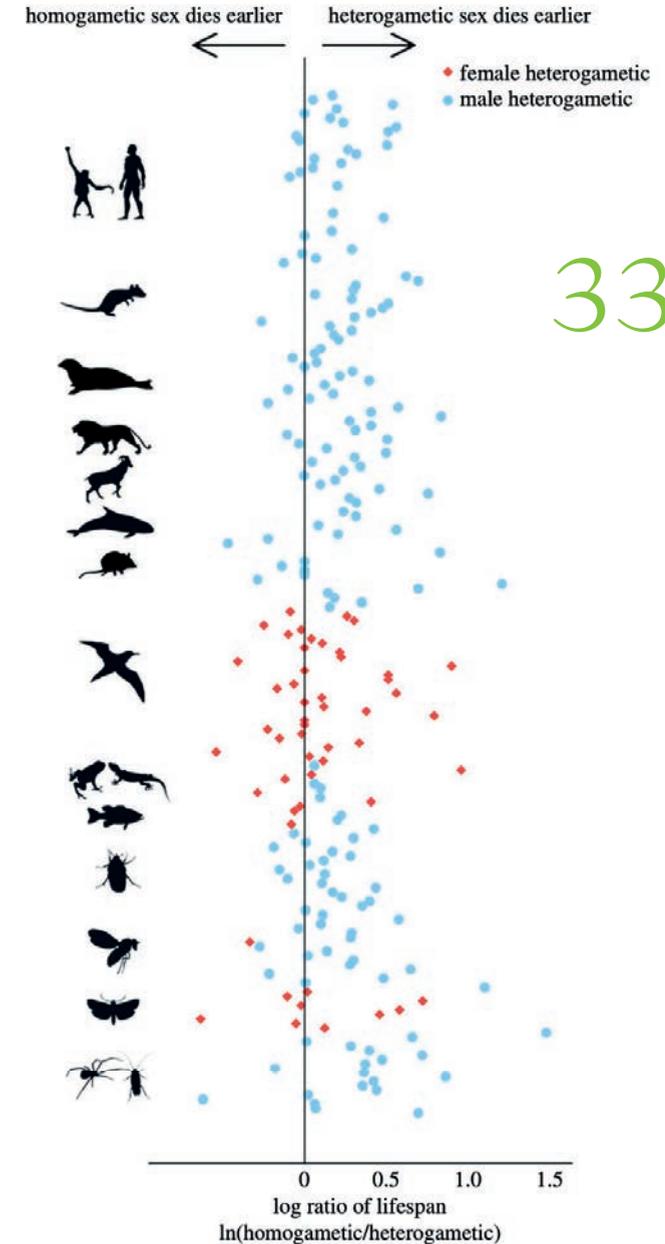


Fig. 2 Xirocostas et Al. (Modificato)

di morfologie avendo un cromosoma Y molto più piccolo dell'X) – sarà necessario, secondo gli Autori, selezionare ed ampliare maggiormente le specie testate in modo da poter validare l'ipotesi se la differenza nella durata della vita tra i sessi sia proporzionale alla differenza nella lunghezza dei cromosomi sessuali.

Un altro risultato inaspettato di questo studio è la presenza di un differente grado di dimorfismo della durata della vita a seconda che le specie eterogametiche siano femminili o maschili, infatti le specie con determinazione del sesso eterogametico femminile avevano un grado di dimorfismo significativamente ( $p = 0,019$ ) inferiore (7,1%) rispetto alle specie eterogametiche maschili (20,9%). Secondo gli Autori le possibili spiegazioni per questa sorprendente tendenza sono tre.

Il primo è che il cromosoma Y nelle specie eterogametiche maschili possa tendere ad essere più degradato rispetto al cromosoma W nelle specie eterogametiche femminili, causando una minore longevità delle specie portatrici del sistema XY rispetto a quelle ZW.

Una seconda ipotesi punta l'obiettivo sui telomeri, quelle sezioni di DNA non codificante poste alle estremità dei cromosomi, che proteggono il DNA codificante dal deterioramento durante la replicazione cellulare e altri processi cellulari, ma che ad ogni divisione cellulare rimangono danneggiati e si accorciano provocando l'invecchiamento. L'enzima telomerasi aggiunge coppie di basi telomeriche alle estremità del DNA, attivando indirettamente altre vie di

**Alcuni ricercatori hanno sottolineato che le differenze di durata della vita tra i sessi non possono essere giustificate dalle sole differenze genetiche.**

riparazione del DNA e poiché gli estrogeni attivano un promotore della telomerasi è possibile che ciò si traduca in un vantaggio per il sesso femminile.

La terza ipotesi riguarda l'ambiente e la selezione sessuale, infatti in molte specie i maschi sottostanno ad una competizione sessuale più intensa rispetto alle femmine (ad esempio maschi che combattono per l'accesso alle femmine o per stabilire il loro territorio) con conseguente riduzione della durata della vita. Il passo successivo della ricerca in questo campo secondo Xirocostas et Al. è capire se esiste una proporzionalità tra differenza di lunghezza dei cromosomi sessuali e riduzione della durata della vita, il che sarebbe un ulteriore gradino verso la comprensione dei fattori che influenzano l'invecchiamento.

Nel secondo articolo, Lemaitre et Al. hanno valutato solo mammiferi, studiando 134 popolazioni di 101 specie che abbracciano l'ampia diversità di ordini esistenti nei mammiferi, per quantificare sia la consistenza che l'entità delle differenze di sesso nella durata della vita adulta e nel tasso di invecchiamento. Anche in questo lavoro le femmine hanno una durata media della vita adulta del 18,6%

in più rispetto ai maschi nei mammiferi selvatici (mentre negli umani il vantaggio femminile è in media del 7,8% – fig. 3), e le femmine non umane mostrano un vantaggio di sopravvivenza maggiore delle donne nel 66,4% delle popolazioni campionate. Gli Autori hanno quindi stimato il tasso di invecchiamento, adattando un modello di Siler, nelle popolazioni in cui erano disponibili informazioni sulla distribuzione dell'età al momento della morte (66 specie) per indagare se il tasso di invecchiamento avesse lo stesso andamento del tasso di mortalità, ma non sono state evidenziate differenze significative tra i due sessi; quindi una vita adulta più lunga nelle femmine non comporta sistematicamente un tasso di invecchiamento più basso, ma può semplicemente derivare da una mortalità inferiore a tutte le età adulte e tale disaccoppiamento è stato più volte evidenziato anche nella specie umana. Inoltre lo studio ha dimostrato un'ampia variazione nelle differenze dei tassi di mortalità ed invecchiamento nelle varie specie (pur condividendo lo stesso sistema XY nella determinazione del sesso) e, poiché non ha trovato spiegazione nella parentela filogenetica, deve essere modellato da altre fonti di variazione, come la variazione delle condizioni

