

il Notiziario

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



anno XXV numero 3
ottobre-dicembre 2022



Tredicesima giornata *del Medico e dell'Odontoiatra*

Sabato 1 ottobre 2022

Palacongressi di Rimini





il Notiziario

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

anno XXV numero 3
ottobre-dicembre 2022

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

Redazione: dott. Mario Bartolomei, dott.ssa Laura Baffoni,
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. Mario Agostini *presidente FEDER.S.P.eV Sezione di Rimini*
dott.ssa Valeria Messina *referente regionale Medicina di Genere Liguria*
dott. Emilio Rastelli *medico chirurgo reumatologo*
dott. Gianni Morolli *medico di medicina generale*
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi *presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini*

Referenze iconografiche:

pag 5 - Image by Gerd Altmann from Pixabay
pag 15 - www.auslromagna.it
pag.19 <https://movingmedicine.ac.uk>
pagg. 21-22: Archivio Ordine
pag. 28 - foto dell'autore
pag. 31 - foto dell'autore
pag. 44 - foto dell'autore

In copertina: un momento dell'incontro della Tredicesima giornata del Medico e
dell'Odontoiatria

Grafica e stampa a cura di

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

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

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

Editoriale

4

PER UN NUOVO CODICE
DI DEONTOLOGIA MEDICA
di Maurizio Grossi

6

Il punto redazionale

di Marco Grassi

8

Sanità Locale

GINA ANCORA DIRETTORE
DELL'U.O. TERAPIA INTENSIVA
NEONATALE (TIN)

di Antonella Chiadini

11

OTTO NUOVI DIRETTORI DI U.O.

di Antonella Chiadini

16

Medicina Generale

DANNI COLLATERALI

di Marco Grassi

19

"MOVING MEDICINE"

di Gianni Morolli

20

Vita dell'Ordine

TREDICESIMA GIORNATA
DEL MEDICO CHIRURGO E
ODONTOIATRA

23

Parola d'Ordine

L'ACCESSO PROGRAMMATO
ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA
E CHIRURGIA: LA POSIZIONE
DELLA FNOMCEO

25

Focus sulla professione

DUE CONDIZIONI SIMILI, MA
NON UGUALI: FIBROMIALGIA
REUMATICA E SINDROME DA
STANCHEZZA CRONICA

di Emilio Rastelli

3/2022
sommario

27

Medicina di Genere

MEDICINA DI GENERE E
MEDICINA GENERALE

di Lorely Bianconi
e Valeria Messina

31

10° CONGRESSO IGM 2022
DI PADOVA

di Lorely Bianconi

33

FOCUS ON

di Laura Baffoni

38

Recensioni

W. RAFFAELLI E A. CHIADINI,
"DARE UN NOME AL DOLORE"
di Antonella Chiadini

41

Semiseria...mente

INDOVINELLO
REBUS
GIOCO CON NUMERI
di Saverino La Placa

43

Corsi, convegni, congressi e attività culturali

44

Spazio Ammi

DONNE PER LA SALUTE
di Giovanna Tommasini Grossi

46

Spazio Feder.SP.eV.

di Mario Agostini

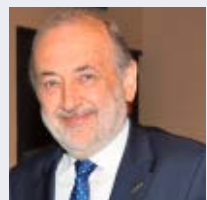
47

Ricordando i colleghi

MASSIMO POLVERELLI
(18 OTTOBRE 1957 - 7 SETTEMBRE 2022)
di Fabio Arcangeli
e Stefano Catrani

49

Variazioni agli albi



PER UN NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

di Maurizio Grossi

4

L 24 E 25 NOVEMBRE 2022 a Roma, con il Convegno Fnomceo "Una nuova deontologia per il nuovo ruolo del medico" è iniziato il percorso per il cambiamento del nostro Codice di deontologia medica (CDM). Una necessità di ridefinire la deontologia alla luce dei profondi mutamenti della nostra società e della medicina stessa. Da sempre il codice deontologico è il punto di riferimento per tutti i medici e odontoiatri cui ispirare i comportamenti e gli atti professionali. L'attuale CDM è entrato in vigore nel maggio del 2014 e sostituiva quello varato nel 2006. Dopo otto anni dall'ormai lontano 2014, i grandi cambiamenti e modificazioni culturali e scientifiche impongono una riscrittura delle norme deontologiche che i medici e odontoiatri devono necessariamente rispettare nell'esercizio della propria professione. Oggi il medico sempre più frequentemente nella sua attività professionale utilizza computer, robot e altri strumenti. Il metaverso è ormai entrato in medicina, avremo sempre più spesso contatti con il nostro paziente attraverso la AR/VR (realtà aumentata e realtà

virtuale). Questa rivoluzione tecnologica impone nuove regole. Si dovrà pensare ad una etica e deontologia correlata alle scelte decisionali affidate agli algoritmi. Quale consenso informato il medico dovrà raccogliere quando nel percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo utilizza la intelligenza artificiale (AI)? Il nuovo codice deontologico dovrà dare una risposta. Perché coloro che si sottopongono a trattamenti sanitari attraverso la AI devono essere informati in modo comprensibile dei vantaggi e dei rischi e quali sono gli ambiti e i limiti del controllo umano o supervisione sulla macchina-robot.

LA TUTELA DELLA PRIVACY E L'UTILIZZO DELLA AI

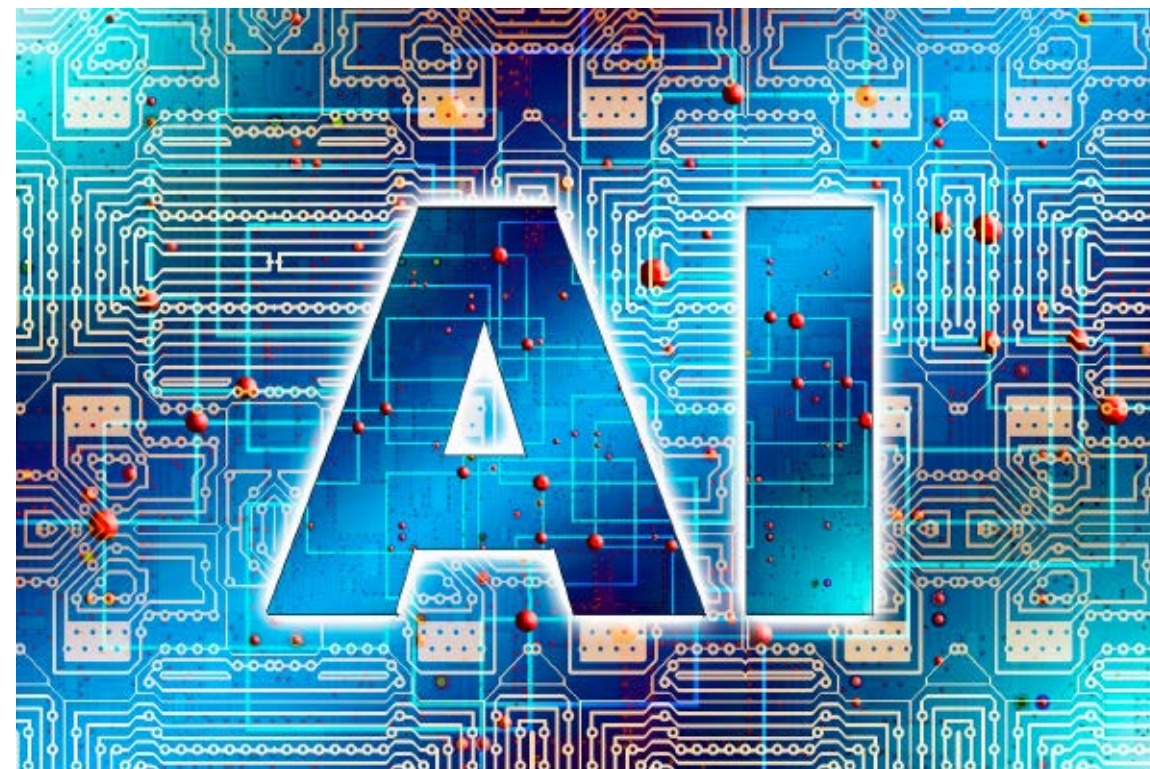
L'AI si «alimenta» di dati, (dati clinici, immagini, dati genetici) che sono indispensabili per la programmazione della macchina e sono alla base della costruzione di algoritmi e modelli matematici che interpretano i dati stessi. Nuovi scenari e nuove problematiche che il prossimo codice deontologico dovrà affrontare. Nel prossimo CDM inoltre si rafforzerà il principio già contenuto all'art. 5 dell'attuale CDM in tema di promozione della salute, ambiente

e salute globale. Sempre più il medico dovrà avere la responsabilità di intercettare le circostanze di rischio ambientale prima che se ne manifestino le conseguenze e dovrà promuovere la consapevolezza sull'importanza di tutelare la vita prenatale e l'infanzia dalla esposizione a sostanze tossiche e inquinanti. Questi sono stati alcuni temi affrontati a Roma. Altri saranno discussi nei prossimi mesi tra cui i temi della formazione, della comunicazione e del rapporto medico-paziente. Il lavoro poi continuerà nel 2023 con la collaborazione di un *board* di esperti (bioeticisti, filosofi della medicina, giuristi, ricercatori, medici, esperti della società civile)

Avremo sempre più spesso contatti con il nostro paziente **attraverso la AR/VR** (realtà aumentata e realtà virtuale). Questa **rivoluzione** tecnologica impone **nuove regole**.

che forniranno documenti alla Consulta Deontologica nazionale della Fnomceo che infine avrà il compito di scrivere il nuovo codice deontologico dei medici.

5





di Marco Grassi

“Tempus fugit. Sed fugit interea, fugit irreparabile tempus”. Era l’incipit del Punto Redazionale del Notiziario di quattro anni fa (n° 4/2018). Così Virgilio nelle sue Georgiche descrive la condizione tragicamente temporale dell’uomo, sottoposto al tempo che intanto fugge irreparabilmente. Non potremo mai fermarlo, anzi sarà sempre lui a fermare noi e, in questo senso, non ci è concesso prevedere nessun futuro. Nell’Editoriale di allora “Mancano i medici, quale proposta?” e nell’articolo “La carenza di medici, l’etica della politica e l’arte di programmare il termostato” veniva previsto un futuro che si è puntualmente verificato. Il tempo, in questo caso, è «fuggito irreparabilmente» e il problema della mancanza di medici si è aggravato: non è più una possibilità incombente ma una realtà in molti ambiti del sistema di cure italiano. Il tempo: il tempo di relazione e di cura, il tempo come strategia diagnostica e terapeutica, il tempo di riflessione e studio. Il tempo che rende obsolete conoscenze scientifiche e pratiche terapeutiche nel volgere di pochi anni. Anche etica e deontologia risentono del passare del tempo. Nell’**Editoriale** di questo numero Maurizio Grossi affronta le

problematiche di ordine deontologico che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri (FNOMCeO) dovrà ridefinire alla luce dei profondi mutamenti della nostra società e della medicina stessa: «Dopo otto anni dall’ormai lontano 2014, i grandi cambiamenti e modificazioni culturali e scientifiche impongono una riscrittura delle norme deontologiche che i medici e odontoiatri devono necessariamente rispettare nell’esercizio della propria professione.»

Tempo di cambiamenti anche nella **Sanità Locale** con ben otto nuovi direttori di Unità Operativa. Antonella Chiadini ci presenta i curricula dei nuovi Direttori e una più ampia presentazione di Gina Ancora, Direttore dell’U.O. Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e del suo reparto. Nei prossimi numeri contiamo di fare una conoscenza più approfondita anche dei nuovi direttori.

Mancano i giovani medici e gli «anziani» lasciano anzitempo il SSN, come ci illustra con amara ironia la vignetta di Luigi Casadei. I medici sono i «canarini nella miniera di carbone» dell’assistenza sanitaria e se stanno lasciando il SSN a ritmi allarmanti «segnalano» anche che qualcosa è probabilmente sbagliato nel sistema. Qualche spunto di riflessione è ospitato dalla rubrica **Medicina Generale** ma la

problematica è trasversale a tutti i medici del SSN. Sempre nella rubrica, Gianni Morolli illustra i benefici della «medicina del movimento». Un evento ormai tradizionale nella **Vita dell’Ordine** è la “Giornata del Medico Chirurgo e Odontoiatra” giunta quest’anno alla tredicesima edizione. E’ stata l’occasione in cui i 62 neolaureati della provincia di Rimini hanno ricevuto simbolicamente il testimone dai decani della professione medica ma in cui si sono anche aperte finestre su percorsi di conoscenza e di scienza con la *lectio magistralis* della professoressa Elena Cattaneo. Sempre nel solco delle iniziative ordinistiche **Parole d’Ordine** esprime la posizione della FNOMCeO sulle problematiche relative alle modalità di selezione dei futuri medici. Il Presidente dr. Filippo Anelli ha infatti puntualizzato la necessità di: «Rivedere le modalità di accesso a Medicina, superando il classico test e prevedendo un percorso che, a partire dagli ultimi anni delle superiori, aiuti a comprendere la propria vocazione» Mantenendo ferma la necessità di una corretta programmazione, il dr. Anelli suggerisce modalità innovative per l’accesso al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia come il potenziamento e una più ampia diffusione del progetto “Biologia con curvatura biomedica” cui il nostro Ordine ha convintamente aderito fin dalla sua istituzione.

Focus sulla Professione fa il punto su condizioni di pertinenza reumatologica di non facile inquadramento diagnostico e terapeutico. Emilio Rastelli riepiloga le conoscenze sulla Fibromialgia Reumatica, malattia frequente in ambito reumatologico e ben caratterizzata, mentre la Sindrome da Stanchezza Cronica, più rara è ancora non ben conosciuta.

Medicina di Genere in questo numero propone un nutrito contributo. Loreley Bianconi relazione sul congresso internazionale di Medicina di Genere tenutosi recentemente a Padova. Nel corso dello stesso congresso Loreley Bianconi e Valeria Messina hanno presentato un *poster* i cui contenuti sono riassunti nell’articolo presente in rubrica. Segue l’abituale *focus* di Laura Baffoni che ha come argomento quanto la Medicina di Genere sia trattata nei corsi di Medicina e delle altre facoltà sanitarie e quanto vi sia la necessità/volontà di integrarla/incorporarla nell’educazione sanitaria.

