

n° 2/2019



il Notiziario

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

Anno XXII, Numero 2, Aprile – Giugno 2019



il Notiziario

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

Anno XXII, Numero 2, Aprile – Giugno 2019

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

Redazione: dott. Mario Bartolomei, dott. Melchisede Bartolomei, dott. Giovanni Cananzi,
dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini, dott. Fabio Cortellini, dott. Stefano De Carolis,
dott. Maurizio Della Marchina, dott. Mauro Giovanardi, dott. Saverino La Placa,
dott. Emilio Rastelli, dott. Andrea Santarelli

Contributi a questo numero da:

dott.ssa Laura Baffoni - U.O. Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza Ospedale "Infermi" Rimini

dott. Roberto Balducci - già dirigente medico, medico chirurgo

dott.ssa Lorenza Bonifazi Marsciani - presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini

dott. Federico Menetti - U.O. Neuroradiologia Ospedale "Infermi" Rimini

dott. Massimo Montesi - direttore Scuola di Etica Medica Omceo Rimini

dott. Gianni Morolli - medico di medicina generale

dott. Antonio Pesaresi - cardiologo libero professionista

sig.ra Carmen Spanedda Marini - presidente FEDERSPeV Sezione di Rimini

Grafica e stampa a cura di agenzia NFC - Rimini - tel. 0541 673550 - www.agenziafc.com

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 8.00 alle 13.00

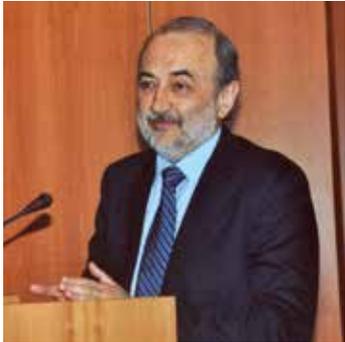
www.omceo.rn.it - info@omceo.rn.it

sommario

EDITORIALE	4
IL PUNTO REDAZIONALE	6
SANITÀ LOCALE	8
• Stefano Landi Nuovo direttore dell'U.O. Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero Rimini	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE	10
• Il «costo» del malessere professionale	
PAROLA D'ORDINE	12
• ENPAM: infortuni e malattia per i liberi professionisti	
FOCUS SULLA PROFESSIONE	14
• Crolli vertebrali osteoporotici, la vertebroplastica è il trattamento <i>gold standard</i> ?	
• Considerazioni sull'efficacia della vertebroplastica nelle fratture osteoporotiche.	
SCUOLA DI ETICA MEDICA	18
STORIA DELLA MEDICINA	20
• Notizie dalla Scuola di Storia della medicina	
MEDICINA DI GENERE	23
• La medicina di genere: una medicina su misura	
• Focus dalla letteratura scientifica	
RECENSIONI	27
• Quando la vita ti viene a trovare	
MEDICI E PADELLE	29
• J anvùd dla Marianna	
SEMISERIA...MENTE.....	31
PILLOLE E CAVILLI	32
• <i>Big data</i> , A.I. e telemedicina. Diagnosi, cura e digitalizzazione del diritto.	
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI.....	35
RICORDANDO I COLLEGHI.....	36
SPAZIO AMMI.....	39
SPAZIO FEDERSPeV.....	41
VARIAZIONI AGLI ALBI.....	42

“Ci sono soltanto due tipi di dottori: quelli che esercitano col loro cervello
e quelli che esercitano con la loro lingua.”
William Osler (Medico 1849-1919)

Editoriale



di Maurizio Grossi

Benessere dei medici e affidabilità e sicurezza delle cure

Sempre più numerosi colleghi si rivolgono all'Ordine per segnalare e lamentare condizioni di lavoro usuranti.

Il lavoro in Sanità (in ospedale come sul territorio e negli ambulatori) richiede grande coinvolgimento del professionista con alta complessità operativa e molteplici fattori giuridici/burocratici sempre più pressanti.