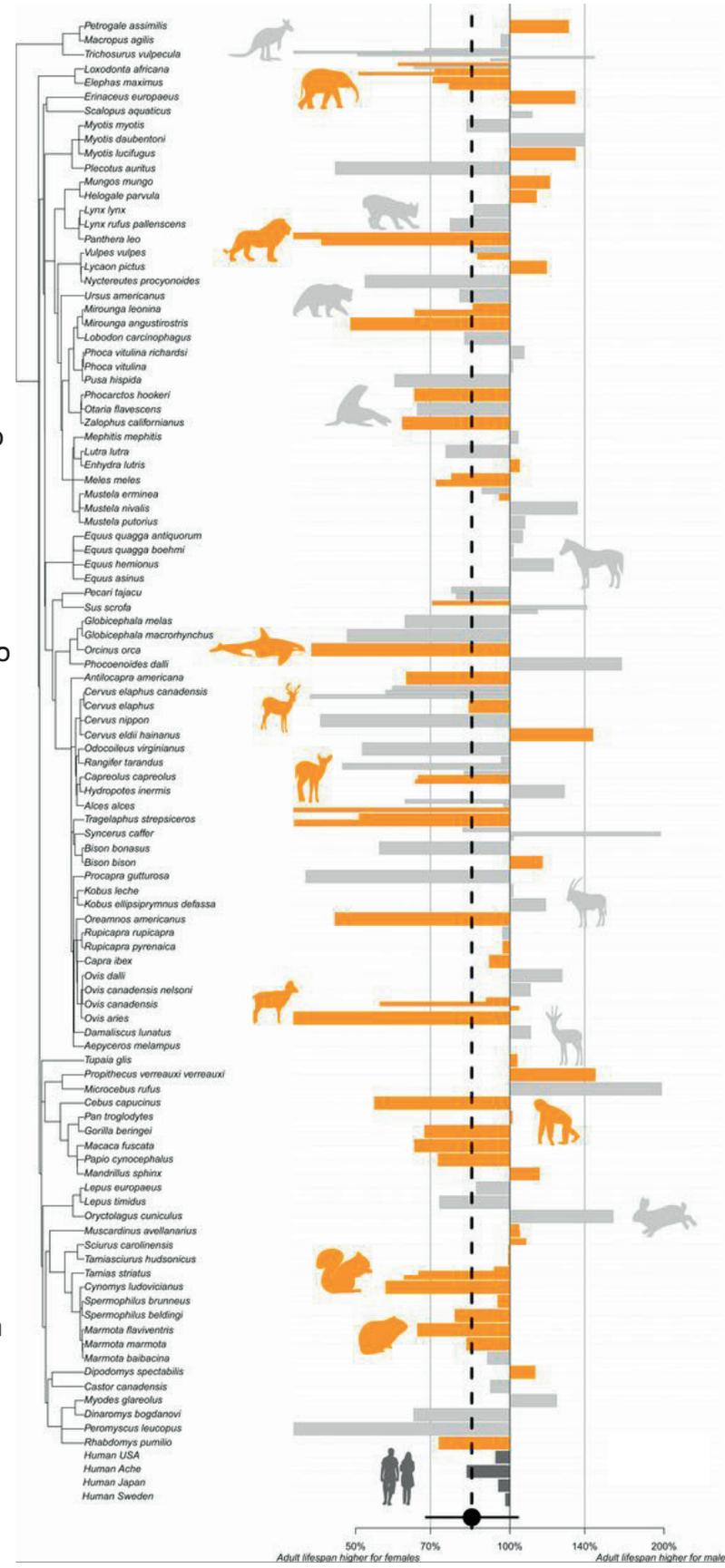


Fig. 3 Lemaitre et Al

ambientali tra le popolazioni e all'interno delle stesse. Pertanto, secondo gli Autori, i costi fisiologici associati all'evoluzione di una grande dimensione corporea e di tratti sessuali distintivi in condizioni naturali e nel corso dell'evoluzione potrebbero aver causato una maggiore riduzione complessiva della sopravvivenza maschile, rispetto a quella delle femmine. Più specificamente, l'allocatione di risorse nei maschi verso la crescita e il mantenimento dei tratti sessuali secondari potrebbe, a parità di altre condizioni, rendere i maschi più vulnerabili delle femmine alle dure condizioni ambientali. Ad esempio uno spiccato dimorfismo sessuale è spesso dovuto ad una maggiore produzione di androgeni nei maschi, in particolare durante la prima età adulta, che controlla direttamente la crescita di molti tratti sessuali secondari – come ornamenti e armamenti -, ma gli androgeni circolanti hanno effetti sulla risposta immunitaria e se presenti ad alti livelli possono comprometterne l'azione, rendendo i maschi più suscettibili ai patogeni. Infine i maschi sono spesso soggetti alla caccia da parte dell'uomo per il recupero di trofei rendendo l'ambiente più ostile nei confronti delle popolazioni maschili. Quindi le differenze di sesso sia nella durata della vita adulta che nel tasso di invecchiamento nelle popolazioni selvatiche secondo Lemaitre et Al. è probabilmente dipendente dalle interazioni tra variazioni genetiche caratteristiche del sesso – derivanti da una selezione verso alleli specifici che sono associati nei maschi con fenotipi più estremi per tratti fisiologici,

Le femmine hanno una **durata media della vita adulta del 18,6% in più rispetto ai maschi nei mammiferi selvatici, e le femmine non umane mostrano un vantaggio di sopravvivenza maggiore delle donne nel 66,4% delle popolazioni campionate.**

morfologici e comportamentali – e condizioni locali ambientali (ad es., ricchezza di agenti patogeni), che possono esacerbare o attenuare l'entità di queste differenze di sesso. La longevità mostra quindi anche in natura un dimorfismo sessuale ed i due gruppi di ricercatori sottolineano gli uni l'importanza del fattore "cromosoma sessuale" gli altri del fattore "ambiente", ma non credo che una ipotesi escluda l'altra perché sicuramente la *meraviglia* che si chiama *Vita* è il risultato dell'interazione di molteplici fattori alcuni scritti all'interno dell'organismo vivente altri presenti all'esterno: è necessaria però la consapevolezza che questa interazione non è neutra, ma aggiunge un ulteriore grado di complessità perché è diversa a seconda del codice inscritto nell'organismo ed è una ulteriore prova, traslando il tutto nella specie umana, di quanto la conoscenza di noi stessi debba essere coniugata attraverso la Medicina Genere-Specifica.