Recensioni di Antonella Chiadini invita alla lettura del recente volume sulla storia di Fondazione ISAL - Istituto di Scienze Algologiche per la Ricerca e Cura nel campo del Dolore, che inquadra il contesto scientifico in cui è nata e si è evoluta e il contesto storico e sociale in cui si è formata. Prima di passare alla lettura delle ultime rubriche un attimo di relax con **Semi...seriamente** di Saverino La Placa. A seguire, nello **Spazio AMMI** e **Spazio FEDER.S.P.e.V.** i contributi di Giovanna Tommasini Grossi e Mario Agostini.

Infine **Ricordando i colleghi**, la rubrica che vorremmo rimanesse sempre bianca. Gli amici e colleghi Fabio Arcangeli e Stefano Catrani ricordano Stefano Polverelli, dermatologo che ha lasciato una traccia significativa della suo percorso professionale e umano: «Chi lo ha conosciuto non ha potuto far finta di nulla, non era persona che scivolava via senza significare la sua presenza, chi lo ha conosciuto non può oggi non sentirne la mancanza.»

A questo punto non mi resta che augurare alle colleghe e colleghi e alle loro famiglie un Buon Natale e formulare gli auspici per un sereno nuovo anno.



GINA ANCORA DIRETTORE DELL'U.O. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (TIN)

Un reparto davvero speciale!

di Antonella Chiadini

"Per governare la complessità, faccio tesoro delle mie passioni: matematica, filosofia ma anche informatica".

A LA NUOVA DEL DEA, SALGO al VI piano dell'Infermi dove dal 2020 si trova la TIN - ovvero la Terapia Intensiva Neonatale - diretta dal 2011 dalla dottoressa Gina Ancora. Uscita dall'ascensore, entro in una sala d'attesa accogliente tra un candido pianoforte e un acquario ricco di vita. Vedo qualche giovane genitore che suona per entrare e capisco che si tratta di un reparto aperto alla famiglia.

Se l'impatto ambientale è subito positivo e sereno, lo è altrettanto l'incontro con la dr.ssa Ancora, dalla immediata, genuina e semplice cordialità che lascia però trapelare una tempra forte, volitiva e pragmatica, appassionata di ciò che fa.

In effetti nella nostra chiacchierata trovo conferma della sua determinazione di donna che gestisce un ruolo apicale in un settore così delicato come quello della perinatalità in un prematuro.

"Dirigente donna - mi dice - nonostante sia ancora lontana una reale parità nella società e nel mondo professionale. La presenza

femminile in sanità è crescente e qualificata ma i ruoli direttivi nei luoghi di cura come in quelli presidenziali di istituzioni e società scientifiche, sono ancora per la stragrande maggioranza in mano maschile".

Riportando il discorso a lei e alla sua storia, racconta che: "Dai tempi della scuola ho sempre amato la matematica e la filosofia, discipline apparentemente lontane fra loro ma che considero due strumenti del pensiero utili per dare delle risposte alle grandi domande che l'umanità intera (come ognuno di noi, chi più chi meno) si pone: chi siamo, dove siamo, che ci facciamo su questa terra? Crescendo sono stata molto attratta anche dall'informatica per arrivare poi a quella che è stata la scelta definitiva e vincente: Medicina. Una scelta di cui non mi sono mai pentita, maturata vuoi per la vicinanza a una parente che si portava nel corpo gli esiti di una malattia (oggi fortunatamente debellata) vuoi perché l'idea dell'aiuto agli altri mi ha sempre attirato. Dopo la laurea in Medicina a Bologna mi sono specializzata in Pediatria. Anche questa scelta è stata diciamo 'tardiva'. Mi spiego meglio: fin dal quarto anno di Medicina, grazie a una borsa di studio IOR, ho avuto l'opportunità di svolgere un progetto di ricerca

in campo oncologico all'Istituto di Cancerogenesi Chimica. Il lavoro avrebbe dovuto confluire nella mia tesi di laurea collegata alla Medicina del Lavoro e invece, nel prepararmi a uno degli ultimi esami, appunto quello di Pediatria, l'incontro con la prof.ssa Dalla Casa e il contatto con il Gozzadini mi ha talmente affascinato che ho completato la ricerca di cui sopra ma ho abbandonato l'idea di utilizzarla come argomento di tesi. Sono ripartita da zero con un nuovo argomento di tesi sull'incompatibilità materno-fetale legata al fattore RH. Mi sono poi iscritta alla specialità di Pediatria. Allora la Neonatologia era pressoché agli esordi e in gran parte da sviluppare. Io, che ho sempre amato le sfide, mi sono subito appassionata! Fare il neonatologo non è solo curare, alla clinica si uniscono dinamiche relazionali e intrecci tra bambino, famiglia, ambiente. Quello che noi facciamo in questi primi momenti di vita 'sensibili' si può paragonare allo scoccare di una freccia lanciata verso il futuro di quel neonato. Un privilegio e una grande responsabilità! Gli elementi di cura sono quelli che facciamo respirare al neonato, e non parlo solo di ossigeno. Oggi, finalmente, è dimostrato che la relazione del bambino e la sua vicinanza con i genitori è fondamentale. Perciò i reparti devono aprire alle mamme e ai papà creando la miglior sinergia possibile nella triade sanitari/neonato/famiglia. Il neonato va posto al centro, unico e irripetibile nella sua specificità. Il nostro reparto è un centro trainer NIDCAP (NIDCAP= NEWBORN INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE AND ASSESSMENT PROGRAM), proprio per una cura individualizzata

al neonato, basata sul suo sviluppo, in collaborazione con la famiglia. Mi piace utilizzare questa metafora musicale: 'Ogni bambino ha dentro di sé la sua personale melodia. I genitori e lo staff impareranno insieme ad ascoltare e ad interpretare la sua canzone, come in una grande orchestra. Ogni suo piccolo gesto sarà una nota del suo canto che cercheremo di cogliere per dargli voce'. Infine, quando le chiedo quale paziente le sia rimasto particolarmente impresso, mi risponde decisa: "Sicuramente non posso dimenticare Virginia, una bimba fiorentina di soli 312 grammi di peso che ho seguito quando ancora lavoravo a Bologna: ora ha 24 anni e sta bene!"

CURRICULUM PROFESSIONALE

Gina Ancora è laureata con lode all'Università di Bologna e specialista in Pediatria (indirizzo Neonatologia) con dottorato di ricerca in Medicina Materna Infantile e dell'Età evolutiva. Ha al suo attivo master e corsi in tutta Italia, oltre che all'Università di Bristol (UK) e presso il Karolinska Hospital di Stoccolma. L'attività di ricerca spazia in patologia neurologica del neonato e del lattante, in

Il Dipartimento assicura il **coordinamento** ospedale-territorio dai **Pediatri di Libera Scelta** alla **Pediatria di Comunità** e al **Consultorio Familiare**, inclusa la presa in carico di **minori**.

10

respirazione e ventilazione del neonato, diagnosi su possibili problemi cerebrali del prematuro, studi ematologici, analgesia e controllo del dolore nel neonato. Numerose le sue pubblicazioni. È membro del consiglio direttivo del Gruppo di studio di Neurologia Neonatale della Società Italiana di Neonatologia. È stata docente in Patologia Neurologica Neonatale presso la scuola di specializzazione in Pediatria dell'Alma Mater. Dopo una lunga esperienza di neonatologia prima al Gozzadini poi all'Ospedale Maggiore di Bologna, dal 2011 dirige l'U.O. TIN dell'Infermi e dal 202 è **direttore del Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza Rimini**. La struttura dipartimentale risponde all'esigenza di assistenza integrata nell'area pediatrica (nascita, crescita e sviluppo dei minori) e per la salute della donna in tutte le sue fasi di vita, a partire dalla sfera ginecologica e riproduttiva. Il Dipartimento assicura il coordinamento ospedale-territorio dai Pediatri di Libera Scelta alla Pediatria di Comunità e al Consultorio Familiare, inclusa la presa in carico di minori e di famiglie vulnerabili seguite dai servizi sociosanitari. Il Dipartimento si integra con la Rete Clinica Salute Infanzia e Adolescenza, condividendo percorsi clinico-assistenziali, al fine di migliorare l'assistenza, le cure e l'interscambio delle conoscenze e competenze tra professionisti.

IL REPARTO

L'U.O. TIN consta di 24 posti letto e un'équipe di 14 medici (più il primario) e 50 infermieri con due coordinatori; fornisce assistenza a circa 3.400 nati comprendendo sia il neonato fisiologico, che viene

lasciato in stanza con la mamma per favorire la relazione mamma/bambino e l'allattamento, sia il neonato critico. Vi è una costante integrazione tra équipe ostetrica e neonatale per garantire la continuità assistenziale feto-neonatale. I neonati sotto 1,5 Kg. sono circa 50 per anno; la loro degenza è in genere di 2-3 mesi. Il rapporto infermiere/paziente è di 1 ogni 2 neonati critici, come da standard regionali. Il reparto dispone di strumentazioni all'avanguardia per trattare patologie rare come l'ipertensione polmonare che richiede terapia con ossido di azoto o l'encefalopatia ipossico-ischemica che necessita di trattamento con ipotermia cerebrale. Una speciale termoculla consente l'esame della risonanza magnetica in loco, compresa quella cerebrale. È presente una stanza chirurgica per piccoli interventi, anche quelli cardiocirurgici. Infatti, grazie alla convenzione con il Sant'Orsola che prevede la trasferta di quell'équipe evitiamo spostamenti di neonati molto piccoli (sotto il kg di peso). In quanto all'umanizzazione delle cure, il reparto è aperto ai familiari 24 ore su 24; sono presenti la psicologa e, unica realtà a livello regionale, 3 medici e 3 infermieri certificati NIDCAP. Dal 2020 il reparto è diventato anche **Centro Training NIDCAP** per professionisti sanitari a livello nazionale. È presente la **"family room"**, una sorta di micro-appartamento dove la famiglia, prima di uscire dall'ospedale, può trascorrere qualche giorno come prova di gestione autonoma del piccolo. È disponibile vitto e alloggi per le mamme in ospedale e vitto anche per il papà in caso di gemelli. Vi è uno specifico percorso per favorire l'allattamento al seno

anche nei neonati molto prematuri. *"Essendo un centro di terzo livello, spesso arrivano parti a rischio anche da fuori provincia e regione. Cerchiamo dunque di dare il meglio come attrezzature e come risorse umane"* afferma Gina Ancora *"con approccio sempre più mirato e personalizzato. Ad esempio in merito alla respirazione, introdurre il respiratore artificiale in un neonato, oltre alla sofferenza immediata possono insorgere conseguenze future come il maggior rischio di*



asma. Con le nuove tecniche di assistenza respiratoria, vediamo che in circa metà dei casi, il piccolo riesce a respirare da solo anche senza il tubo". Sono attivi gli ambulatori specialistici di dismorfologia, infettivologia, follow-up neurologico e l'ambulatorio per l'ecografia cerebrale, cardiaca, delle anche e renale. L'associazione dei genitori di prematuri **"La Prima Coccia"** collabora attivamente con il reparto. **TIN:** un'eccellenza di cui dobbiamo essere orgogliosi!

11

OTTO NUOVI DIRETTORI DI U.O., CINQUE ospedalieri e TRE territoriali

di Antonella Chiadini

FABIO MASCELLA U.O. Medicina Interna e Reumatologia

Riminese, laurea all'Università di Ancona e specializzazione in Medicina Interna all'Università Politecnica delle Marche, il dr. Mascella ha un percorso professionale tutto nella Medicina Interna e Reumatologia dell'Infermi di cui, dal 2021, è stato responsabile f.f.. Nel 2019 è nominato responsabile della gestione del Day Hospital e Day Service per le patologie internistiche immunoreumatologiche ed ematologiche e dell'Ambulatorio di "Diagnostica e gestione delle vasculiti sistemiche" (2019). All'attività clinica ha sempre affiancato un'intensa attività di formazione, docenza e tutoraggio sempre in campo internistico,

reumatologico e per patologie di elevata complessità. Ha partecipato a vari studi clinici promossi dall'Università Politecnica marchigiana ed è stato consulente in metodologia della ricerca per l'Agenzia Sanitaria Reg.le delle Marche in progetti nell'Area Qualità in sanità su percorsi assistenziali e reti cliniche.

MARCO DI MARCO U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Abruzzese di nascita ma riminese di adozione, era già direttore f.f. dell'U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Rimini. Dopo la laurea all'Università di Bologna (2001) e la specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, intraprende un intenso periodo di formazione endoscopica e clinica e frequenta

importanti centri nazionale - come la Cattolica del Sacro Cuore-Policlinico Gemelli di Roma - ed esteri - come l'Endoscopy Unit e la Gastrointestinal Division del Mount Sinai Medical Center di New York, il Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia dell'Allgemeines Krankenhaus Altona (AKA Amburgo-Germania) e le Università di Eppendorf ad Amburgo. Nel 2008 prende servizio nel reparto di Gastroenterologia ed Endoscopia dell'Infermi, diventando poi responsabile di Struttura Semplice "Coordinamento attività policentrica di endoscopia digestiva" e dell'Ambulatorio di Endoscopia biliopancreatica. Esperto in malattie infiammatorie croniche intestinali e del distretto bilio-pancreatico ha curato l'introduzione in Asl Romagna di innovative procedure di endoscopia diagnostica e interventistica (Intelligenza artificiale applicata all'Endoscopia digestiva, Colangioscopia mediante Spy-Glass, litotrissia elettroidraulica per calcolosi coledocica, termoablazione con radiofrequenza intracoledocica, dissezioni endoscopiche sottomucose ESD). È stato presidente (2017-2019) dell'Ass.ne Gastroenterologi ed endoscopisti digestivi ospedalieri (AIGO) dell'Emilia Romagna e ha un vasto portfolio in convegnistica e pubblicazioni scientifiche.

GIUSEPPE MELUCCI

U.O. Prevenzione Oncologica

Nato a Taranto, dopo la laurea all'Università di Bologna (1987) e la specializzazione in Radiologia diagnostica, è dirigente medico presso la USL PC 3 di Fiorenzuola D'Arda e all'ospedale di San Giovanni in Persiceto (BO). Nel

1998, rientra in Puglia come responsabile della Struttura di diagnosi e prevenzione delle patologie mammarie, nel 2015 è nominato responsabile dello screening mammografico dell'ASL di Taranto e nel 2018 coordinatore della Breast Unit aziendale e del gruppo di lavoro per la stesura del PDTA aziendale del carcinoma della mammella. Coordina i radiologi senologi per la stesura del protocollo operativo dello screening mammografico regionale della Puglia. Ha maturato esperienze di radiologia tradizionale e d'urgenza, neuroradiologia, ecografia (metodiche tradizionali ed endocavitaria), tomografia computerizzata, mammografia (clinica e di screening), ecografia mammaria, risonanza magnetica della mammella, interventistica senologica. Nel 2006 ha fondato il Comitato A.N.D.O.S. (Associazione Nazionale Donne operate al Seno Onlus di Taranto) per il supporto psicologico, fisico e ricreativo delle donne mastectomizzate ed è stato membro del comitato scientifico dell'Ass.ne Susan G. Komen per la lotta ai tumori al seno-Comitato Puglia. Ha promosso e coordinato corsi di formazione su tematiche di screening e per il progetto di prevenzione senologica per le detenute della Casa Circondariale di Taranto. Intensa l'attività scientifica e di aggiornamento/formazione e scientifica.