La percezione ormai condivisa sia dai medici ospedalieri che dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta è che i carichi di lavoro siano diventati ben diversi da quelli di pochi anni fa, che il tempo effettivamente dedicato al paziente si stia riducendo sempre di più e che questi cambiamenti stiano pesantemente influenzando sul benessere psico-fisico dei medici stessi.

Lo studio della letteratura scientifica dedicata a questi temi ha confermato quanto i problemi di *staffing* in sanità (carenza di operatori, aumento del *turn-over* del personale e incremento dell'età media), nonché pratiche amministrative costrittive (uso sempre più assiduo di protocolli e procedure che regolano l'attività clinica, la crescente informatizzazione dei sistemi sanitari, la necessità di formalizzare a fini legali numerosi atti) siano alcuni dei fattori che impattano maggiormente, talvolta in modo molto grave, sull'organizzazione del lavoro, sulla sicurezza delle cure e sul benessere degli operatori sanitari, compromettendone la *performance* e aumentando le probabilità di eventi avversi a danno dei pazienti (Direzione INAIL della Toscana 2016 "Carichi di lavoro e sicurezza degli operatori sanitari").

In questa situazione il processo di aziendalizzazione, che sembrava dover dare l'impulso alla modernizzazione in sanità, ha via via manifestato evidenti segnali di inadeguatezza, tanto maggiori quanto più è estesa e complessa l'azienda sanitaria. Se a questo si aggiunge la generalizzata crisi delle risorse, si comprende come il progressivo carico di lavoro determini una cronica mancanza di tempo per curare le relazioni e la comunicazione con i pazienti.

Ormai è endemica la difficoltà degli operatori sanitari a svolgere il proprio lavoro con soddisfazione all'interno della organizzazione sanitaria. Organizzazione o Azienda sanitaria che è governata

in prevalenza da criteri economici piuttosto che clinici, con tutte le scelte, compresa quelle delle *leadership* funzionali a tale impostazione.

Come potranno i medici ma anche gli infermieri essere certi che la loro integrità professionale non sarà compromessa dall'essere costretti a partecipare alle cure che ritengono in molti settori, ormai sotto gli standard?

In tale contesto gli operatori e i pazienti saranno sempre più scontenti.

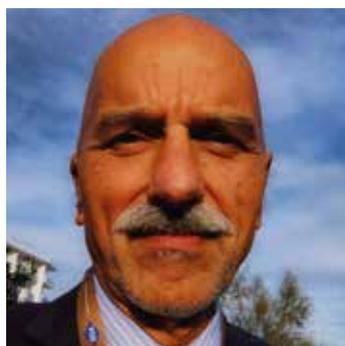
La scontentezza degli operatori sanitari è dimostrata dalla difficoltà crescente a reclutare medici ospedalieri e dal pensionamento in rapida e costante crescita.

La scontentezza dei pazienti è ben descritta

nell'ultimo rapporto del Censis (2018) sulla sanità in Italia quando si parla del "rancore che pervade in modo crescente il rapporto degli italiani con la sanità che diventa catalizzatrice di rabbie sociali indicibili".

Penso che sia arrivato il momento per una profonda riflessione etica sull'organizzazione sanitaria, affermando il primato della persona sulla organizzazione, consapevoli che le organizzazioni, a maggior ragione quelle sanitarie, non sono altro che persone che entrano in rapporto tra loro. È il momento per chiedere meno procedure, meno contrattualismo ma più serenità e umanità, convinti che "lavorare bene" sia il presupposto per rispondere alle attese di tutti.