## IL NATALE E I CAPPELLETTI

di Maurizio Della Marchina

**I**L NATALE IN ROMAGNA è tradizionalmente ed intimamente connesso con la preparazione dei cappelletti, forse la pasta ripiena italiana più nota nel mondo, unitamente alla sua variante emiliana rappresentata dai tortellini. I cappelletti (rimaniano inter nos...) costituiscono una preparazione di lontana origine medievale, finalizzata al riutilizzo delle carni, di maiale e di tacchino, cappone o vitello, amalgamate con formaggi, uova, noce moscata, etc già descritti nei ricettari di cucina fino dal 1664 ("L'economia del cittadino di villa" di Vincenzo Tanara). In Romagna alla vigilia, le azdore, unitamente a una torma di famigliari, tiravano la sfoglia e provvedevano alla preparazione di ben farciti cappelletti, in numeri sempre cospicui, destinati a galleggiare nel sapido brodo di cappone, preparato all'uopo. Riferisce Michele Marziani, unitamente a Piero Meldini, nel prezioso libretto "La cucina riminese" che l'ingestione smodata di siffatta goloseria, potè addirittura esitare in estremi casi, nel decesso dell'ingordo commensale! (1811, L. Staurenghi, Prefetto di Forlì, rapporto conclusivo dell'"Inchiesta Napoleonica"). Diverse sono le correnti di pensiero fra il sud della

Romagna (di influenza riminese e marchigiana), che preferisce utilizzare preferenzialmente le carni per il ripieno ed il nord della medesima regione, che tende a privilegiare l'uso del formaggio nella farcitura di questa pasta, confortata in questo dalle specifiche artusiane che, per quanto concerne i "Cappelletti all'uso di Romagna" non va oltre all'aggiunta del petto di cappone alla ricotta, al raveggiolo ed al parmigiano...

All'origine di questa diversità gastronomica e culturale risiedono con buona approssimazione le radici storiche dell'Emilia-Romagna che vedono prevalere al nord l'influsso nordico-longobardo, con alimentazione in prevalenza carnea con l'utilizzo di suini e bovini, mentre il mondo bizantino basa le sue consuetudini alimentari su di una base più specificamente silvo-pastorale mediterranea ed abitudini di transizione caratterizzano i territori intermedi.

Il cibo più decisamente identitario nel periodo natalizio del territorio e delle vallate riminesi sono decisamente i cappelletti di carne, mentre meno utilizzati e considerati sono quelli cosiddetti di magro (absit iniuria...). Precise regole, tramandate oralmente, prevedevano un numero ben definito, usualmente una dozzina



38

a testa, di cappelletti, cotti in un eccellente brodo di ruspante cappone, insaporito dagli usuali ortaggi, con l'aggiunta di qualche pomodorino conservato appeso ad un qualche supporto. I (pochi) cappelletti rimasti dal luculliano pranzo natalizio venivano destinati a deliziare la tavola di Santo Stefano, restando comunque un mitico ricordo da ripetere solamente il Natale successivo...  
A conclusione di queste note pre-natalizie non ci resta altro che riportare la ricetta originale dei Cappelletti all'uso di Romagna come scritta dall'Artusi nella sua opera

“La scienza in cucina e l'arte di mangiar bene”, insostituibile pietra di paragone gastronomica: “Sono così chiamati per la loro forma a cappello... Ricotta (oppure metà ricotta e metà cacio raviggiolo) grammi 180. Mezzo petto di cappone cotto nel burro, condito con sale e pepe, e tritato fine con la lunetta. Parmigiano grattato, grammi 30. Uova, uno intero e un rosso. Odore di noce moscata, poche spezie, scorza di limone a chi piace. Un pizzico di sale. Assaggiate il composto per poterlo al caso correggere... Mancando il petto di cappone, supplite con grammi 100 di magro di maiale nella lombata, cotto e condizionato nella stessa maniera... Per chiuderlo fate una sfoglia piuttosto tenera di farina spenta con sole uova servendovi anche di qualche chiara rimasta, e tagliatela con un disco tondo della grandezza di circa 6 cm. Ponete il composto in mezzo ai dischi e piegateli in due formando così una mezza luna; poi prendete le due estremità della medesima, riunitele insieme ed avrete il cappelletto compito...”



### CENA DELLA TRADIZIONE CONTADINA DELLA VIGILIA DI NATALE: IL BACCALÀ

di Marco Grassi

**U**NA DELLE TRADIZIONI che gli italiani conservano per il cenone della vigilia di Natale è quella di cucinare pesce, tradizione mantenuta più facilmente nelle

località di mare come la costa romagnola. L'entroterra riminese, collinare già a pochi chilometri dalla costa, ha scontato fino a non troppi anni fa difficoltà di approvvigionamento di pesce fresco e a buon mercato, specie

nel periodo invernale. Fino ai primi anni '60 esisteva nella buona stagione un piccolo commercio fra costa ed entroterra di pesce e frutti di mare particolarmente economici per venire incontro alla scarsità di mezzi economici dell'epoca (in primis le vongole, più note, e non a caso, come poveracce, la saraghina e i paganelli). La caratteristica di questi piccoli commerci era di essere affidato a donne, il più delle volte le mogli dei pescatori, che di mattina presto e di buona lena, partivano con le loro biciclette e il carico di mercanzia alla volta delle campagne circostanti e dei paesi dell'entroterra. Nel periodo invernale, quando pesca e commerci erano più rarefatti e difficoltosi per il maltempo, per sopperire alla mancanza di pesce fresco e per variare un poco la dieta veniva privilegiato il pesce conservato sotto sale come il baccalà e le aringhe o essiccato come lo stoccafisso, pesce quindi facilmente conservabile e relativamente economico. Oggi, piatti a base di baccalà e aringhe sono entrati nei menù dei ristoranti mentre un tempo erano tipici della