CLAUDIO CALLEGARINI

U.O. Neurologia

Mantovano, si laurea all'Università di Ferrara (1987) dove si specializza in Neurologia. Approfondisce gli studi sulla neurofisiologia clinica e sulla patologia del nervo periferico formandosi prima

alla British Columbia University poi alla Mayo Clinic di Rochester (Minnesota USA). Nel 1990 diviene responsabile del modulo di Neurofisiopatologia clinica del DEA di Ravenna e, nel 2001, assume l'incarico di alta professionalità per la gestione dell'attività clinica ambulatoriale sulle distonie ed elettromiografia. Nel 2007 diventa responsabile dell'U.O. semplice di Neurofisiologia Clinica dei presidi ospedalieri di Ravenna, Lugo e Faenza, del Day hospital neurologico dell'ospedale ravennate e degli ambulatori su patologie neuromuscolari, disordini del movimento e terapia botulinica. Nel 2008 consegue un Master biennale di secondo livello in epilettologia presso il Besta di Milano. Membro dei gruppi regionali per le linee guida sugli standard di diagnostica elettromiografia, per i percorsi *diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)* sui disordini del movimento, è coordinatore del sottogruppo aziendale per la gestione clinico-assistenziale dei pazienti con Parkinson. Nel 2005 l'Università di Ferrara gli conferisce il titolo di 'Cultore della materia' per la Neurologia. Autore e coautore di numerose pubblicazioni scientifiche, ha un'intensa attività di docenza e come relatore in convegni scientifici.

FRANCESCO SARTINI

U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Originario del riminese, si laurea all'Università di Modena (1990) dove si specializza in Psichiatria (1994). Si è formato in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale e ha indirizzato i suoi interessi scientifici verso la Psichiatria di Consulenza

e Collegamento Ospedaliera, l'interfaccia ospedale/territorio e la riabilitazione psichiatrica. È stato psichiatra in diverse Asl della Regione (Cesena, Modena, Ferrara e Bologna) e, nel 1997, inizia come dirigente medico di Psichiatria presso il Servizio Salute Mentale di Cesena. Diviene titolare del modulo divisionale 'Psichiatria di Collegamento e Consulenza Ospedaliera' del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Bufalini per assumere poi l'incarico dirigenziale ad alta professionalità in 'Consulenza Ospedaliera' poi (2006) quello di Riabilitazione psichiatrica e, nel 2019, quello di Coordinamento Clinico dell'U.O. CSM di Cesena. Nel 2008 e nel 2020 ha svolto funzioni di direttore facente funzione della stessa U.O. Intensa l'attività di formazione e di docenza per la formazione di operatori psichiatrici e MMG; componente del Comitato Tecnico Regionale IPS (Individual Placement Support) è stato membro della Consulta Regionale Salute Mentale, del Consiglio Direttivo della Sezione Emiliano Romagnola della S.I.P.C. (Società Italiana di Psichiatria di Consulenza) e fa parte del Gruppo Referenti Regionali Pazienti Autori di Reato dell'Emilia Romagna. Ha al suo attivo diverse pubblicazioni scientifiche e relazioni a congressi e convegni.

RAFFAELE DE LORENZI

U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione

Riminese, si è laureato all'Università di Bologna (1989) e specializzato in Igiene e Medicina Preventiva. Dopo diversi corsi specialistici sulla gestione per la qualità e la sicurezza alimentare, inizia a lavorare al

Servizio Igiene Pubblica di Fossano (CN) poi diventa responsabile del Servizio di prevenzione Distretto SUD-Ovest di Como. Nel 2000 si trasferisce al Dipartimento di Prevenzione di Lecce come dirigente medico del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) poi come responsabile della struttura Fitofarmaci. Nel 2014 ha l'incarico dirigenziale ad elevata specializzazione 'Gestione, vigilanza e controllo filiera alimentare dal campo alla tavola' presso l'Agenzia della Tutela della Salute dell'Insubria. Dal 2018 a luglio 2022 ricopre, sempre a Varese, l'incarico di responsabile dell'UO Igiene alimenti e bevande. Vasta dunque la sua esperienza sul campo in materia di sicurezza alimentare (controllo ispettivo sulla filiera produttiva fino alla commercializzazione, prevenzione e controllo delle tossinfezioni alimentari, campionamento delle matrici alimentari, certificazione per l'esportazione, gestione di sistemi di allerta, promozione della formazione del personale preposto alla produzione e distribuzione degli alimenti). Ha sempre svolto attività di docenza per la formazione sugli aspetti igienico sanitari degli alimenti e sulle intossicazioni alimentari da prodotto fitosanitari e funghi epigei.

ANTONELLA DAPPOZZO
U.O. Cure Primarie

Riminese, si laurea all'Università di Bologna nel 1993, specializzandosi poi in Pediatria e in Igiene e Medicina Preventiva all'Università di Ferrara. Si è sempre occupata di medicina territoriale, prima come incaricata presso il Dip. to Cure Primarie di Rimini per la

gestione di progetti di sviluppo legati alla Medicina Generale e, dal 2008, come dirigente medico in organizzazione dei Servizi Sanitari di Base dell'U.O. Cure primarie di Rimini. Nel 2013 assume l'incarico professionale qualificato in Gestione degli Strumenti tecnologici e organizzativi per lo sviluppo della Medicina territoriale e per l'integrazione ospedale-territorio. Nel 2005 consegue il Master in Politiche per la Salute e dirige il Programma Aziendale Cure Primarie dell'Ausl Romagna con l'obiettivo di omogeneizzare su scala aziendale le politiche di governo e di sviluppo della medicina generale, rispetto ai Nuclei di Cure Primarie e delle Case della salute, alle reti e ai percorsi di presa in carico della patologia cronica e dell'integrazione ospedale-territorio. Per l'impegno profuso durante l'emergenza Covid, nel 2021 è stata insignita dell'onorificenza di Cavaliere al merito della Repubblica. È referente aziendale del Percorso Diagnostico-terapeutico per lo Scompenso Cardiaco e coordinatrice del Gruppo di lavoro 'Governo clinico e Appropriately prescrittiva'. È membro del Comitato aziendale per la Medicina Generale che definisce gli accordi con le organizzazioni sindacali dei MMG, fa parte di diversi gruppi di lavoro aziendali e regionali inerenti le cure primarie. È autrice di diverse pubblicazioni.

TEO VIGNOLI
U.O. Dipendenze Patologiche
Bolognese, si è laureato nel 2004 all'Università di Bologna e specializzato in Geriatria vincendo anche il Premio di Studio "Ugo ed Evastro Stefanelli". Dopo aver conseguito il Master di primo

livello 'Dalla prevenzione alla gestione clinica dei problemi alcol-correlati' frequenta la 'Scuola di Neuroetica' alla SISSA (Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati) di Trieste. Nel 2020 ottiene il Master di II livello in Economia e Management dei sistemi sanitari. La sua carriera professionale inizia a Bologna, al Policlinico S. Orsola Malpighi-U.O. Semiotica Medica. È referente del Centro universitario per lo studio e il trattamento multidisciplinare dell'uso adeguato dell'alcol e referente alcolologo per il Centro Trapianti di fegato. Nel 2010 arriva in Romagna, all'U.O. Dipendenze Patologiche di Ravenna, sede di

Lugo. Da sempre, all'attività di diagnosi e trattamento di pazienti con dipendenza patologica, affianca un'intensa attività di ricerca clinica su epidemiologia, diagnosi e trattamento di disturbi correlati all'abuso e dipendenza da alcol. È docente universitario, componente di numerosi gruppi e tavoli di lavoro regionali e ha una significativa attività congressuale in Italia e all'estero sulle dipendenze patologiche. Editorial board di riviste di settore, presiede la Società Italiana di Alcolologia-Sezione Emilia Romagna ed è membro del direttivo nazionale e del comitato scientifico della suddetta Società.





DANNI COLLATERALI

di Marco Grassi

I MEDICI IN PRIMA LINEA nell'assistenza sanitaria sono talvolta descritti come impegnati a combattere. È una metafora appropriata. I medici, come i soldati in combattimento, spesso affrontano una minaccia profonda e non riconosciuta: il danno morale. Il danno morale è normalmente definito dalla giurisprudenza come "l'ingiusto turbamento dello stato d'animo del danneggiato o anche nel patema d'animo o stato d'angoscia transeunte generato dall'illecito" (Cass. n. 10393/2002).

L'esistenza del «danno morale» nelle professioni sanitarie non è riconosciuto come nei veterani di guerra dove viene diagnosticato come stress post-traumatico; tra i medici è descritto come *burnout*, una costellazione di sintomi che includono esaurimento psicofisico, apatia, nervosismo, irrequietezza, demoralizzazione fino al cinismo verso i pazienti e diminuzione della produttività. Più della metà dei medici riferisce almeno uno di questi sintomi. Ma il concetto di *burnout* copre solo una parte del problema: suggerisce solo un fallimento di intraprendenza e resilienza personale, tratti che la maggior parte dei medici ha affinato durante decenni di formazione intensa e lavoro

impegnativo. Ma il *burnout* medico può essere un sintomo di qualcosa di più grande, non solo il «fallimento» dei singoli, ma anche del nostro sistema sanitario malfunzionante. La rete sempre più complessa di rapporti altamente conflittuali fra medici, «sistema» e pazienti e il relativo «danno morale» potrebbero portare l'ecosistema sanitario a un punto critico e causare il crollo della resilienza di tutto il «sistema».

La maggior parte dei medici intraprende gli studi di medicina seguendo una vocazione piuttosto che un percorso professionale, animati dal desiderio di aiutare le persone. Molti si avvicinano alla professione con zelo quasi religioso, dedicando i migliori anni della gioventù allo studio e i primi anni dell'età adulta a professionalizzarsi con enormi costi economici, instabilità finanziaria, noncuranza per la salute personale e una moltitudine di altre sfide. Ogni ostacolo offre una lezione di resistenza per il conseguimento del proprio obiettivo che è fortemente focalizzato a garantire la migliore assistenza ai pazienti. Non riuscire a soddisfare in modo coerente le esigenze dei pazienti ha un profondo impatto sul «benessere» del medico: questo è il punto cruciale del conseguente «danno

morale».

In un ambiente sanitario sempre più orientato alla razionalizzazione delle risorse e al contenimento dei costi, i medici devono considerare una moltitudine di fattori diversi dai migliori interessi dei loro pazienti quando decidono un trattamento. Considerazioni finanziarie - degli ospedali, del sistema sanitario, delle assicurazioni, dei pazienti e talvolta del medico stesso - portano a conflitti di interesse non sempre risolvibili che lasciano i medici in uno stato di perenne incertezza. Le cartelle cliniche

elettroniche, che distraggono dagli incontri con i pazienti e frammentano l'assistenza, ma che sono straordinariamente efficaci nel tenere traccia della produttività e di altre metriche aziendali, travolgono i medici impegnati con compiti non correlati alla fornitura di assistenza. Lo spettro costante del contenzioso medico-legale spinge i medici a reagire in modo eccessivo alle richieste di salute dei pazienti, fino a danneggiarli con terapie e accertamenti «futili» per evitare cause legali. Intraprendere un percorso etico tra interessi così



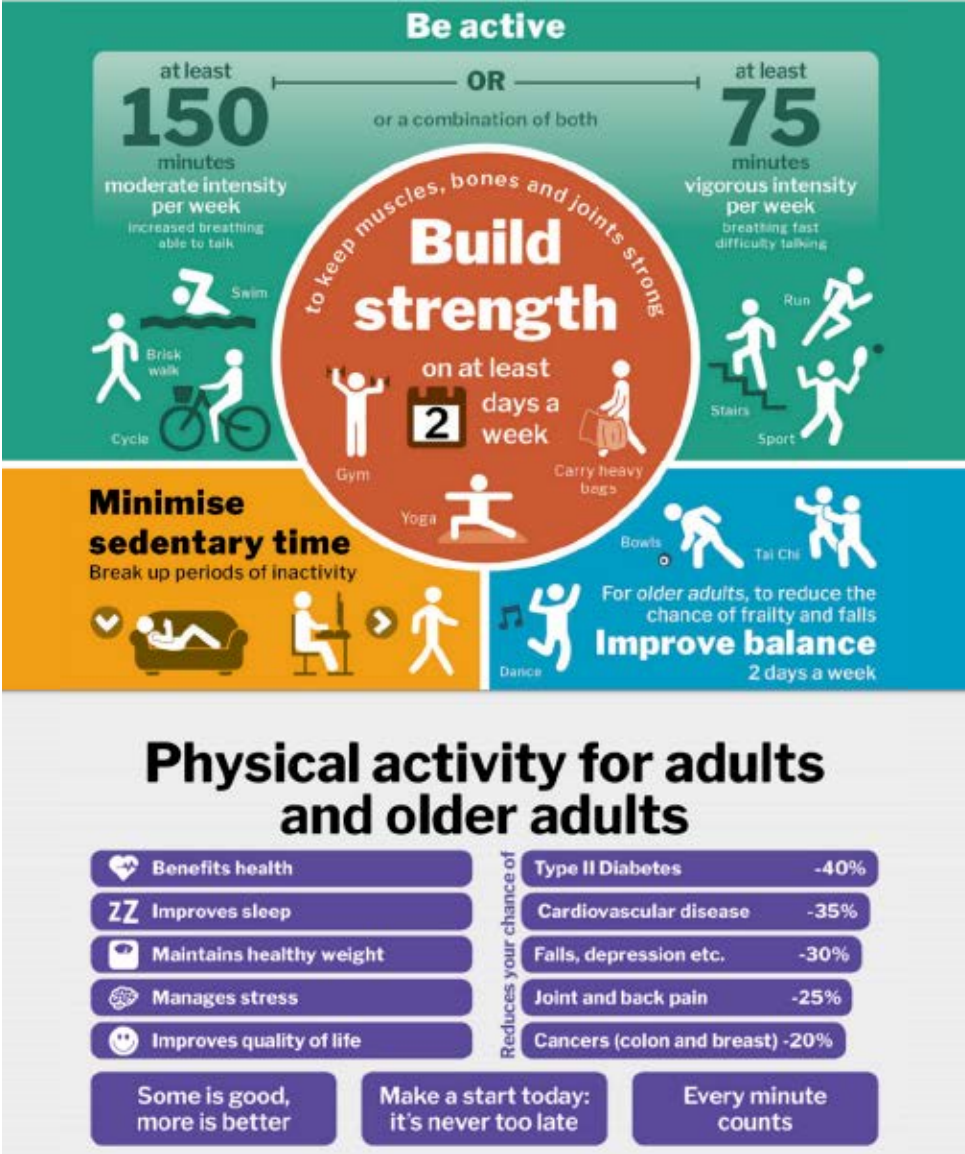
intensamente in competizione può essere emotivamente e moralmente estenuante. Essere continuamente intrappolati tra il giuramento di Ippocrate e la realtà di un «sistema» che dissemina ostacoli per fornire le cure necessarie alle persone più malate e vulnerabili è una richiesta insostenibile e irragionevole. Sperimentare regolarmente la sofferenza e l'angoscia di non essere in grado di fornire con tempestività e continuità le cure di cui i pazienti hanno bisogno è profondamente frustrante. Quando poi questa routine di tensioni e affanni è quotidiana e incessante si ripercuote inevitabilmente sulla qualità delle cure e sulla fiducia dei pazienti. I medici sono persone intelligenti, tenaci e piene di risorse. Se ci fosse stato un modo per uscire da questa situazione, lavorando di più, in modo più intelligente o in modo diverso, l'avrebbero già fatto. Molti medici rispondono lasciando del tutto l'assistenza sanitaria, ma la maggior parte non lo fa per una serie di ragioni: poca formazione per carriere alternative, problemi economici