Il punto redazionale



di Marco Grassi

“Sempre più numerosi colleghi si rivolgono all’Ordine per segnalare e lamentare condizioni di lavoro usuranti”. Così esordisce l’**Editoriale** di Maurizio Grossi per introdurre un argomento che da qualche anno tiene banco anche sulla letteratura medica. L’Ordine dei Medici è un «osservatorio» privilegiato da cui valutare lo «stato di salute» della professione medica ma, in questo caso specifico, è anche il «termometro» che misura lo stato di malessere della professione. Il «malessere» della professione ha ormai abbandonato le forme del querulo lamento, spesso finalizzato in passato a strappare alla controparte contrattuale benefici normativi o economici, per focalizzarsi su un punto che ci riguarda tutti sia come professionisti che come cittadini: il rapporto fra benessere psico-fisico degli operatori sanitari e la qualità e sicu-

rezza delle cure prestate. “È il momento per chiedere meno procedure, meno contrattualismo ma più serenità e umanità, convinti che «lavorare bene» sia il presupposto per rispondere alle attese di tutti” è la chiosa ed esortazione finale dell’Editoriale su cui riflettere tutti. **Sanità locale** ci propone la presentazione di Stefano Landi, nuovo direttore dell’U.O. Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero Rimini. Dall’articolo/intervista di Antonella Chiadini emerge il ritratto di una persona aperta e schietta, buon conoscitore dell’«ambiente» e del contesto in cui svolgerà il mandato professionale di cui ha ben chiaro lo scopo: «Stiamo cercando di offrire una medicina pragmatica, efficace, moderna e sicura, cercando di contrastare la burocrazia fine a se stessa e la ‘medicina difensiva’, che trovo inutile, costosa e dannosa». **Focus sulla professione** dibatte un argomento di «nicchia» come la vertebroplastica, una procedura terapeutica che ha avuto un certo «successo» in passato ma la cui validità, come succede spesso in medicina, è oggi controversa. Emilio Rastelli e Federico Menetti espongono le loro opinioni, apparentemente contrastanti. In realtà, sono meno distanti di quanto sembri. Nella rubrica **Medicina di Genere** Antonella Chiadini sintetizza, per chi se lo è perso, l’interessante e seguitissimo incontro formativo dedicato alle differenze di genere in tema di autoimmunità tenutosi presso il nostro Ordine nel marzo scorso mentre Laura Baffoni affronta l’annosa questione dei bias legati alla rappresentatività di genere nei *trial* clinici. **Rubrica di Medicina Generale** integra l’editoriale di Maurizio Grossi con alcune considerazioni tratte dalla letteratura internazionale (statunitense nella fattispecie) per segnalare come le problematiche segnalate, oltre ad essere largamente diffuse, siano trasversali ai diversi sistemi sanitari (pubblico e *no profit* il nostro, privato e *for profit* quello statunitense). Un motivo in più per riflettere. “Per i professionisti della salute, si tratta di un momento critico. Il sistema non può più sostenere gli attuali tassi di burnout e continuare, allo stesso tempo, a garantire cure di elevata qualità”. La rubrica **Storia della medicina** presenta il primo numero dei «Quaderni della Scuola di Storia della medicina», che costituisce pertanto l’esordio “editoriale” della Scuola e che contiene gli Atti del convegno *Tra scienza ed empirismo: Nicola Gambetti di Monterotondo (1832-1921) e la medicina popolare nel Montefeltro*, una relazione sulle tre lezioni dedicate a *Le grandi epidemie nella storia*