**Il baccalà deve il suo successo storico, mantenutosi nel tempo, al fatto di essere un «cibo di magro» ed economico, facilmente conservabile e di totale utilizzo. Il baccalà veniva acquistato nelle fiere, sagre e mercati autunnali...**

cucina popolare e rurale e poco apprezzati nella cucina «borghese» cittadina. Il baccalà, che sarebbe il merluzzo nordico decapitato, aperto, sviscerato, e conservato sotto sale, non era infrequente trovarlo nei piccoli negozietti di generi alimentari della Valmarecchia «ove, prima della vendita al minuto, il baccalà veniva messo in ammollo, in bella vista all'entrata del negozio, per dissalarsi, ammorbidirsi in acqua, ripetutamente e quotidianamente cambiata e sostituita, procedendo all'operazione per almeno alcuni giorni» [1]. In questo contesto rurale il baccalà deve quindi il suo successo storico, mantenutosi nel tempo, al fatto di essere un «cibo di magro» ed economico, facilmente conservabile e di totale utilizzo. Il baccalà veniva acquistato nelle fiere, sagre e mercati autunnali soprattutto in funzione delle feste natalizie. Una delle ricette più popolari della cucina contadina era quella di cucinarlo in umido con abbondante quantità di patate tagliate a pezzi grossolani, cipolla e aromi vari, usando meno pesce e molte verdure per sfamare più bocche. Una alternativa, molto gustosa e facilmente praticabile per l'ampia disponibilità di brace dai camini delle case coloniche, era la cottura alla brace analogamente alla carne. Meno utilizzato il baccalà lessato e successivamente condito con olio e prezzemolo. Veniamo infine a due ricette della tradizione della Valmarecchia riportate nel suo libro da Graziano Pozzetto [1]

#### Baccalà all'acquacotta

Alcuni pezzetti di baccalà precedentemente dissalato, venivano messi a bollire, in acqua sufficiente, assieme a patate

39



sbucciate, pomodori se disponibili (oppure passata o conserva diluita), erbe officinali fresche (mentuccia, prezzemolo, maggiorana, basilico, altre), ma anche erbe di campo tra quelle stagionali e reperibili. Alla fine il composto brodoso, ma anche raddensato, principalmente caratterizzato dal sapore del baccalà, finiva sopra le fette di pane montanaro abbrustolito posto sul fondo delle scodelle. Accadeva nelle case più povere che venissero recuperati dall'acqua cotta sia i pezzi di baccalà che le patate, al fine di arrangiare una successiva cena.

#### **Baccalà in umido**

Il baccalà, già dissalato e ben asciugato, veniva tagliato a pezzi e cosparso di pan grattato oppure infarinato con polenta, un tempo assai più disponibile nelle pur povere dispense marecchiesi, indi fritto nello strutto bollente di una padella. Nel solo grasso di cottura, tolto momentaneamente il baccalà, si preparava il soffritto con cipolla affettata, aglio e prezzemolo tritati, facendo restringere, dopo l'iniziale rosolatura, conserva di pomodoro

diluita, regolando con solo pepe, considerata la marcata sapidità del baccalà, ricorrendo eventualmente ad erbe aromatiche come alloro, timo o maggiorana, ma anche a chiodi di garofano (pochi). A questo punto si metteva di nuovo nella padella il baccalà fritto per un breve amalgama, lasciando, auspicabilmente riposare il composto per almeno alcune ore. Non mancavano varianti dettate dall'economia, quindi, al fine di risparmiare il grasso di cottura, si passava direttamente il baccalà nel sugo di pomodoro condito, ancora da restringere e cuocere, operazioni che consentivano nel contempo la cottura anche del baccalà, ricorrendo a sufficiente acqua calda, magari presa dalla vasca della stufa economica a legna. Il tegame preferibilmente utilizzato era largo e di coccio, con relativo coperchio.

[1] G. Pozzetto: La cucina e i prodotti della Valmarecchia da Santarcangelo a Castel delci. Panozzo Editore



#### **ARCHEOGENOMICA DEGLI ETRUSCHI. RUOLO DELL'INDAGINE DEL DNA**

di Maurizio Della Marchina

**L**A NARRAZIONE DELLE origini dei popoli antichi è basata su due principali linee di tendenza; una è la necessità di catalogarli e raggrupparli a seconda delle somiglianze o difformità, come fecero gli autori Greci e Romani o addirittura quelli Biblici costruendo una sorta di albero genealogico, giungendo a riconoscere antenati comuni.

Altro motivo è quello più prettamente "politico", al fine di rinvenire alleati comuni e visioni del mondo simili.

L'origine del popolo etrusco è stata a lungo controversa, con la tradizione, in linea con la vulgata dello storico greco Erodoto, che sosteneva l'origine anatolica (Lidia) degli Etruschi, migrati nell'Italia centrale sfuggendo ad eventi procellosi. Ad essa si contrappose, nel secolo scorso, l'ipotesi dello studioso Massimo Pallottino, sostenitore della genesi autoctona dei Tirreni, basata su una sorta di *melting pot* di vari influssi su di una base locale.

L'identità di un popolo non è comunque un quid rigido e immutabile, originato da eventi già predeterminati; più spesso è il risultato di un insieme di processi e di una continua evoluzione di usi e di stili di vita.

Per tentare di fornire una spiegazione attendibile a questa complessa situazione si è tentato di indagare a tutto campo, incluso, in tempi più recenti, lo studio del patrimonio genetico della popolazione che abita nel territorio in passato sede degli Etruschi. Già nel 1993 il prof. Alberto Piazza con l'Istituto di Genetica Umana dell'Università di Torino, svolse un'indagine nel territorio di Murlo (Siena) e in altre località, mirata a studiare, con la valutazione delle diversità genetiche, i rapporti intercorrenti fra le diverse popolazioni europee attuali e le loro discendenze dagli antichi abitanti.