La maggior parte dei medici intraprende gli studi di medicina seguendo una vocazione piuttosto che un percorso professionale, animati dal desiderio di aiutare le persone. Molti si avvicinano alla professione con zelo quasi religioso.

ma soprattutto per non tradire la loro vocazione. Rimanendo però «feriti», disimpegnati e sempre più demoralizzati. Per mantenere i medici più coinvolti e altamente qualificati alla guida dell'assistenza ai pazienti i dirigenti del sistema sanitario dovrebbero riconoscere che questo non è un semplice *burnout* del medico. I medici sono i «canarini nella miniera di carbone» dell'assistenza sanitaria e se stanno lasciando il SSN a ritmi allarmanti «segnalano» anche che qualcosa è probabilmente sbagliato nel sistema. Ciò di cui abbiamo bisogno è una *leadership* disposta a riconoscere i costi umani e il «danno morale» provocato dalla ragnatela di rapporti altamente conflittuali, che abbia il coraggio di affrontare e ridurre al minimo queste richieste contrastanti. I medici devono essere trattati con il rispetto, con l'autonomia e autorità necessarie per prendere decisioni razionali, sicure, basate sull'evidenza e finanziariamente responsabili. Gli approcci autoritari dall'alto verso il basso sulla pratica medica sono mortificanti e in definitiva inefficaci.

“MOVING MEDICINE”
Un importante progresso nella terapia medica degli ultimi 50 anni di medicina
di Gianni Morolli

L RAPPORTO BENEFICIO/DANNO è straordinariamente favorevole e ogni prescrizione medica o psicologica per una condizione a lungo termine dovrebbe essere accompagnata da una prescrizione mirata di attività di “Moving Medicine” illustrando quali sono i reali benefici per i nostri pazienti.





TREDICESIMA GIORNATA DEL MEDICO CHIRURGO E ODONTOIATRA

20 **N**ELLA CORNICE DEL palacongressi di Rimini si è svolta sabato 1° ottobre 2022 la "Tredicesima giornata del Medico Chirurgo e Odontoiatra", una giornata ormai tradizionale nel calendario degli eventi organizzati dall'Ordine. E' stata l'occasione in cui i 62 neolaureati della provincia di Rimini hanno ricevuto simbolicamente il testimone dai decani della professione medica ma in cui si sono anche aperte finestre su percorsi di conoscenza e di scienza con la *lectio magistralis* della professoressa Elena Cattaneo. Una giornata che da 13 anni è un momento di incontro fra la comunità medica, i cittadini e i rappresentanti delle autorità, civile, militare e religiosa, per dare un segno della presenza e del valore della professione medica. «Oggi, forse ancora più di qualche anno fa, abbiamo bisogno di rimanere coesi, abbiamo bisogno di far sentire ai medici che la comunità è vicino a loro e alla comunità che i medici sono dalla loro parte» ha detto il Presidente Maurizio Grossi nel discorso di presentazione della giornata, aggiungendo poi che «c'è un patto che deve essere rinsaldato tra la medicina e la società civile. Noi abbiamo bisogno della società civile tanto quanto la società

civile ha bisogno di noi in una sinergia di intenti per migliorare la sanità, per migliorare il nostro tessuto sociale che ha bisogno di solidarietà. I medici chiedono anche di essere più riconosciuti nel loro importante ruolo sociale, ancor prima che sanitario. Sappiamo quanti colpi siano stati sferrati alla sanità, depotenziandola e riducendo i finanziamenti. I medici però nel momento critico non si sono tirati indietro a costo della vita e, lo ricordo sempre, hanno fatto tutto quello che dovevano fare, tutti indistintamente, e ne sono orgogliosi da presidente. A questo punto chiediamo però che ci sia un riconoscimento, che questa forza non vada dispersa, questa disponibilità sia ripagata finanziando adeguatamente la sanità che dovrebbe essere l'ultimo dei capitoli di spesa del bilancio pubblico ad essere sacrificato.» Dopo le parole del Presidente e il saluto delle Autorità è seguita una appassionante *lectio magistralis* della professoressa Elena Cattaneo. Per oltre un'ora ha catturato l'attenzione dei presenti sui temi della scienza e del metodo scientifico che deve essere: «un punto di riferimento chiaro il nostro, deve essere il metodo scientifico che dobbiamo fare comprendere ai cittadini come

Una giornata che da tredici anni è un momento di incontro fra la comunità medica, i cittadini e i rappresentanti delle autorità.

compito anche di impegno sociale e civile. [...] Perché fare conoscere, portare il cittadino ad essere capace di comprendere la realtà è una grande nostra missione. Fare la nostra parte, con la nostra professione, significa soprattutto garantire al paese la propria affidabilità nella professione e affidabilità come cittadini. La

scienza e il metodo scientifico dobbiamo richiamarli in ogni istante, senza paura, è la nostra arma, il migliore modo per ridurre gli spazi dell'incertezza e per affrontare l'ignoto con ottimismo». Ha chiuso infine, rivolgendosi ai neolaureati, il futuro della professione: «Tanti auguri a questi ragazzi, a loro ci rivolgiamo, non per affidare solamente a loro la responsabilità di guidare il futuro, perché è anche sulle spalle di tutti noi e nessuno si può sentire esentato, ma loro ci devono essere e devono sentirne l'importanza».

La giornata è poi proseguita con il solenne giuramento dei neolaureati e la premiazione dei decani della professione che hanno festeggiato i 50 e 60 anni di laurea.





Elenco dei premiati nel corso della cerimonia con consegna medaglia d'oro per 50° di laurea

Amati Piercarlo
Balli Pier Paolo
Buono Girolamo
Contestabile Riccardo
De Lisi Vincenzo
Grassia Sergio
Hofstetter Maurizio
La Rocca Carmelo
Lucarini Giuliana
Micheli Raffaello
Monti Giuseppe
Rusconi Luigi Cesare
Savelli Luigi
Sirena Alessandro
Stefanini Renzo
Tartari Francesco
Vitale Giuseppe

**Consegna targa a
Direttore e Segretario
uscenti della Scuola
di Etica Medica**

Montesi Massimo
Bartolomei Melchisede

**Consegna medaglia
di bronzo per 60° di laurea**

Laurini Giancarlo
Pasini Pietro

**Consegna medaglia
d'argento per 65° di laurea**

Mazzocchi Attilio



**L'ACCESSO PROGRAMMATO
ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA
E CHIRURGIA: LA POSIZIONE
DELLA FNOMCEO**

DA MOLTI ANNI, ALL'INIZIO di settembre e in concomitanza con l'effettuazione del concorso per l'accesso alla Facoltà di Medicina, torna sui media la «disputa» sulle modalità di selezione dei futuri medici. I «bersagli» della polemica sono essenzialmente due: il «numero chiuso» e le modalità di effettuazione del concorso (il test a risposte multiple). Sulla prima questione - il numero chiuso - si utilizza a fini perlopiù polemicamente il termine «chiuso» quando in realtà sarebbe da utilizzare il termine corretto «programmato». A seguire, le polemiche giornalistiche hanno come bersaglio anche l'Ordine dei Medici, accusato di «difesa corporativa» della professione. Sul tema si è espresso più volte la FNOMCeO, l'ultima proprio alla vigilia del test di quest'anno. Il Presidente dr. **Filippo Anelli** ha infatti puntualizzato la necessità di: «Rivedere le modalità di accesso a Medicina, superando il classico test e prevedendo un percorso che, a partire dagli ultimi anni delle superiori, aiuti a comprendere la propria vocazione. Senza rinunciare, però, a una corretta programmazione, definendo il fabbisogno di specialisti e di medici di medicina generale e calcolando,

di conseguenza, i posti nelle Scuole e al Corso specifico e, ancora a monte, gli ingressi alla facoltà, facendoli corrispondere per legge.» [1]

Mantenendo ferma la necessità di una corretta programmazione, il dr. Anelli suggerisce modalità innovative per l'accesso al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia come il potenziamento e una più ampia diffusione del progetto «Biologia con curvatura biomedica» con l'obiettivo di giungere alla creazione di un Liceo ad indirizzo biomedico, che consentirebbe, in maniera normata, di garantire le vocazioni attraverso un percorso di qualità. Il progetto «Biologia con curvatura biomedica» messo in campo nel 2017 grazie a un protocollo d'intesa tra il Miur e la FNOMCeO e con la collaborazione degli Ordini provinciali, prevede, a partire dal terzo anno dei licei, un indirizzo biomedico, extracurricolare. Un percorso formativo che accompagna gli studenti verso le facoltà di area medica, dando modo di auto-valutare le proprie motivazioni e inclinazioni: centocinquanta ore complessive, spalmate sui tre anni, di insegnamenti aggiuntivi tra lezioni frontali, tenute dai docenti di biologia, lezioni pratiche con i medici delegati dall'Ordine e visite «sul campo» ad ambulatori,

ospedali, laboratori di ricerca, studi specialistici. Coinvolge attualmente 103 Ordini (fra cui l'Ordine di Rimini) e più di 160 istituti tra licei classici e scientifici. Quasi 20mila gli studenti partecipanti, oltre 2500 i medici che hanno sinora offerto le loro competenze.

Dopo la partenza del progetto si è già avuto un primo blocco di studenti che si sono diplomati e hanno partecipato ai test d'ingresso a Medicina e di cui sono noti i risultati di tale percorso. Il 52% degli studenti liceali che hanno partecipato al test, dopo aver completato il percorso biomedico triennale, sono entrati a Medicina. Una percentuale ben più alta della media nazionale, che si assesta intorno al 21%. È questo solo il più eclatante tra i risultati del primo triennio di sperimentazione. Altro obiettivo raggiunto, forse ancora più importante, è che, dei 1749 studenti che hanno intrapreso il percorso nel 2017, uno su due si è ritirato – per la gran parte durante il primo anno – perché ha acquisito la consapevolezza della mancata attitudine alla professione. E, degli 863 alunni che lo hanno completato, solo 510 – vale a dire

il 60% – hanno poi provato il test. 263 di loro sono riusciti a entrare a Medicina, altri sono in graduatoria. Il 52%, come già detto, con punte del 90-100% in alcuni istituti.

“I dati parlano chiaro e sono i testimoni del successo di questo progetto – spiega il Segretario generale, Roberto Monaco, responsabile del progetto per FNOMCeO – L'obiettivo che ci proponiamo adesso è quello di un Liceo ad indirizzo biomedico, che consentirebbe, in maniera normata, di garantire le vocazioni attraverso un percorso di qualità. Nell'ambito del quale, venga opportunamente formalizzato il ruolo degli esperti medici”.[1]

Considerati gli esiti e l'enorme interesse suscitato fra gli studenti, siamo fiduciosi che venga istituzionalizzato il liceo biomedico e regolamentato l'accesso alle facoltà mediche attraverso una selezione meritocratica che parta proprio dai licei biomedici, del resto la pandemia in atto ci ha aiutato a capire quanto sia importante avere una classe medica motivata oltre che competente.

[1] [2] Ufficio Stampa FNOMCeO

La Redazione

Le polemiche giornalistiche hanno come

bersaglio anche l'Ordine dei Medici, accusato di «difesa corporativa» della professione. Sul tema si è espresso più volte la FNOMCeO, l'ultima proprio alla vigilia del test di quest'anno.



DUE CONDIZIONI SIMILI, MA NON UGUALI: FIBROMIALGIA REUMATICA (FM) E SINDROME DA STANCHEZZA CRONICA (CFS)

di Emilio Rastelli

LA FIBROMIALGIA REUMATICA è una malattia frequente in ambito reumatologico ben caratterizzata, mentre la Sindrome da Stanchezza

Cronica, più rara è ancora non ben conosciuta. I dolori muscolo scheletrici diffusi, astenia, disturbi del sonno, cefalea, confusione mentale, si riscontrano in ambedue le situazioni, le donne sono più colpite dagli uomini.

Il quadro clinico della Fibromialgia Reumatica è ben definito e qui riassunto:

- 1- dolori prevalentemente muscolari che perdurano da oltre tre mesi, astenia muscolare con rigidità
- 2- la pz. si sveglia stanca, dorme male.
- 3- tendenzialmente l'umore è depresso o ansioso.
- 4- altri sintomi: ciclo mestruale doloroso, disuria, alterazioni dell'alvo, cefalea, metereopatia

Oltre al quadro clinico riassunto, chi soffre di FM ha già consultato vari specialisti, eseguito un numero considerevole di esami, spesso inizia la visita dicendo che nessun medico la guarirà.

L'esame obiettivo (rilevazione dei punti trigger in numero sufficiente) e l'esclusione di altre malattie reumatiche è condizione determinante per la diagnosi, ricordando che comunque una FR

può coesistere con altre condizioni morbose che non devono essere sottovalutate.