della medicina che si sono tenute nella prestigiosa cornice della Sala del Giudizio del Museo della Città “Luigi Tonini” di Rimini e hanno trattato temi di grande interesse storico ma anche di estrema attualità e la presentazione di Elena Varotto – bioarcheologa, antropologa fisica e forense – nuovo collaboratore affiliato alla Scuola. **Parola d’Ordine** riepiloga tutto quanto c’è da sapere su “Infortuni e malattia per i liberi professionisti” con puntuali riferimenti sui passi pratici e documentazione da produrre nel caso di tali evenienze. **Semiseria...mente**, a cura di Saverino La Placa, ci propone come sempre un momento di simpatico relax e di esercizio enigmistico. **Medici e padelle** racconta la storia della “Marianna”, l’ultimo ristorante storico riminese sopravvissuto ai nostri giorni, attraverso le vicende della famiglia di Marianna Domeniconi, l’azdora per eccellenza della trattoria. Non è un libro di ricette, ci tiene a precisare Roberto Balducci, medico ospedaliero in pensione, bensì la narrazione della storia della famiglia dell’autore che si intreccia con quella dei numerosi personaggi riminesi e non che hanno ruotato, dai primi del Novecento agli anni Sessanta del secolo scorso, attorno alla trattoria. Nella rubrica **Scuola di Etica Medica** Massimo Montesi anticipa gli argomenti che verranno trattati in questa nuova edizione, l’ottava, che si terrà come tutti gli anni nel prossimo autunno. Programma intenso e interessante centrato in parte sulle problematiche attuali ed emergenti ed in parte sui grandi temi che da sempre mettono in discussione la nostra professione. Si sente sempre più spesso parlare di *Big Data*, ma ancora più spesso ci si accorge che chi usa questa espressione non conosce davvero bene

il suo significato. Per questo è lecito domandarsi cosa siano i Big Data, perché sono così ricorrenti sulla stampa, soprattutto quelli legati allo sviluppo della *Information Technology* (IT) e intelligenza artificiale (AI). Mario Bartolomei espone con la consueta competenza in **Pillole e cavilli** le ultime novità su questa tematica, peraltro complessa. La **Recensione** ci offre un anticipo del libro “Quando la vita ti viene a trovare” di Ivano Dionigi in cui sono messe a confronto due visioni del mondo che possono a ragione definirsi opposte ma che, giunti all’ultima pagina del libro, Mauro Giovanardi definisce «diverse» perché “sebbene antitetiche nelle premesse trovano, anche grazie a qualche contraddizione tra la professione filosofica e la pratica di vita dei protagonisti, non solo antitesi ma anche più di un punto di contatto”. Nello **Spazio AMMI** Lorenza Bonifazi Marsciani ci relaziona sul meeting Interregionale del Nord tenutosi recentemente a Rimini e di cui era stata data anticipazione nel numero precedente. Ci complimentiamo con le «ammine» riminesi per la riuscita della bella manifestazione. **Spazio FEDERSPeV** relaziona sul 55° Congresso nazionale dell’associazione che ha affrontato le problematiche dei medici pensionati. Per chiudere, infine, **Ricordando i Colleghi** doverosamente commemora Maria Elena Pesaresi, da tutti conosciuta come Marilena scomparsa il 29 dicembre 2018, con le parole del fratello Antonio mentre Gianni Morolli ricorda il prof. Giancarlo De Carolis, decano dei medici riminesi e premiato nel 2018 per i 70 anni di Laurea. È stato specialista nella professione medica quanto poliedrico ed eclettico negli interessi extra professionali.

Sanità locale



Stefano Landi

Stefano Landi Nuovo direttore dell'U.O. Ortopedia e Traumatologia del Presidio Ospedaliero Rimini

Gli si legge negli occhi la passione professionale ma anche la soddisfazione di lavorare nella struttura pubblica riminese. Un incontro semplice e positivo, piacevole e schietto, quello con Stefano Landi che, da luglio scorso, dirige l'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'Infermi.

“Sono un romagnolo, di madre finlandese e padre longianese. Da piccolo dicevo che avrei voluto fare il barbiere, poi, negli anni del liceo scientifico, volevo diventare pilota d'aereo. Ho superato la selezione, ma dopo poche settimane mi sono ritirato dalla Accademia Aeronautica di Pozzuoli; quindi mi sono iscritto a Economia e Commercio per rendermi conto rapidissimamente che non era quella la strada per me. A questo punto, indeciso tra Agraria e Veterinaria, ho finalmente scelto Medicina e Chirurgia, ovvero il mestiere di mio nonno e mio padre (e pure di mio fratello). E sono stato sempre contento della mia scelta.