Gli abitanti di Murlo, Volterra e del Casentino, ritenuti rappresentanti di un campione significativo dell'intera Toscana, e quelli di altre regioni italiane, vennero indagati con le tecniche di genetica usuali per il periodo nell'ambito del progetto mondiale *Human Genome Diversity Project*, confrontando 34 marcatori genetici che consentirono di evidenziare le differenze genetiche fra le popolazioni settentrionali celtico-liguri, quelle centrali etrusche e quelle meridionali di origine greca, nonché i legami con popolazioni del Mediterraneo orientale. Più di recente, una ricerca

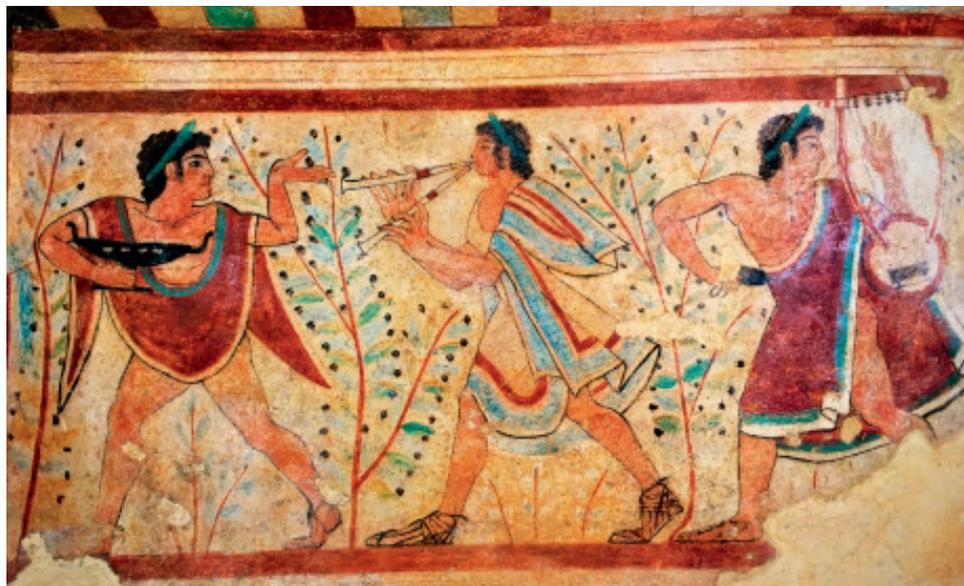
# medici ma non solo

42

condotta da un gruppo internazionale di studiosi dell'Università di Firenze, di Ferrara, Siena, Napoli, Tubinga e Jena ha indagato il genoma di 82 individui dell'Italia centrale e meridionale in un arco di tempo che va dall'800 a.C. al 1000 d.C. Questo studio di paleogenetica ha consentito di valutare sezioni cospicue del genoma della popolazione indagata e ha permesso di rilevare la composizione del DNA riscontrato in un arco temporale di circa duemila anni e in dodici siti archeologici. Gli Etruschi evidenziano un profilo genetico comune a quello degli abitanti del Lazio e dell'Italia centrale, dando così particolare rilievo a una loro probabile origine dall'evoluzione della cultura protovillanoviana della tarda età del bronzo, confluita progressivamente in quella romana e ivi diluitasi. Successivamente appare rilevante e preminente l'influsso svolto dai processi migratori interni

all'Impero romano provenienti dalle coste orientali e meridionali del mediterraneo (militari, immigranti, commercianti) e in seguito dalle migrazioni provenienti dalle regioni del nord Italia ed Europa che hanno lasciato tracce importanti nel DNA degli abitanti della toscana e delle zone limitrofe. In sintesi, il patrimonio genetico etrusco è rimasto sostanzialmente invariato per circa 800 anni, per tutto il periodo trascorso dall'età del ferro fino al periodo imperiale romano, mentre il paesaggio genetico dei territori dell'Italia centrale ha subito un deciso rimaneggiamento prima per gli spostamenti di funzionari imperiali, schiavi e soldati e in seguito per gli invasori e i migranti germanici scesi al sud. Del resto studi di Guido Barbujani e Coll. sul DNA mitocondriale (eredità genetica di tipo materno) hanno posto in rilievo come, pure rinvenendo simili patrimoni genetici solo nelle popolazioni casentinesi e in quelle anatoliche

occidentali (con il rilievo rispettivamente di una continuità genetica dell'80% e dell'83%, ma con un tempo minimo di separazione fra gli antenati delle due zone di almeno 13.000 anni) non hanno evidenziato nella restante popolazione toscana (Murlo e Volterra) patrimoni genetici simili a quelli degli antichi Etruschi, permettendo quindi di sottolineare come la Toscana sia stata abitata da popolazioni di diversa origine e senza alcun rapporto cromosomico con gli antichi Etruschi, sottolineando pertanto uno sviluppo prettamente locale della civiltà etrusca. Se queste acquisizioni da un lato possono rendere ragione dell'origine di questi antichi abitanti italiani, non danno però conto del mistero riguardante la lingua parlata e scritta dagli stessi, in considerazione del fatto che si tratta di una lingua di natura non indoeuropea, molto differente da quella parlata dalle popolazioni provenienti dai territori euroasiatici e diffusa in quasi tutto il mondo antico. L'antropologo David Caramelli ha suggerito la presenza di uno scenario decisamente complesso coinvolgente la probabile assimilazione dei primi popoli italici da parte della popolazione etruscofona nel secondo millennio a.C. A partire dall'VIII secolo a.C. l'alfabeto utilizzato dagli Etruschi è stato derivato dal modello fenicio e utilizzato in buona parte del bacino del Mediterraneo e con molti punti in comune con il greco antico, come peraltro documentato nella nota stele di Lemnos. Del resto, molti autori greci si consideravano simili ai pelagici o di origine pelasgica, affini agli



Etruschi e nel santuario di Delfi le città etrusche di Cerveteri e Spina erano talmente assimilabili a quelle elleniche da potere costruire, uniche fra le città "barbare", un proprio edificio nel recinto del santuario. Queste acquisizioni, rivedendo per buona parte antiche ipotesi interpretative, aggiornandole con le moderne tecnologie messe a disposizione dalla genetica e dallo studio degli aminoacidi nucleici ci hanno dato conto della dinamica evolutiva degli Etruschi permettendo di confutare la loro identificazione con gli attuali residenti della Toscana, anche se persistono tuttora alcuni aspetti peculiari sotto il profilo genetico e sotto quello glottologico e di linguistica storica che richiedono ulteriori approfondimenti e valutazioni.



di Saverino La Placa

## 44

### INDOVINELLO

**FORSE NON RICORDI LA PRIMA VOLTA** che l'hai notata, ora sai che non è capace di fare passi indietro e anche quando non vuoi ti trascina con sé. Cos'è?