L'epidemia di COVID ha portato ad identificare una condizione definita Long COVID, caratterizzata dalla persistenza di disturbi in precedenza non presenti. In campo Reumatologico la comparsa di auto anticorpi, di sindromi simili alle artriti secondarie e polimialgie sono ancora non ben definite, così come tutto il capitolo attribuito ad effetti post vaccinazione è ancora in fase di analisi. Il Fibro-COVID, condizione descritta recentemente da ricercatori dell'Istituto Rizzoli di Bologna come complicanza del Long COVID, più frequente negli uomini specie obesi, essendo di recente riscontro non è chiaro che evoluzione avrà nel tempo. Nel 30% dei soggetti sofferenti di postumi a lungo termine di un'infezione sintomatica da COVID-19, il 30% di questi manifesta sintomi compatibili con la diagnosi di fibromialgia anche a distanza di sei mesi e oltre dalla guarigione dell'infezione acuta. Fatta una corretta diagnosi di FR, il trattamento verte su terapie farmacologiche, psicologiche, termali, fisioterapia. La terapia andrà prescritta in maniera sartoriale, quindi calibrata e individuale e non standardizzata.

La FR andrà differenziata dalla

Sindrome da Fatica Cronica (CFS, acronimo di Chronic Fatigue Syndrome), che interessa le giovani donne con il rischio concreto che vengano etichettate come simulatrici. La CFS fu descritta negli anni '80 ma alcune osservazioni risalgono intorno al 1750 ed identificata come neuro-astenia. Il 25% della popolazione negli Stati Uniti riferisce di essere cronicamente affaticato, ma solo circa lo 0,5% soddisfa i criteri diagnostici per CFS. I sintomi sono una stanchezza inusuale, astenia che perdura oltre sei mesi non attribuibile a malattie definite, insonnia, confusione mentale, ipostenia che peggiora con l'attività fisica. Le cause sono ignote e le varie ipotesi non sono state suffragate da studi clinici. La causa scatenante è fatta risalire ad eventi traumatici, stress psico fisico, malattie infettive. L'esordio è spesso brusco, le persone colpite erano in precedenza soggetti attivi e talvolta di successo nell'attività lavorativa, il fatto che coesistano faringite, linfadenopatie, febbrecola ha fatto ipotizzare una concausa infettiva. Tra le tante cause infettive proposte, è stato dimostrato che il Virus di Epstein-Barr, la malattia di Lyme, la candidosi e il citomegalovirus possono precedere la sindrome da fatica cronica. Il Long Covid ha portato ad identificare questa condizione in molti soggetti, ma qui è spiegabile con il precedente stato tossinfettivo, esiti di compromissione in vari organi ed apparati, non ultimo lo stress post traumatico. Alcuni ricercatori sostengono che l'eziologia si dimostrerà essere multi fattoriale,

includendo una predisposizione genetica, esposizione ad agenti infettivi, tossine, traumi fisici e/o emotivi, alcune alterazioni minori della risposta immunitaria sono state descritte in associazione. Fra gli esami che dovranno essere richiesti rientrano quelli di funzionalità tiroidea e surrenalica**. La diagnosi di CFS è di esclusione: avvalendosi di anamnesi, esame obiettivo, esami clinici e strumentali occorre non documentare altre malattie gravi ed evolutive; la diagnosi differenziale è con la FR dove in ambedue le condizioni il soggetto appare "sano". Per il trattamento occorre, in primo luogo, che il medico non consideri il paziente un simulatore, la terapia è essenzialmente sintomatica poiché i disturbi tendono a migliorare nel tempo, cercando di alleviare i disturbi preminenti, anche qui adattandoli al singolo soggetto.

Considerazioni finali

La Fibromialgia Reumatica da malattie orfane è sconosciuta e diventa una frequente condizione erroneamente auto diagnosticata, la Sindrome da Fatica Cronica potrebbe ancor più correre questo rischio, specie se avallata da "collegi Google".

* Fibromyalgia: a new facet of the post-COVID-19 syndrome spectrum? Results from a web-based survey ottobre 2021 BMJ vol.7 referente francesco.ursini2@unibo.it.

** Manuale MSD, 2021, **Stephen Gluckman**, MD, Perelman School of Medicine at The University of Pennsylvania.



MEDICINA DI GENERE E MEDICINA GENERALE

di Loreley Bianconi e Valeria Messina

QUESTO ARTICOLO nasce da una nostra collaborazione come medici di famiglia inseriti nella formazione di medicina di genere, progetto suggerito dalla prof.ssa Giovannella Baggio la quale ci ha poi richiesto un abstract e un poster da esporre in occasione del Convegno Internazionale di Medicina di Genere tenutosi a Padova il 16-17 settembre u.s.

TITLE GENDER SPECIFIC MEDICINE AND GENERAL MEDICINE

BACKGROUND Medicine is an art, the art of taking care of patients in all their biological, psychological, socio-cultural and socio-economic aspects. The doctor-patient relationship is a tool of this art: in particular the family doctor (MMG) becomes the first drug, the best medicine. The MMG ensures the citizen's contact with the national health system (SSN). The extensiveness and quality of his training are crucial to be able to face the care of the person with appropriateness and equity. At the center of the MMG's work is the patient and the goal is to take charge of health needs to ensure the best prevention and / or treatment. This is achieved by knowing how health needs arise, manifest, evolve

and which therapeutic approach to use in relation to the patient's characteristics: first of all the gender and for this to happen it is necessary to know and apply the Gender Specific Medicine

AIM The full implementation of the law 3/2018 11th January, on the need to adopt a gender perspective in every field of health will be achieved if family medicine is fully involved in this process.

DISCUSSION In Italy death for CV pathologies is 38.7% men vs 48.4% women (ISS data). Knowing the weight that these pathologies have on Public Health, being the first cause of mortality for women, it is important to increase their awareness about the real risk. Nevertheless, the importance of CV pathologies in women has been little considered and scarcely included in the related clinical studies. Hence the worse prognosis in women is an additional incentive to implement gender specific CV prevention.

CONCLUSIONS Gender Specific Medicine is the necessary tool to treat the person on the basis of appropriateness criteria and not on generic rules translated by one gender to another. At present, our task is to remove the veil created by years of lack of gender specific knowledge in order to fulfill the law 3/2018 11th January, on the need



to adopt a gender perspective in every field of health. This aim will be achieved when family medicine is going to be fully involved.

Quando una norma da legge deliberata diventa concreta realtà? Quando la norma si incarna nella qualità delle cure?

Crediamo che la piena attuazione della legge 3/2018 dell'11 gennaio sulla necessità di adottare una ottica di genere in ogni campo della salute si realizzerà se la medicina di famiglia sarà capillarmente coinvolta in questo processo.

Il MMG garantisce il contatto del cittadino con il SSN. La capillarità della formazione del medico di MG è fondamentale per avere un'arma in più durante il suo lavoro quotidiano per poter affrontare la cura della persona con appropriatezza ed equità. Al centro del nostro lavoro c'è il paziente e l'obiettivo deve essere quello di arrivare ad una diagnosi precoce e garantire la migliore cura e questo si ottiene più facilmente tenendo presente come nascono, si manifestano, evolvono e vanno poi curate le malattie a seconda che si presentino in una donna o in un uomo ma perché questo avvenga occorre conoscere ed applicare la MGS.

Il medico di MG rappresenta il primo contatto che il paziente ha con il SSN, conosce la sua famiglia, l'ambiente, la comunità in cui è cresciuto, si occupa della salute dall'adolescente all'anziano, accompagna il paziente terminale. Oltre a curare fa prevenzione non solo vaccinando ma informando, sensibilizzando la persona nella gestione del mantenimento del proprio stato di salute. Io fa utilizzando una visione olistica del paziente, contestualizzandolo, inserendolo nella sua storia

famigliare e nel suo reale vissuto: questo è patrimonio specifico di questa specialità ed una risorsa per il nostro irrinunciabile SSN. Conoscenza longitudinale del paziente e flessibilità concorrono a realizzare quella "sartorialità di cura" invocata da molti specialisti di altre branche.

I nuovi "venti di riforma" che aleggiano sulla medicina territoriale attraverso l'attuazione del PNRR farebbero bene a tener presente il valore specifico di questa conoscenza e a non svilarla in una ottica di pragmatismo e razionalizzazione della cura, perché è un valore.

Formiamo medici per dare risposta ai bisogni di salute, non solo per abbassare glicate o portare a target i



colesteroli...

In questa attitudine, voler curare la gente in base a criteri di appropriatezza e non di norme generiche traslate da un genere all'altro, trova buon terreno la medicina di genere.

Ora nostro compito è quello di togliere il velo creato da anni di mancata conoscenza specifica. Un medico di famiglia offre mediamente 10,3 contatti annui per paziente che salgono a 22,4 se sono ottuagenari (dati Health Search 2019 <https://healthsearch.it/report/>), malattie correlate all'aumento del rischio cardiovascolare (ipertensione, diabete, ictus, dislipidemia, s. metabolica, fa cr.) comportano 33% dei contatti annui, la sola ipertensione arteriosa ha avuto incremento di prevalenza in 10 anni dal 26% al 31% ed è una patologia prevalentemente femminile (31,4% contro 30,7%). "L'ipertensione è il principale fattore di rischio per la morbidità e mortalità globale e rimane la principale causa, prevenibile, delle malattie cardiovascolari" (mortalità in Italia 38,7% uomini e 48,4% donne per patologie cardiovascolari, dati dell'ISS).

Il diabete mellito di tipo 2 arriva ad una prevalenza secondo i nostri dati territoriali dell'8,3% e seppure è ad appannaggio del sesso maschile, i dati di mortalità per IMA nella donna diabetica impongono attenzione specifica.

Come valutare l'effettivo rischio cardiovascolare di una donna sapendo quale peso queste patologie hanno sulla salute pubblica e che sono la prima causa di mortalità per le donne?

Tuttora è bassa la consapevolezza del sesso femminile riguardo al suo reale rischio di malattia cardiovascolare. Negli ultimi 30 anni

la mortalità per questa patologia è diminuita più nell'uomo che nella donna, il quadro clinico è diverso in rapporto al sesso, maggiori le complicanze post IMA nella donna, le stesse terapie mediche sono subottimali e con maggiori effetti collaterali. Fino ad oggi l'importanza della patologia CV nel sesso femminile è stata poco considerata e scarsamente inclusa negli studi clinici relativi. Quindi prognosi peggiore nelle donne e ciò comporta un incentivo per attuare prevenzione CV genere specifica.

I criteri di rischio anamnestici impongono l'inclusione di fattori di rischio tradizionali: diabete (fattore di rischio più grave nella donna che nell'uomo), l'ipercolesterolemia (con la menopausa aumento di colesterolo totale, LDL, trigliceridi ed una diminuzione dell'HDL), l'ipertensione arteriosa (è importante fare diagnosi di ipertensione arteriosa e curarla prima della menopausa), il microbiota (ruolo importante con l'ipertensione arteriosa ed anche con la longevità).

Poi fattori di rischio emergenti quali anamnesi gravidica (parto pretermine, eclampsia, preclampsia ipertensione non proteinurica in gravidanza, diabete gravidico, mantenimento del sovrappeso dopo un anno dal parto) anamnesi su utilizzo contraccettivi o terapia ormonale sostitutiva, presenza di emicrania con aura, malattie autoimmuni, patologie correlate ad aumentato rischio cardiovascolare e patologie oncologiche (pazienti sottoposte a trattamenti sopravvissute nel tempo).

Ma anche criteri quali consumo di alcolici o fumo, sedentarietà, attitudine a iniziare e mantenere un percorso di disassuefazione, lo stile di vita, la dieta, fattori psico-

sociali quali stress da lavoro, conflitti famigliari, violenza domestica e lutti, hanno specificità di genere che non vanno ignorate in ottica di politiche sanitarie di prevenzione genere specifiche.

Quindi identificare e trattare l'ipertensione nelle donne appare impegno improrogabile per il MMC che deve attuare modelli di medicina di iniziativa così come l'attenta prevenzione al rischio teratogeno nella donna fertile. Ace inibitori e Sartani, farmaci



comunemente utilizzati per la gestione dell'ipertensione, sono paradigmatici in tal senso: ogni donna fertile va considerata come potenzialmente gravida.

Se "educare una donna è educare un popolo" allora il tempo di cura impiegato a promuovere uno stile di vita adeguato ad abbassare il rischio cardiovascolare è un tempo investito per dare tempo di buona qualità alla vita. E questo è il tempo che deve avere la medicina di famiglia.

10° CONGRESSO IGM 2022 DI PADOVA

di Loreley Bianconi

L 16-17 SETTEMBRE SCORSO si è svolto a Padova, culla italiana di M.d.G., il Congresso Internazionale di Medicina di Genere.

Grande confronto comunicativo e formativo fra scienziati e studiosi provenienti da tutto il mondo. Tante le tematiche prese in considerazione: dalla neurologia alle droghe, dal ruolo del microbiota alla ginecologia, ai vaccini anticovid-19 dall'oncologia all'ambiente, dalla pediatria all'intelligenza artificiale. Come ha sottolineato la Prof.ssa Baggio, Presidente del Congresso e membro del Consiglio Superiore di Sanità, dai farmaci alle diagnosi la medicina è "maschio" e discrimina le donne.

Servono cure diverse ma testare adeguatamente i farmaci su entrambi i sessi comporta una

spesa enorme. Gli effetti avversi ai medicinali: alle donne vengono prescritti più farmaci, farmaci che però sono stati studiati per gli uomini con la conseguenza che 6 ricoveri su 10 per effetti avversi ai medicinali riguardano le donne. Queste ultime hanno il 27% di probabilità in più di vedersi prescritti gli antibiotici, eppure l'uomo ha una probabilità quasi 3 volte più alta di ammalarsi di infezioni e di morirne. Gli uomini colpiti da Parkinson sono il doppio delle donne, queste però subiscono una più rapida progressione delle malattie e hanno minore tasso di sopravvivenza. Il vecchio consiglio del medico di famiglia sul bicchiere di vino concesso a pasto era calibrato sugli uomini, le donne devono bere la metà ma il messaggio non è mai passato.