### REBUS (19)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

#### SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Soluzioni del numero precedente.

Spiegazione dell'indovinello: sarà davanti, all'interno e sulla sinistra.

Spiegazione del rebus: "S" "TORI" "A" "MEDI" "TERRA" "NEA" (Storia Mediterranea).

Spiegazione del gioco con numeri: E' morto a 25 anni (anno di nascita 1996)

### GIOCO CON NUMERI

**CON QUALI DELLE QUATTRO operazioni** fondamentali della **matematica**, ossia addizione, sottrazione, moltiplicazione e divisione, è possibile ottenere il numero 100, utilizzando per cinque volte il numero 5?



## BREVI CRONACHE BIOETICHE NEL CALEIDOSCOPIO PANDEMICO

di Mario Bartolomei

## 45

**IL SUBLIME È INFORME E** illimitato, di modo che la mente alla presenza del sublime, cercando di immaginare cose che non si possono immaginare, prova dolore per il fallimento, ma piacere nel contemplare l'immensità del tentativo". Questa è la descrizione dello stato d'animo che Immanuel Kant ci ha regalato sul *sublime spettacolo della natura* – quello che, per capirci, può capitare di sperimentare osservando, da una posizione di *comfort*, impressionanti cataclismi e rivolgenti naturali, la maestosità di un massiccio alpino o le placide vedute incontaminate di un'ampia vallata.

In epoca pre-COVID, con uno stato d'animo simile a quello descritto da Kant, ci si è spesso accostati alle iniziative organizzate intorno alle tematiche bioetiche, una scusa per ascoltare bei discorsi, ritenuti però a torto astratti, se non del tutto inutili. A confronto con questo scenario, la pandemia da SARS-CoV-2 ha sparigliato le carte e ci ha strappati da quella pigra tentazione di voler interpretare il comodo ruolo di semplici spettatori. Infatti, la pandemia ha riguardato tutto il personale sanitario e, direttamente

o indirettamente, anche le persone comuni, rendendo la bioetica necessaria, da un lato, e scompaginando l'agenda (o la scaletta) dei principali argomenti bioetici, dall'altro lato. Vediamo come.

**La necessità di ragionare in termini bioetici.** Terapie intensive stracolme, servizi sanitari al collasso, la brutalità di dover archiviare, stipati in camion militari, tragedie familiari e atavici rituali di passaggio ci hanno insegnato, in un lampo, che le nostre certezze vanno rifondate, giorno per giorno, in modo consapevole, ragionando sui giudizi di valore che guidano le decisioni in ambito biomedico (*i.e.*, nell'ambito sia dell'attività clinica sia della sperimentazione di farmaci e dispositivi), svelandone luci e ombre, aspetti pregevoli ed elementi equivoci.

Non è superfluo ricordare che quotidianamente esprimiamo giudizi di valore ("L'insufficienza cardiaca è un male, poiché gli sforzi fisici di un tempo non potranno più essere fatti"), con la tendenza automatica e irriflessa ad assimilare questi stessi giudizi di valore generali ai giudizi di valore morale propriamente detti che riguardano in primo luogo

il paziente (“Dottore, i ricoveri frequenti o un dispositivo di assistenza meccanica ventricolare che mi prospetta sono troppo gravosi, preferisco accontentarmi di un precario equilibrio, per me soddisfacente, e rinunciare a prospettive di cura che ritengo inaccettabili”). In breve, non sempre riflettiamo sul fatto che la decisione clinica ha un *fine* suo proprio che le conoscenze fisiopatologiche e le innumerevoli linee guida non conoscono: il *fine* di curare una persona concreta e non ad esempio, per forza di cose, il suo cuore. Allo stesso tempo, ogni scelta terapeutica, compiuta anche a livello d’indirizzo e organizzazione sanitaria, comporta inevitabilmente la selezione di soggetti da includere nei programmi di cura (escludendone altri), sulla base di giudizi di valore, anche morale, adottati questa volta dalle istituzioni sanitarie e da chi le rappresenta.

Quella descritta è una realtà complessa, in cui molte malattie (e per certi

**Inevitabile affrontare il rapporto tra autorità e libertà, l’equa distribuzione delle risorse in relazione a una data organizzazione sanitaria, l’appropriatezza e la proporzionalità delle cure in condizioni di scarsità di risorse, il contributo dell’intelligenza artificiale.**

versi la salute) sono state deviate rispetto alla loro storia naturale e sono cadute nella “sfera di potenzialità e discrezionalità dei *saperi* e dell’*agire* dell’uomo”. La realtà complessa in cui siamo immersi prospera grazie a società globalizzate e, almeno da noi, anche pluralistiche, caratterizzate da un “eccesso di valori”, in cui sono tramontati il paternalismo di alcune professioni, la loro autoreferenzialità e la possibilità di invocare preconfezionate risposte *evergreen*. L’esito è scontato e il percorso obbligato: le scelte importanti che riguardano la persona e la sua salute devono essere adottate sulla scorta di una relazione instaurata tra chi ha un bisogno e chi lo può soddisfare, valorizzando il confronto, la giustificazione razionale e la cooperazione.

#### **L’agenda dei principali argomenti bioetici: esigenza di una ridefinizione.**

La pandemia da SARS-CoV-2 non ha messo in soffitta le grandi tematiche bioetiche di inizio e fine vita, la centralità della relazione medico-paziente e del consenso informato, l’importanza di approfondire gli aspetti deontologici e i profili della responsabilità medica, l’area della sperimentazione farmacologica, delle prescrizioni *off label*, le problematiche legate alle medicine non convenzionali e l’impatto sull’attività medica e sanitaria dell’applicazione dell’intelligenza artificiale. La pandemia presente ha amalgamato e redistribuito ad ampie pennellate, in ogni settore cruciale della nostra esistenza, tutti questi argomenti a rilevanza bioetica. In breve, è servita la

pandemia, che resta un dramma immane e non ancora superato, per mettere a fuoco l’importanza di momenti di riflessioni come quelli offerti dal Corso della Scuola di Etica Medica, giunto quest’anno alla sua IX edizione. Tutte le tematiche sopra descritte hanno trovato un loro spazio, in controtelaio, in categorie più ampie che dai *soggetti* (i.e., medici, personale sanitario e pazienti) si sono spostate ai *contesti*: inevitabile affrontare il rapporto tra autorità e libertà (in altri termini, il rapporto tra decisioni istituzionali e diritti del cittadino), l’equa distribuzione delle risorse in relazione a una data organizzazione sanitaria, l’appropriatezza e la proporzionalità delle cure in condizioni di scarsità di risorse, il contributo dell’intelligenza artificiale nell’ottimizzazione delle risorse, il rischio medico quando si debba decidere se seguire linee guida e *trial* clinici o quando sia opportuno tentare *tailored therapies*, considerando le comorbidità del paziente, la mancanza di conoscenze ed esperienze pregresse. In breve, “potremmo dire che la bioetica delinea un percorso, prima ancora di preoccuparsi di individuare un risultato. Essa tenta di fornire gli strumenti operativi per poter gestire e risolvere le problematiche inevitabilmente

I Licei a indirizzo sperimentale con curvatura biomedica di Rimini e Riccione (Liceo Classico G. Cesare-M. Valgimigli, Licei Scientifici A. Einstein, A. Serpieri, e A. Volta-F. Fellini) hanno partecipato in videoconferenza al 3° e ultimo modulo dell’IX Corso della Scuola di Etica Medica di Rimini, intitolato “La sciagura inaspettata”, tenutosi il 12/11/2021, che ha visto la presenza di docenti come il Dott. Stefano De Carolis (storia delle pandemie), il Prof. Enrico Al Mureden (la professione medica tra diritto ed economia in epoca di pandemia) e il Prof. Roberto Burioni (aspetti scientifici ed epidemiologici della pandemia da SARS-CoV-2).

correlate alla vita degli individui di oggi [...], in cui si stanno radicalmente modificando i rapporti con la salute e la malattia [...]. La bioetica è quindi un ausilio per impostare correttamente il problema “cura-innovazione-rigore”. Volendo concludere, i prossimi anni dovranno essere sfruttati per allargare la platea dei soggetti *bioeticamente consapevoli*, individuando narrazioni e strumenti di comunicazione originali, non trascurando le testimonianze di chi vive in prima linea i fronti e le frontiere della professione medica e ricorrendo anche al contributo proveniente dalle fonti storiche e della storia della medicina.

#### **Per approfondire**

- Bartolomei M., *Introduzione alla VII Edizione della Scuola di Etica Medica*, il Notiziario n. 4/2018.  
Cattorini P.M., *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Elsevier, 4° ed., 2011.  
Montesi M., *Presentazione alla VII Edizione della Scuola di Etica Medica*, il Notiziario n. 3/2018.  
Veronesi U. e Macellari G., *Manuale di Etica per il giovane medico*, Franco Angeli, 2016.



## AMMI-RIMINI HA COMPIUTO 40 ANNI

di Giovanna Tommasini Grossi

48

**E**RA IL 5 NOVEMBRE 1981 quando più di sessanta mogli di medici si riunirono per dare vita alla nascente Sezione di AMMI - Rimini. Era l'importante risultato di un intenso lavoro d'informazione, diffuso sia attraverso la stampa locale sia attraverso amiche e conoscenti. Ma come nacque l'idea di fondare la Sezione di AMMI - Rimini? Tutto ciò si è verificato

casualmente: un gruppo di medici laureati a Bologna era solito vedersi per festeggiare di tanto in tanto il ricordo degli anni universitari e, durante una di queste cene con le mogli, fu proprio la moglie di un medico che parlò dell'esistenza di questa nuova Associazione femminile: l'AMMI (Associazione Mogli Medici Italiani) che già allora contava molte Sezioni sparse in tutto il territorio nazionale.

E fu proprio in seguito a questo incontro che, con molto slancio, Vincenzina Vaccaro Montanari e Maddalena Fellini Fabbri riuscirono a porre le radici di AMMI a Rimini. Questi quarant'anni sono per noi un traguardo che ci rende orgogliose e che è stato raggiunto con la tenacia, l'impegno e lo spirito di collaborazione di tutte le "Ammine" riminesi e in particolare delle Presidenti che si sono susseguite in questi quarant'anni: Vincenzina, Serena, Laura Enrica, Carmen, Alessandra, Lorenza. Molte cose sono cambiate da quel lontano 1981. Ciò che viviamo oggi è diverso da ieri perché AMMI, per essere al passo con i tempi, si è evoluta adattandosi ai mutamenti socio-culturali della nostra epoca e ora, come non mai, siamo di fronte a una nuova sfida perché, a causa del Coronavirus, attraversiamo



un tempo che è portatore di cambiamenti che muteranno anche la nostra vita associativa; ed è proprio qui la sfida: essere in grado di reinventarsi per affrontare questo nuovo scenario. Per onorare questi "primi quarant'anni", domenica 5 settembre 2021, AMMI - Rimini, presso il Grand Hotel, ha celebrato il quarantennale della Sezione alla presenza della Vice Presidente Nazionale Tiziana Baldoncini.

La cena conviviale è stata preceduta da una interessante relazione tenuta dalla Professoressa Elisa Tosi Brandi, docente presso il Dipartimento di Beni Culturali del Campus di Ravenna, Università di Bologna, dal titolo "René Gruau, le sue opere e la moda. Un percorso per immagini verso il ventennale dalla sua scomparsa".

La serata, ha rappresentato un momento in cui abbiamo raccolto pensieri, sensazioni ed emozioni che ci hanno riportato indietro con gli anni.

Un'avventura che ci ha accompagnato fino a oggi con momenti di gioia ed



entusiasmo, alternati a periodi di preoccupazione e difficoltà che, tuttavia, sono sempre stati superati con successo. Ripercorrendo il nostro cammino, le nostre attività sono state attuate nel settore dell'informazione e dell'educazione sanitaria ma hanno abbracciato anche altri ambiti: dallo scientifico al sociale, dall'etico a quello dell'arte. Ci auguriamo che i quarant'anni non siano un traguardo ma solo una tappa di un percorso ancora ricco di avvenimenti, dove il nostro impegno e la nostra dedizione possano far crescere l'Associazione per sentirci ancora una volta "UNITE PER UNIRE".