Non si è potuto fare a meno di parlare di Covid in particolare le risposte ai vaccini contro il virus. Secondo uno studio dell'ISS, condotto su un campione di operatori sanitari, i titoli anticorpali sviluppati con 2 dosi di vaccino ai mRNA sono maggiori nelle donne rispetto agli uomini ma in questi ultimi il processo di declino è più lento. L'Italia è stato il primo paese al mondo ad approvare una legge ad hoc con tanto di Piano Nazionale Osservatorio per rilevare le differenze in campo medico tra i due sessi ma i dati mostrano che la sfida è ancora aperta. Lo indicano i dati di Agenas, secondo cui nel 53% dei casi le donne vengono operate per infarto in ritardo, oltre i 90 minuti dall'arrivo in ospedale, al fronte del 40% di quando accade tra gli uomini. E il rischio di morte dopo by-pass

coronarico è doppio. Le differenze riguardano anche altre patologie, ad esempio a parità di incidenza di tumori, l'uomo ha una mortalità più precoce. La donna sopravvive meglio alla malattia ma rimane disabile più di frequente, soffre più spesso di demenza perché vive più a lungo e per fattori di rischio genetici. Al termine del Congresso si è votato la Presidenza della Società Internazionale della IGM ed è stata eletta la professoressa Anna Maria Moretti, specialista pneumologa, presidente nazionale del CiSeG. Prima italiana ad assumere questo incarico, a lei vanno i nostri più cari auguri di buon lavoro.

Atti del Congresso al link https://www.centroelenacornaro.unipd.it/sites/centroelenacornaro.unipd.it/files/IGM_Final-Programme-upd-5_9_22.pdf



FOCUS ON
di Laura Baffoni

How to Integrate Sex and Gender Medicine into Medical and Allied Health Profession Undergraduate, Graduate, and Post-Graduate Education: Insights from a Rapid Systematic Literature Review and a Thematic Meta-Synthesis

ROLA KHAMISY-FARAH AND NICOLA LUIGI BRAGAZZI
J. Pers. Med. 2022, 12, 612. <https://doi.org/10.3390/jpm12040612>

L'IMPORTANZA DI AVERE un approccio che tenga conto delle differenze legate al sesso e al genere quando ci troviamo di fronte una persona che richiede le nostre competenze mediche, incomincia a far parte del nostro bagaglio culturale, ma la consapevolezza di tali differenze dovrebbe far parte del "patrimonio genetico" delle nuove generazioni di medici e non essere un "patrimonio acquisito", come sta accadendo per ciascuno di noi, attraverso il continuo processo di formazione, cui ciascun medico si sottopone lungo la sua esistenza. Per tale motivo vi propongo la review di Rola Khamisy-Farah e Nicola Luigi Bragazzi, che si sono proposti attraverso l'analisi della letteratura, di valutare quanto la Medicina di Genere sia trattata

nei corsi di Medicina e delle altre facoltà sanitarie e quanto vi sia la necessità/volontà di integrarla/incorporarla nell'educazione sanitaria. Gli Autori hanno condotto una revisione sistematica rapida della letteratura e utilizzando diverse parole chiave correlate a sesso, genere, medicina e professioni sanitarie sulle banche dati PubMed/MEDLINE, hanno identificato 8464 lavori; prendendo in considerazione quelli che analizzavano le differenze maschio-femmina (escludendo quelli che analizzavano anche l'intersessualità, probabilmente per rendere omogenei i gruppi analizzati - ndr -) ed escludendo quelli su studenti o professori di facoltà non sanitarie, sono stati analizzati 25 lavori. In questa review gli Autori utilizzano quasi sempre il termine "Medicina sensibile al sesso e al genere", che io ho tradotto come "Medicina di Genere" (MdG) o in alternativa "Medicina Genere specifica" (MGS), perché le due accezioni sono portatrici di entrambi i concetti, sesso e genere. Un primo elemento importante che hanno evidenziato gli Autori è che raramente nei corsi di Medicina gli insegnamenti mostrano un'attenzione genere specifica e la MdG non è organicamente e coerentemente integrata nei

curricula dei medici, così hanno analizzato il lavoro di Thande et al. nella Yale School of Medicine (USA), che evidenziava che gli studenti di medicina del primo e del secondo anno ritenevano che meno del 25% delle lezioni avesse considerato l'impatto delle variabili sesso e genere sulla salute umana, sulle malattie e sulla cura del paziente, e che solo l'8% delle stesse avesse valutato l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia e fisiopatologia umana. Risultati analoghi sono stati rilevati in diversi lavori degli anni duemila, in quello di Miller et al. sono state analizzate 44 Scuole di Medicina statunitensi e canadesi, dove la maggioranza degli studenti intervistati (70%) aveva dichiarato di non avere un

curriculum medico che integrasse adeguatamente la MGS e per molti di essi (dal 45 al 70%) le conoscenze su alcuni argomenti erano minimi. In un altro lavoro su un campione di 72 studenti della Mayo Clinic, Miller evidenziava che un'attenzione genere specifica non era uniformemente distribuita nelle varie specialità: maggiore in materie come cardiologia, pediatria e ginecologia, minima in neurologia, ortopedia, nefrologia. Henrich e Viscoli hanno analizzato il programma di 95 Facoltà di Medicina statunitensi rilevando che meno del 30% di loro offrivano corsi con argomenti attenti alla MGS. Un risultato analogo è stato ottenuto da Henrich et al. quando ha intervistato studenti

Piattaforma/corso on line	Website - URL
EGender	http://egender.charite.de
GenderMed-Wiki	www.gendermed-wiki.de
GenderMed	http://gendermeddb.charite.de
The Online Continuing Medical Education and Certificate Program in Sex- and Gender- Specific Health	http://www.laurabushinstitute.org/cme/default.aspx
Sex and Gender Women's Health Collaborative	http://www.sgwhc.org
The Science of Sex and Gender in Human Health offered by the Office of Women's Health, National Institutes of Health, Office of Women's Health, and the US Food and Drug Administration	http://sexandgendercourse.od.nih.gov
The Stanford University Center for Gender Innovation, The European Union Research and Innovation, and the National Science Foundation	www.genderinnovations.eu
The Texas Tech University Health Sciences Center PubMed Search Tool and Slide Library	https://ttuhsc.libguides.com/pubmed1
The Gender and Health Collaborative Curriculum Project with six collaborating medical schools of the Council of Ontario Faculties of Medicine, Canada	http://www.genderandhealth.ca/

di altre facoltà sanitarie. Stessa situazione quando il campione analizzato (136 partecipanti) non era formato da studenti, ma da professori universitari e medici in ospedali universitari tedeschi: la maggioranza (83%) rilevava che la MdG nelle Facoltà tedesche non è implementata adeguatamente nei corsi di laurea, e la percentuale scende al 62% per chi pensava che dovrebbe essere un argomento obbligatorio durante gli studi medici perché migliora la diagnosi (72%), la fornitura di prestazioni e cure sanitarie (80%), la prevenzione delle complicanze (77%) e la riduzione della mortalità (64%) e dei costi generati (73%). Khamisy-Farah e Bragazzi hanno evidenziato anche che non sempre i termini sesso e genere sono correttamente usati (soprattutto per la tendenza ad usarli in maniera interscambiabile), così come non sempre gli intervistati comprendono gli effetti dell'applicazione della medicina genere specifica, come evidenziato sempre nel lavoro di Miller, dove circa il 75% degli studenti di Medicina intervistati era consapevole della differenza tra sesso e genere, ma solo pochi erano in grado di capire il significato dell'attenzione al

Studenti di medicina del primo e del secondo anno ritenevano che meno del 25% delle lezioni avesse considerato l'impatto delle variabili sesso e genere sulla salute umana, sulle malattie e sulla cura del paziente.

sesso e al genere (per esempio l'importanza di avere dati stratificati per genere negli studi clinici controllati). Anche da noi in Italia su un campione di 617 fisioterapisti che hanno accettato di rispondere al questionario proposto da Bisconti et al., la quasi totalità era consapevole dell'importanza della MdG e della necessità di dover ricevere una formazione ad hoc sul campo, ma solo il 62% aveva una conoscenza, seppur superficiale, della MdG e non c'era differenza se gli intervistati erano maschi o femmine. Khamisy-Farah e Bragazzi hanno sottolineato come all'interno delle Università, molteplici sono gli elementi che testimoniano il bisogno di promuovere una conoscenza che tenga conto delle differenze correlate al sesso e al genere e la volontà di acquisire all'interno dei programmi universitari conoscenze ed abilità sesso e genere specifiche. Tale spinta al cambiamento è presente a diverse latitudini del mondo con diverse sfaccettature e gli Autori hanno riportato alcuni lavori che lo dimostrano; Steinbock et al. ha descritto l'implementazione di materie attente alla MGS presso le Università di Medicina di Innsbruck e Vienna, con due serie di lezioni, comparabili in termini di argomenti insegnati e materiale utilizzato, che sono state ben accolte dagli studenti. In Olanda il lavoro di Scholte et al. metteva in luce che aspiranti studenti di Medicina desideravano acquisire competenze per diventare medici attenti al genere, sostenendo con forza un'assistenza sanitaria inclusiva ed equa nell'accesso alle cure. Nell'ampio studio di Jenkins et al. (1097 studenti di Medicina statunitensi) il 96% era convinto

dell'importanza di un approccio all'assistenza sanitaria che tenesse conto delle differenze legate al sesso e al genere, ritenendo che la MGS dovesse essere una componente importante dei curricula medici (94%), ma dal 19% al 41% dei partecipanti a seconda delle diverse provenienze non era a conoscenza della presenza di tali argomenti nei loro programmi di studio, e solo il 35% dei partecipanti ha affermato di sentirsi preparato per gestire le differenze specifiche per sesso e genere nell'assistenza sanitaria. Infine, Bockers et al. hanno descritto un progetto pilota che si è svolto presso l'Università di Ulm, in Germania, costituito da 15 sessioni di lezioni durante i cinque anni della Facoltà di Medicina e che comprendeva anche una valutazione delle conoscenze e degli atteggiamenti degli studenti relativi alla MdG. Complessivamente l'80% degli studenti di medicina hanno approvato il programma, ma questa alta prevalenza non era distribuita uniformemente negli anni e nei due sessi, infatti in genere i maschi e quelli che frequentavano l'ultimo anno di facoltà erano meno propensi ad accettare tale programma.

La consapevolezza della scarsa conoscenza della MdG da una parte e il desiderio di averla dall'altra caratterizzano, nei diversi studi analizzati dagli Autori, anche le risposte di un altro tipo di popolazione analizzata, ovvero i medici. Ciò che sconcerta è un dato che emerge chiaramente: la MGS non è per molti una priorità per la propria formazione. Una quota considerevole dei medici intervistati riteneva di non aver incontrato, lungo il proprio corso di studio, docenti/educatori/istruttori sensibili e/o disponibili

a confrontarsi su tematiche sesso e genere sensibili, ma non comprendeva appieno l'impatto della MGS sulla salute umana e sulla malattia e/o riteneva che non fosse applicabile alla propria specializzazione. Secondo Khamisy-Farah e Bragazzi l'applicazione della MGS nei corsi di laurea necessita di una programmazione che sfrutti elementi facilitatori ed elimini le barriere alla sua applicazione, a tal proposito alcuni degli studi analizzati sono esplicativi. Verdonk et al dell'università di Radboud nei Paesi Bassi, ha esaminato il programma e il materiale didattico di nove blocchi curriculari degli studenti di medicina in termini di lingua, contesto e contenuto e hanno valutato le modifiche e i miglioramenti apportati per renderlo più inclusivo, integrando le questioni relative al genere; la presenza di coordinatori di blocco sensibili alla MdG coinvolti in ogni fase dei processi decisionali è stato un elemento facilitatore importante per la sua implementazione. Park et al. in Corea del Sud, al Seoul National University College of Medicine, ha sviluppato un corso intitolato "Aspetti correlati al sesso e genere nella ricerca biomedica", quindi ha intervistato un piccolo campione costituito da 12 studenti (di medicina ed infermieristica) e 10 professori, e secondo gli intervistati le politiche governative sensibili al sesso e al genere e l'assegnazione di finanziamenti erano fattori chiave per l'implementazione della MdG nel corso di laurea. Ludwig et al. ha ideato un programma universitario multidisciplinare, consistente in 94 lezioni, 33 seminari e 16 corsi con un focus pratico, che prevedeva la presenza di un team

per lo sviluppo del programma stesso che con un approccio sistematico in 10 fasi aveva il compito di identificare, selezionare e introdurre argomenti relativi al sesso e al genere (pari al 5% degli obiettivi di apprendimento), nonché di consigliare i docenti e di monitorare i risultati. Il lavoro di Chin et al. Riporta i risultati del summit organizzato dall'American Medical Women's Association, dal Laura W. Bush Institute for Women's Health, dalla Mayo Clinic e dalla Society for Women's Health Research, che ha visto esperti di fama riuniti per sviluppare una tabella di marcia per l'incorporazione di concetti correlati alla MdG nei programmi di educazione medica. Sono stati eseguiti dei sondaggi prima e dopo il summit che hanno valutato l'impatto del summit stesso sulle convinzioni dei partecipanti e sulle azioni che avrebbero messo in atto per avviare il cambiamento nei programmi di studio all'interno delle istituzioni di origine. Le principali proposte per implementare la MdG erano: - costruire un team che coinvolga le parti interessate: docenti, esperti, ricercatori, educatori e istruttori, nonché studenti e pazienti; - la MdG dovrebbe entrare a far parte del programma di studio in maniera longitudinale lungo tutto il corso di laurea; - "istituzionalizzare il cambiamento" elaborando un elenco di competenze e abilità mediche fondamentali legate alla implementazione della MdG. Sempre nell'ambito degli elementi "facilitatori" Khamisy-Farah e

Bragazzi hanno analizzato i lavori che hanno portato alla ideazione di piattaforme e di strumenti digitali ad hoc per condividere e diffondere le conoscenze relative alla MGS; nella tabella allegata (tab.1) sono mostrati gli indirizzi di tali piattaforme.

Il lavoro di Khamisy-Farah e Bragazzi evidenzia che gli attuali curricula medici, sia a livello universitario che post-laurea, soffrono di profonde lacune per quanto riguarda l'implementazione delle componenti didattiche relative alla MGS. Diversi sono gli ostacoli a tale implementazione: l'estesa presenza di opinioni e idee preconcepite e distorte su sesso e genere, la mancanza sia di una formazione sistematica degli insegnanti sia di materiale di apprendimento adeguato, l'assenza di una strategia innovativa basata su competenze e abilità sociali e comunicative, e soprattutto "un percepito" che è presente trasversalmente sia negli studenti sia nei medici ovvero che la MGS abbia una scarsa rilevanza nella pratica clinica quotidiana; è quindi fondamentale cambiare l'atteggiamento sia degli studenti sia dei docenti nei confronti della MGS.