49

Attraversiamo un tempo che è portatore di **cambiamenti** che muteranno anche la nostra **vita associativa**; ed è proprio qui la sfida: essere in grado di **reinventarsi** per affrontare questo nuovo scenario.

**REPORT CONSIGLIO NAZIONALE FEDERSPEV 11 NOVEMBRE 2021  
CONGRESSO ELETTIVO CONFEDIR 11 NOVEMBRE 2021**

Hotel La Meridien -Visconti Via F- Cesi 27 ROMA

di Salvatore De Franco

**I**l Presidente Michele Poerio ha aperto i lavori con la lettura della sua Relazione che verrà inviata a tutti gli Iscritti, ha evidenziato il grave stato di disagio socio-sanitario indotto dalla pandemia Covid -19, con tutte le ricadute sulla comunità italiana ed in particolare sulla fascia di età anziana, le misure adottate per la tutela di chi è stato colpito ed i sostegni attivati attraverso la fondazione ENPAM disponibili per tutte le famiglie colpite da lutti. Di seguito ha affrontato il tema delle mancate perequazioni e dei tagli alle pensioni d'oro, che passato il triennio di applicazione, devono ritornare ai valori quo ante. Il Presidente ha sottolineato l'impegno a sostenere il sussidio ENPAM per le cure per patologie croniche invalidanti (LCC).

Ha affrontato il tema della riduzione delle iscrizioni legate al contesto pandemico, ma anche alla scarsa attenzione degli Ordini a sostenere FEDERSPEV, unica rappresentanza dedicata esclusivamente ai Pensionati e Superstiti, stante le altre possibilità di iscrizioni ai settori Pensionati dei Sindacati di Categoria o Confederati. Il comunicato stampa è leggibile dal sito FEDERSPEV Nazionale <https://www.federspev.it/documenti/619237fa446da.pdf>

E' stato approvato il Bilancio consuntivo 2019 ed il Bilancio consuntivo 2020, le cui uscite oltre a quelle dovute sono state per i sostegno a Soci indigenti o colpiti dalla pandemia. Nel dibattito il Professor Marco Perelli Ercolini ha sottolineato che per le pensioni di reversibilità è scorretto applicare l'aliquota marginale, ma va applicata la tassazione separata. Tutti gli altri interventi hanno cercato di focalizzare le varie modalità con cui poter arruolare nuovi iscritti e fidelizzare gli iscritti, con coinvolgimento in attività solidali e solidaristiche con altre associazioni di Sanitari come AMMI, AMDI Medici dell'ambiente o di comunità come AVIS, Caritas...

Il Presidente Poerio ha indetto il Congresso Nazionale elettivo FEDERSPEV dal 14 al 19 maggio 2021 a Verona. I temi congressuali sono:

Il RAPPORTO Paziente-Medico nell'era della Sanità digitale

A) Dalla DIETA MEDITERANEA alla Mediterraneità nel comportamento dell'Anziano. Il congresso si svilupperà nella parte Associativa Organizzativa per Eleggere gli Organi Nazionali 2022 -2024, per cui i Consigli Provinciali e Regionali in scadenza devono provvedere alle elezioni entro il 31 marzo 2022. In questa prospettiva ho condiviso con Mario Agostini di tenere l'intersezionale di Rimini a fine Marzo 2022 (Pasqua 17 aprile).

Nel pomeriggio si è tenuto il congresso elettivo 2021 di CONFEDIR nel quale il Segretario CONFEDIR Michele Poerio ha letto la relazione: "40 ANNI DI SINDACALISMO AUTONOMO, per la valorizzazione e la crescita professionale dei dirigenti e delle elevate professionalità del Paese". Leggibile nel sito FEDESPEV Nazionale: [https://www.federspev.it/files/1/RELAZIONE%201980\\_2020%20Congresso%20CONFEDIR.pdf](https://www.federspev.it/files/1/RELAZIONE%201980_2020%20Congresso%20CONFEDIR.pdf)  
Nelle elezioni è stato confermato Segretario Nazionale CONFEDIR 2022-2024 il nostro Presidente Michele Poerio. Richiamo a tutti l'importanza di essere componenti di CONFEDIR in quanto si raggiunge il quorum per sedere nelle trattative con i Ministri competenti e con le altre organizzazioni per la rappresentanza dei Dirigenti del Pubblico Impiego. FEDERSPEV è in CONFEDIR con 5.000 Iscritti e ne rappresenta il 40% con 35/88 Delegati.

Al Consiglio Nazionale ha partecipato il nostro consigliere nazionale prof. Silvio Ferri. Ringrazio della compagnia e presenza Pier Roberto del Monte, Giacinto Loconte e Angelo Di Dio.

**DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 16 SETTEMBRE 2021**
**Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. PEDRAZZI Arnaldo per decesso 29/08/2021

**Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

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

**Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. PAGNONI Andrea per trasferimento da Bologna

**Diniego nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:**

dott.ssa CURINA Teresa per trasferimento da Pesaro-Urbino

**DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 27 OTTOBRE 2021**
**Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa BARDASI Giulia per trasferimento da Bologna  
dott. BARONE Francesco Edoardo di Rimini  
dott.ssa BIANCHI Chiara di Morciano di Romagna  
dott.ssa BIONDI Sara di Santarcangelo di R. (RN)  
dott.ssa FORCELLINI Micaela di Borgo Maggiore (RSM)  
dott.ssa MALATESTA Beatrice di Rimini  
dott.ssa MARANI Emma di Sant' Agata Feltria (RN)  
dott.ssa MORETTI Beatrice di Viserba di Rimini  
dott. ROMANI Giacomo di Coriano (RN)  
dott.ssa ZAVOLI Martina di Rimini

**Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa ACCIARINI Denise di Verucchio

**Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:**

dott. MARGARITA Fabio per trasferimento a Roma

**Iscrizione Sezione Speciale dell'Albo - Elenco STP (Società Tra Professionisti):**

Studio Del Bianco STP srl di Riccione

**DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DELL'11 NOVEMBRE 2021**
**Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. PLESCIA Costantino per decesso 12/11/2021

**Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:**

1. dott.ssa FLORENZANO Federica per trasferimento a Forlì-Cesena  
2. dott. MARGARITA Fabio per trasferimento a Roma

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2.197 – Albo Odontoiatri nr. 394 – Elenco Speciale STP nr. 04



Chi nega la ragion delle cose,  
pubblica la sua ignoranza

Leonardo da Vinci