Possiamo quindi concludere che chiunque faccia formazione sia pre- che post-laurea deve essere in grado di fornire gli strumenti per riconoscere l'influenza e gli effetti del sesso e del genere sulla salute, accrescendo la consapevolezza che la MGS è attenta alla centralità della persona ed è quindi portatrice di una cura più personalizzata ed equa.



WILLIAM RAFFAELI E ANTONELLA CHIADINI
DARE UN NOME AL DOLORE.
IL CAMMINO DI FONDAZIONE ISAL
 Trent'anni di storia
 di Antonella Chiadini

38

“DEDICHIAMO QUESTO libro a tutte le persone che hanno a cuore l'architettura umana del dolore per mettere a riflessione di tutti le voci e i sentimenti, i ricordi, le ansie, i timori e le speranze di donne e uomini afflitti dal dolore”. È questo il senso del recente volume sulla storia di Fondazione ISAL - Istituto di Scienze Algologiche per la Ricerca e Cura nel campo del Dolore, che inquadra il contesto scientifico in cui è nata e si è evoluta e il contesto storico e sociale in cui si è formata. Ma è soprattutto il racconto di un percorso trentennale, appassionato e ininterrotto, dedicato al **Dolore cronico**. Entità complessa, in gran parte ancora sconosciuta e sottovalutata che colpisce un italiano su tre, perfino difficile da definire. Nel 1979 per Dolore cronico s'intendeva *“Un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale in atto o potenziale”*. La definizione più recente - coniata nel 2020 dopo due anni di lavoro da parte di una task force multidisciplinare internazionale che ha intervistato pazienti, familiari e soggetti coinvolti sulla tematica dolore - recita: *“Un'esperienza sensitiva ed emozionale spiacevole*

associata con, o che appare essere associata con, un danno tissutale attuale o potenziale”. E, a conferma della complessità del tema, c'è stato bisogno di aggiungere sei note chiave esplicative. Il dolore infatti abbraccia fattori biologici, psicologici, sociali, religiosi, culturali; tocca a 360° costantemente la vita di persone, spesso etichettate come depresse o labili psicologicamente, che perlopiù non sanno né dove né a chi rivolgersi e si vedono destinate a sopportare più che a sperare in una



cura e ancor meno nella guarigione. Dopo i messaggi di apertura delle due ex Ministre della Sanità Livia Turco e Mariapia Garavaglia, oggi ambasciatrici di Fondazione ISAL, del Sindaco di Rimini Jamil Sadegholvaad e del direttore generale dell'AUSL Romagna Tiziano Carradori, il testo descrive i passaggi che hanno portato alla **Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”**. Non senza rilevare come, nonostante siano passati più di dieci anni, non sia stata ancora vinta la battaglia per dare sostanza medica a un diritto di tutti. Sopportazione o rassegnazione sono parole ancora troppo diffuse e la condizione è ancor più tragica e offusca il vivere quotidiano per chi è affetto da patologie di dolore cronico ancora “non curabili”, resistenti ad ogni trattamento. Molte le pagine che focalizzano l'importanza della **ricerca** di cui Fondazione ISAL è sempre stata protagonista che punta ad arrivare a una verità biologica attraverso l'identificazione di elementi tangibili di patologia come fattori genetici e/o bio-psico-sociali di predisposizione e/o di difesa o **biomarkers** che permettano una diagnosi di precisione e la certificazione di stato di malattia Dolore cronico, come avviene per tante altre patologie. Partendo dallo scenario storico legato alla terapia del dolore e alle trasformazioni che ha dovuto affrontare nel tempo, il testo analizza le motivazioni e gli obiettivi che hanno portato alla nascita di ISAL ripercorrendo alcune delle tappe che hanno delineato l'attuale Algologia in Italia con cui ISAL si è intrecciata. Un intreccio legato anche al fatto che molte delle

personalità mediche fondatrici delle società scientifiche nazionali e internazionali facevano parte del primo nucleo di docenti della Scuola ISAL di “Formazione in fisiopatologia e terapia del dolore”. A Rimini si sono formati più di ottocento medici provenienti da ogni parte d'Italia, molti divenuti poi dirigenti o comunque specialisti nei vari Centri del dolore. Scuola ISAL, sorta nel lontano 1993, è stata una delle prime, se non la prima in Europa, scuola post-laurea per lo studio del dolore quale materia specialistica. Continua a formare medici, infermieri e dal 2018 è attivo anche un corso di formazione post-laurea per Psicologi. Un intero capitolo riguarda l'attività scientifica e i progetti di collaborazione istituzionale con il Ministero della Salute o con l'Istituto Superiore di Sanità, con società scientifiche ed enti territoriali, nonché indagini e studi clinici nazionali. Sui rapporti di ISAL con lo scenario istituzionale viene ripercorsa l'esperienza della Regione Emilia Romagna che, fin dal 2001 con il Gruppo di lavoro sulla “Istituzione dei Centri del Dolore Hub-Spoke”, ha creato la base progettuale su cui poi si è basato il modello programmatico dalla commissione ministeriale per arrivare alla promulgazione della Legge 38 del 15 marzo 2010. Nella seconda parte del volume è protagonista il volontariato con l'Associazione Amici della Fondazione ISAL e la Comunicazione sociale portata avanti in modo organico e ricca di eventi. Il più incisivo e importante è sicuramente la Giornata **“Cento Città contro il dolore”** un circuito internazionale che dal 2009, porta alla ribalta pubblica il dolore cronico innescando un vero e

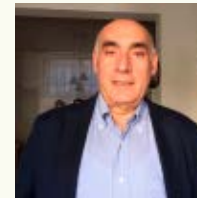
39

proprio processo culturale oltre che scientifico. A riconoscimento del valore di questa iniziativa ISAL, dal 2016, è insignita della Medaglia del Presidente della Repubblica. Ricche di immagini e di testimonianze sono le pagine dedicate alle persone che sono parte integrante di ISAL. Le parole di collaboratori, volontari, docenti, sostenitori e testimonial (a partire dall'attore e regista Fabio De Luigi) e le tantissime foto documentano un'alleanza fatta di persone: questo enorme circuito che ruota attorno a ISAL in Italia e nel mondo è davvero una ricchezza! Due le frasi emblematiche del dr. Raffaelli che creano un ponte fra passato e futuro. La prima in apertura al capitolo 'storico': *"Ripercorrere la storia trentennale di ISAL è riguardare le tracce di un passato con lo sguardo velato come velate erano allora le speranze iniziali di noi giovani medici, protesi verso un futuro che sarebbe stato lungo, ricco di difficoltà ma anche di conquiste"*. La seconda è quella conclusiva che si proietta nel futuro: *"C'è sempre un'opera da poter fare per dare sollievo a chi soffre"*. Nel futuro di Fondazione ISAL c'è il sostegno alla nascita e allo sviluppo del primo Istituto di Ricerca sul Dolore.

Scuola ISAL, sorta nel lontano 1993,

è stata una delle prime, se non la prima in Europa, scuola post-laurea per lo studio del dolore quale materia specialistica. Continua a formare medici e infermieri.

Fondazione ISAL da trent'anni tra i protagonisti di un'impresa pionieristica i cui risultati riguardano tutti noi che, oggi, possiamo parlare sempre meno del dolore come di qualcosa di misterioso per i più, concedendo a chi ne soffre la dignità di sentirsi finalmente visto e riconosciuto. ISAL nasce nel 1993 come Istituto di Formazione e Ricerca in Scienze Algologiche per promuovere la formazione medica e la ricerca sul tema del dolore cronico. La Scuola Isal - Provider del Ministero della Salute per l'erogazione dei Corsi E.C.M. (Educazione Continua in Medicina) - è stata la prima scuola in Italia e una delle prime in Europa dedita alla formazione post-laurea per lo studio del dolore. Ha formato negli anni circa 800 medici specialisti che oggi costituiscono gran parte della classe dirigente italiana in Terapia del dolore. Nel 2007 nasce Fondazione ISAL, oltre alla formazione, per sostenere la ricerca scientifica, sviluppare la comunicazione sociale e fornire servizi gratuiti di orientamento e supporto ai cittadini con dolore. Dal 2009 ISAL promuove l'appuntamento annuale, insignito della Medaglia del Presidente della Repubblica, *Cento città contro il dolore*, giornata di sensibilizzazione e informazione diffusa. Fondatore e presidente ISAL è il dott. William Raffaelli uno dei pionieri sul dolore cronico, fra i protagonisti dei Gruppi di lavoro della Regione Emilia Romagna per la Rete delle Cure Palliative e l'istituzione dei Centri del Dolore Hub-Spoke". Già membro delle commissioni ministeriali sulla Terapia del Dolore e Cure Palliative, finalizzate anche alla stesura della legge 38 del 2010 a garanzia e tutela del diritto del cittadino nell'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, fa parte del Tavolo Tecnico ministeriale sulla Terapia del Dolore. www.fondazioneisal.it
isal@fondazioneisal.it

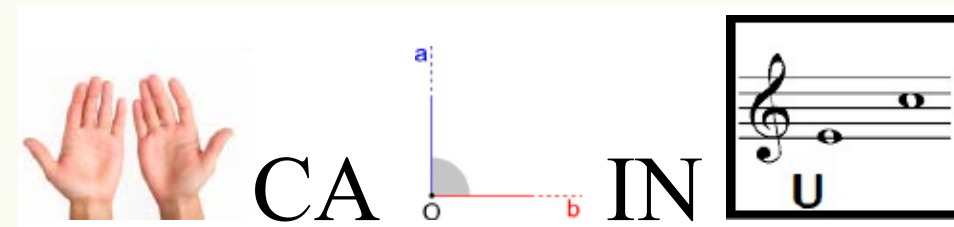


di Saverino La Placa

INDOVINELLO

TI CHIUDONO DALL'ESTERNO IN UNA stanza dove non ci sono finestre e all'interno ci sono soltanto: un tavolo, una sedia, una bottiglia, un rubinetto, una scopa e un ombrello. Se dal rubinetto comincia a uscire acqua, che cosa fai per non morire affogato?

REBUS (11,2,5)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Soluzioni del numero precedente.

Spiegazione dell'indovinello: **Lucia è una bugiarda.**

Spiegazione del rebus: "RE" "TINO" "PATIA" "DI" "ABETI" "CA" (**Retinopatia Diabetica**).

Spiegazione del gioco con numeri:

25	27	17
15	23	31
29	19	21

AE AUSL ENTERTAINMENT PRESENTA



Questo *medical drama* è uno dei più grandi e acclamati successi di tutti i tempi. Lei vuole che lui faccia il tampone, lui rifiuta orgogliosamente. Ma oscuri individui lo stanno braccando senza tregua! Così, fra il crepitare delle storiche mitragliatrici *Paxlovid*, colpi di tosse caricati a *droplets* e scene mozzafiato (con saturimetria a 88...) le armi infine tacciono. Dopo mille inseguimenti rocamboleschi e incalzanti, la storia volge a un finale aperto dove l'eroe, dileguatosi per un breve periodo di isolamento, torna da lei e, promettendole eterno amore, le sussurra: "tornerò presto, ma ora devo andare". La parola *fine* ci coglie impreparati, mentre il suo cavallo si perde nel sole di un tramonto di fuoco.

Luigi Casadei (Doc) 2022 con il supporto tecnico di Tommaso Turbine

corsi, convegni
e attività culturali

43



Premio Iano Planco d'oro

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Sabato 10 dicembre 2022

Grand Hotel di Rimini, Parco Federico Fellini

Sabato 10 dicembre 2022

*presso il Grand Hotel di Rimini Parco Federico Fellini, con inizio alle ore 17.45
avrà luogo la cerimonia per la consegna del Premio Iano Planco.*

Il Consiglio Direttivo dell'OMCeO di Rimini si pregia di invitarLa all'appuntamento.

Al termine dell'incontro aperitivo offerto a tutti i partecipanti al Grand Hotel Rimini.

*Il Presidente
Dott. Maurizio Grossi*

R.S.V.P.

Tel. 0541.382144

Fax 0541.382202

e-mail: info@omceo.rn.it



DONNE PER LA SALUTE DOPO L'ESTATE RIPARTONO GLI INCONTRI...

di Giovanna Tommasini Grossi

44

L'ESTATE, LA STAGIONE caratterizzata da colori, profumi, cieli azzurri e mare blu, è trascorsa e l'autunno, anche se fortunatamente in ritardo, sta avanzando.

Dopo la pausa estiva Ammi - Rimini ha ricominciato gli incontri : Il **29 settembre**, all'ombra colorata della nostra bellissima ruota panoramica, abbiamo organizzato un incontro in pizzeria per ritrovarci e per raccontare di noi.

Il **7 e 8 ottobre**, ho partecipato con alcuni membri del Consiglio Direttivo e alcune socie, al Seminario Nazionale e al Congresso Straordinario a **Parma**. Nel Congresso Straordinario sono stati messi ai voti gli emendamenti relativi al Regolamento e le proposte di modifica per lo Statuto, presentati dal Consiglio Nazionale e discussi durante l'Assemblea di Sezione del 22 settembre scorso.

Fra le proposte di modifica dello Statuto, che sono state approvate, ne vorrei sottolineare una, a mio avviso, molto importante: all'acronimo storico A.M.M.I. è stata aggiunta la dicitura "Donne per la Salute" (vedi sopra) in modo da poter includere le nuove figure professionali già inserite o da inserire in futuro.

Precisamente A.M.M.I. (Associazione Mogli Medici Italiani) "**Donne per la Salute**" nel 2022 ha compiuto cinquantadue anni e se all'atto della fondazione potevano far parte dell'Associazione solo le mogli dei medici, oggi l'iscrizione è aperta anche alle donne medico, odontoiatre, farmacisti, biologhe, psicologhe che intendano perseguire le finalità dell'Associazione.



Il **23 ottobre** abbiamo trattato il **Tema Nazionale: "Influenze dei social media sui processi cognitivi del cervello e delle relazioni umane"**. Insieme alle dottoresse Psicologhe e Psicoterapeute: **Sara Alighieri** della Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Ospedale di Rimini AUSL ROMAGNA e **Valeria Valenti** Responsabile del Centro Studi Cognitivi di Rimini, relatrici per l'occasione.

Un tema quanto mai attuale, poiché i social media sono ormai diventati parte della nostra vita quotidiana. I cambiamenti apportati da questi

nuovi mezzi di comunicazione digitale sono evidenti in quanto permettono una comunicazione interattiva e coinvolgono la vita sociale di chi li utilizza, il modo di rapportarsi con gli altri, il modo di pensare e anche di comportarsi. **Ecco un breve frammento della vasta relazione presentataci dalle Dottoresse:** trascorriamo in media 2 ore al giorno a navigare, postare e commentare su Facebook, Twitter, YouTube e altre piattaforme social. Ma quali sono gli effetti dei social media sul nostro cervello? Il 5-10% degli utenti online è incapace di controllare il tempo trascorso sui social. Le scansioni cerebrali di queste persone rivelano danni nelle stesse aree colpite nel cervello di chi fa abuso di droghe: si nota una degradazione della sostanza bianca nelle regioni che controllano le emozioni, l'attenzione e i processi decisionali. La ragione è da ricercare nell'appagamento immediato, con poco sforzo, offerto dai social media, che fa sì che il cervello sviluppi dipendenza dagli stimoli da essi offerti. Secondo i ricercatori gli effetti dell'uso (e l'abuso) dei social sugli adolescenti si manifestano sia a livello interiore (depressione, ansia, ecc) che esteriore (comportamento aggressivo o comportamento antisociale). E per concludere...mentre il mondo virtuale sembra proporsi sempre più come il miglior antidoto a ogni disagio e frustrazione e come un'appagante fonte di gratificazione, esso ci disconnette di pari passo dalla vita che accade, dal contatto umano con le persone attorno a noi, e in particolare rischia di disconnetterci dalla consapevolezza profonda di noi stessi. Il **16 novembre** abbiamo organizzato una visita guidata

al Vecchio Ospedale di Santa Maria della Misericordia a Rimini insieme a **Marcello Cartoceti** (Archeologo, Socio fondatore della società adArte SRL di Rimini che si occupa di valorizzazione del patrimonio culturale e per la quale è responsabile del Settore Restauro).

La mostra permanente, racconta la storia del luogo occupato per 4 secoli dall'antico Ospedale di Santa Maria della Misericordia: una storia che partendo dall'epoca romana ed attraversando l'Alto Medio Evo, giunge al lungo periodo ospedaliero (1368 - 1800) del quale restituisce momenti di inedita e straordinaria quotidianità. Ceramiche e frammenti architettonici fra i quali due lacerti di mosaico documentano le fasi più antiche. Per il periodo successivo, particolare importanza assume il ritrovamento di un insieme di oggetti non più utilizzati e gettati all'interno di una buca nel cortile dell'ospedale ("butto" tardo rinascimentale). Da notare i boccali e le ciotole e piatti tutti con il monogramma dell'ospedale.



45

di Mario Agostini
Presidente di Sezione Rimini

46

L 27 OTTOBRE SI È SVOLTA A Rimini l'incontro Intersezionale della Regione Emilia Romagna. Dopo 2 anni di sospensione, causa pandemia Covid, i soci delle Sezioni Federspev della Regione si sono dati appuntamento a Rimini per partecipare a tale tradizionale iniziativa. Erano presenti 25 soci provenienti dalle Sezioni di Reggio Emilia, Piacenza, Ferrara, Bologna e Rimini. È stata una buona occasione, per i partecipanti, per una rinnovata socialità, anche a fini culturali e, per i soci di Rimini, anche un'opportunità per aprirsi alla realtà regionale e per un rinnovato impegno nella vita associativa. La giornata si è svolta con la visita ai principali monumenti riminesi (Tempio Malatestiano, Arco d'Augusto, Ponte di Tiberio, Chiesa di Sant'Agostino, Piazza Malatesta e Cavour, Luoghi Felliniani etc.) guidata magistralmente dalla Prof. ssa Lorenza Bonifazi, moglie del nostro segretario di sezione Dott. Alberto Marsciani.

A fine pranzo (in una trattoria nel caratteristico Borgo San Giuliano) ci si è confrontati su alcune tematiche inerenti l'attualità sindacale, già emerse durante il Congresso Nazionale, dal 16 al 19 giugno a Verona:

- 1) necessità di una costante ed effettiva protezione delle nostre pensioni sia dal punto di vista economico che fiscale;
- 2) cercare di dare una maggiore visibilità alla nostra Federazione;
- 3) proseguire la fondamentale battaglia per la separazione (nei bilanci INPS) tra Assistenza e Previdenza e per la piena copertura Long Term Care (LTC) Enpam;
- 4) Iscrizione anche del socio aggiunto al socio ordinario.

Concludendo, credo realmente di poter dire che è stata una giornata piacevole (anche grazie al clima mite) e importante per una ripresa delle attività Federspev sia a livello locale che regionale.

MASSIMO POLVERELLI
(18 ottobre 1957 – 7 settembre 2022)

47

AVEVA EREDITATO DAL padre Rusein, maestro d'ascia, la manualità e la precisione, quando faceva una cosa voleva farla nel migliore dei modi, così in ambito lavorativo, così nella vita e soprattutto nello sport. Era stato un ottimo surfista e ancora sciava meravigliosamente, nonostante il fisico non proprio snello. Diceva sempre che per fare bene una cosa bisognava avere i maestri giusti e lui, aveva imparato a sciare all'Abetone da quel fenomeno che era Zeno Colò e aveva imparato a fare il dermochirurgo da un altro fenomeno, il Professor Giorgio Landi. Dopo una parentesi bolognese alla scuola di Cardiochirurgia del compianto Professor Angelo Pierangeli non vedendo chiari sbocchi professionali si era dedicato anima e cuore alla dermochirurgia frequentando per anni come volontario la Scuola Dermatologica di Cesena, prima di essere assunto come Dirigente Medico. Aveva per anni lavorato al Centro Grandi Ustionati dove era responsabile della attività chirurgica per poi immergersi a capofitto nell'attività più generale di dermochirurgia oncologica. Grazie alle sue abilità chirurgiche la Dermatologia di Cesena era una delle poche in Italia capace di provvedere



autonomamente alla terapia chirurgica del melanoma, inclusa la biopsia del linfonodo sentinella. Dal 2001, quando iniziammo ad occuparci di Dermo-chirurgia Pediatrica, unici in Italia, si prodigò eccezionalmente, proponendo anche tecniche innovative per contribuire ai numerosissimi interventi che effettuammo fino all'anno 2016. Fu Presidente della Società di Dermatologia Chirurgica e Oncologica (SIDCO) nel biennio 2012-2014 e insieme a validi ed insigni colleghi italiani animò con la sua proverbiale precisione e meticolosità il Master di Dermo-chirurgia che annualmente si svolgeva all'Università di Siena. Massimo era di animo gentile,



sempre disponibile, incorruttibile cultore della precisione e dell'ordine non poteva non amare le belle cose, dai vestiti agli orologi. L'eleganza era per lui uno stile di vita da perseguire sempre e in ogni luogo, in ogni dimensione della vita lavorativa e ricreativa. Amava la buona compagnia soprattutto a tavola, dove le buone bollicine non mancavano mai e lui era

un maestro nel riconoscerle e saperle interpretare. Se talvolta esercitava le proprie convinzioni in modo appuntito, come può fare un romagnolo verace, non lo faceva mai con malanimo ma con il piglio e l'insistenza di chi desidera argomentare appassionatamente per essere capito. Chi lo ha conosciuto non ha potuto far finta di nulla, non era persona che scivolava via senza significare la sua presenza, chi lo ha conosciuto non può oggi non sentirne la mancanza. Lascia un figlio, Filippo, ingegnere di successo, che ha amato e saputo crescere con affetto e che per Lui è stato un bene prezioso di cui sempre si stimava.

Fabio Arcangeli
e Stefano Catrani

“Massimo era di animo gentile, sempre disponibile, incorruttibile cultore della precisione e dell'ordine non poteva non amare le belle cose, dai vestiti agli orologi. L'eleganza era per lui uno stile di vita.”

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 14 SETTEMBRE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BUSIGNANI Cecilia	di San Marino
dott.ssa GATTI Francesca	di Borgo Maggiore (RSM)
dott. LACOVARA Andrea	di Sassofeltrio (RN)
dott. PAZZAGLIA Enrico	di Riccione
dott. SANVITI Samuele	di Rimini

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott.ssa BALLATORI Chiara	da Ascoli Piceno
dott.ssa MENGHI Veronica	da Bologna

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BERNACCHIA Annamaria	decesso (24/07/2022)
dott. GOLINELLI Marco	cessata attività
dott. GUARESCHI Pier Luigi	decesso (13/08/2022)
dott. POLVERELLI Massimo	decesso (07/09/2022)

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. GORINI Tommaso	di Rimini
----------------------	-----------

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 5 OTTOBRE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BENZI Pietro	di Rimini
--------------------	-----------

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BIANCINI Stefano	trasferimento a Verona
dott. GIOVAGNOLI Achille	decesso (11/10/2021)
dott. MONTANARI Stefano (28/11/1955)	decesso (07/08/2022)
dott. NENCINI Elia	trasferimento a Pisa

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 26 OTTOBRE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. FARAGONA Alessandro	di Coriano (RN)
dott. ZAVATTA Tommaso	di Rimini
dott.ssa BREDDEMANN Greta	di Riccione (RN)

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGI:

dott.ssa CANTELE Valentina
dott.ssa CELLI Monica
dott. D'ARGENIO Dante
dott.ssa TESTA Giovanna Donatina Clara

trasferimento a Biella
trasferimento a Forlì-Cesena
cessata attività
cessata attività

Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI:

dott. ZANCA Federico

di Bologna

VARIAZIONE CODICE FISCALE:

dott.ssa GADAEVA Dilfuza

variazione codice fiscale

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DELL'8 NOVEMBRE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGI per trasferimento:

dott. BEVACQUA Enrico
dott. GHINELLI Marco
dott.ssa PRATELLI Loredana
dott.ssa VIVENZIO Viviana

da Milano
da Bologna
da Bologna
da Pesaro Urbino

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BERNARDINI Renzo

cessata attività albo odont.

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 30 NOVEMBRE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGI:

dott. CANDUCCI Matteo
dott. CAPOCCIA Sergio

di Riccione
di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGI:

dott. ALUIGI Sergio

decesso (19/11/2022)

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa CASALBONI Francesca
dott. SOLDI Gianlorenzo

di Rimini
di Riccione

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI per trasferimento:

dott. TRAVERSINI Adolfo

a Perugia

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa SERGIO Concetta

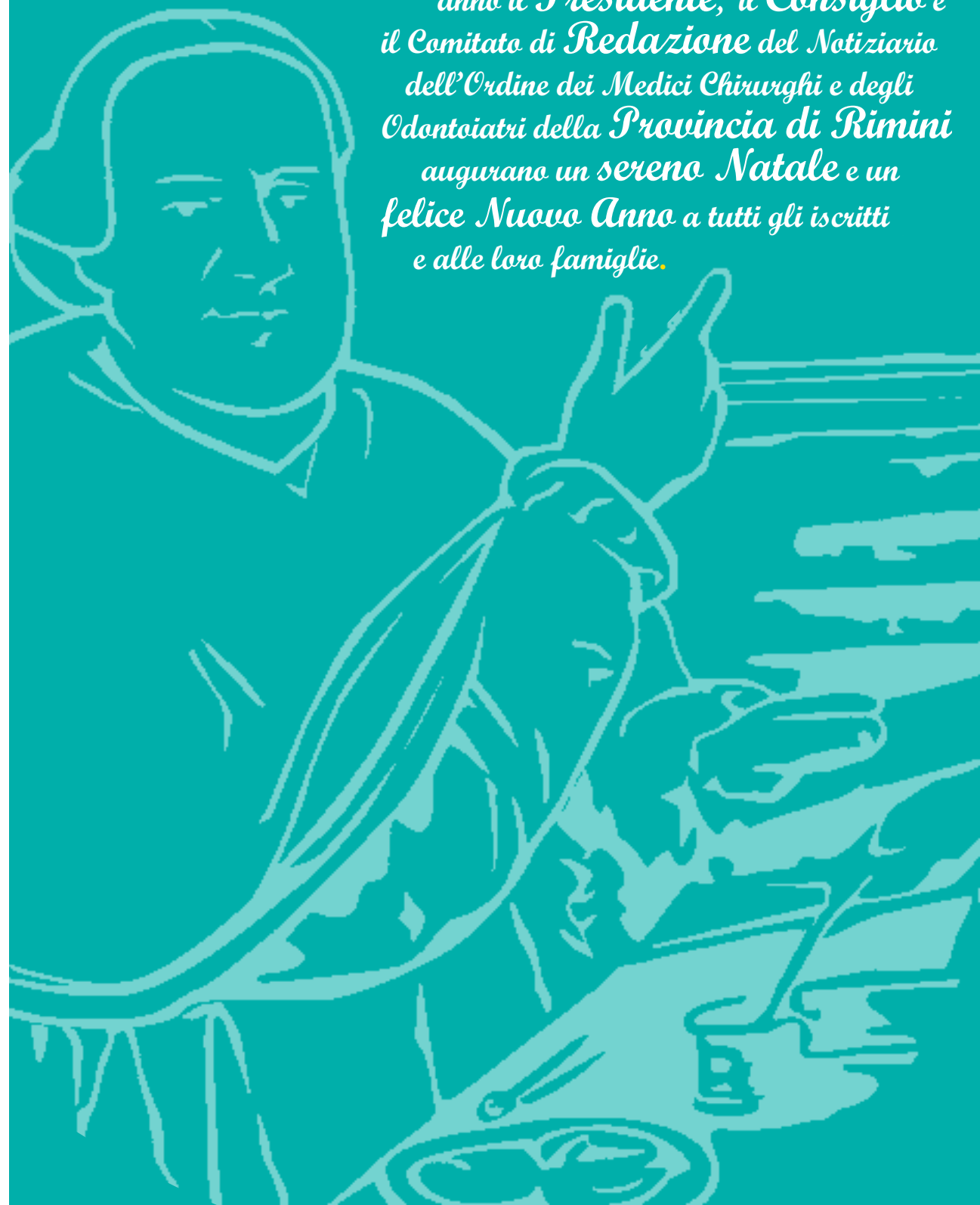
decesso (22/06/2022)

Variazione Cittadinanza:

dott.ssa RINGHILESCU Maria

da Moldava a Italiana

*N*ell'imminenza delle
prossime Festività di fine
anno il **Presidente, il Consiglio e
il Comitato di Redazione del Notiziario**
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Rimini
augurano un sereno Natale e un
felice Nuovo Anno a tutti gli iscritti
e alle loro famiglie.





“

È un errore capitale teorizzare
prima di avere i dati. Insensibilmente
si comincia a distorcere i fatti
per adattarli alle teorie, invece
delle teorie per adattarli ai fatti.

Arthur Conan-Doyle

”