Ora, dopo aver lavorato a Bologna, Forlì e Cesena come aiuto, sono qui a Rimini a dirigere la U.O. di Ortopedia: un ruolo e una sede che mi riempiono di soddisfazione. La direzione di questo reparto ha completato il mio percorso professionale e oggi mi sento pienamente appagato. Sono stato accolto bene e sto lavorando in sintonia con tutto il gruppo di collaboratori. Stiamo cercando di offrire una medicina pragmatica, efficace, moderna e sicura, cercando di contrastare la burocrazia fine a se stessa e la ‘medicina difensiva’, che trovo inutile, costosa e dannosa”.

Fisico atletico, capisci subito che è uno sportivo: le due ruote, moto e bicicletta, e soprattutto tanto nuoto, anche a livello agonistico, partecipando tuttora a qualche gara Master. Insomma, dedica tempo allo sport ma anche ai viaggi e gli affetti della sua amata ‘famiglia allargata’: due figlie di 18 e 16 anni dal primo matrimonio che si sono ben combinate con le due figlie (13 e 10 anni) dell'attuale compagna.

Conosce bene le problematiche ortopediche legate alla terza età che, per il 50%, sono conseguenti a fratture di femore. Soprattutto nell'anziano, tempi di movimentazione più brevi possibili significano ripresa più rapida e prognosi migliore anche per l'autosufficienza. Ed è il sistema dei servizi e il lavoro in rete che fa la differenza!

“Sono un figlio dell'Area Vasta, che ho imparato ad apprezzare negli anni. Mi è naturale lavorare in modo integrato con i professionisti degli altri ospedali. Sono felice di lavorare nella Sanità pubblica,



un sistema che è chiamato a dare risposta a tutti senza distinzione, con rigore scientifico e coerenza nella scelta del tipo di approccio clinico e terapeutico.

Un mio pregio? Ho attenzione per i rapporti e la comunicazione personale. Ritengo fondamentali le relazioni con l'altro perciò, anche con i miei pazienti, cerco sempre di aprire dei canali di comunicazione basati su un dialogo che auspico essere chiaro, comprensibile e leale.

Cerco sempre di assicurarmi che chi mi ascolta abbia capito il mio pensiero. Se non ho niente da dire non vendo fumo.

Un difetto? Per dare il massimo devo capire completamente il senso di quello che mi viene chiesto di fare. Se non sono convinto e coinvolto perdo interesse ed energie.

Efficienza e semplificazione ma anche ampliamento dell'offerta di servizi attraverso ambulatori dedicati con agende separate per le patologie dell'anca, del ginocchio, della mano, per la fascia pediatrica e, a breve, per la chirurgia del piede. Siamo partendo proprio in questi giorni con la nuova prestazione ambulatoriale per infiltrazioni eco-guidate anche con PRP - concentrato piastrinico omologo (e, in casi selezionati, autologo), particolarmente utile per la rigenerazione cellulare e tissutale. Oltre che a Rimini operiamo a Cattolica (in particolare per l'ortopedia sportiva) e a Novafeltria (per la chirurgia della mano); lavoriamo in sinergia con i colleghi di Cesena, specie

nei grandi politraumatizzati e, cosa a cui tengo particolarmente, abbiamo avviato un processo di collegamento con i colleghi del territorio, Medici di Medicina Generale in primis, per i quali l'ospedale dovrebbe costituire il primo punto di riferimento e di confronto. Credo che il sistema medicina del territorio e ospedali sia da sempre un sistema Hub and Spoke, prima ancora che sapessimo che avere un sistema Hub and Spoke fosse desiderabile”.

Stefano Landi ha un percorso universitario, specializzazione compresa, all'Alma Mater sempre col massimo dei voti e lode. Dopo esperienze professionali negli Stati Uniti (Texas) e Australia (Melbourne) è stato per due anni al Sant'Orsola-Malpighi di Bologna poi ha ricoperto ruoli ospedalieri di coordinamento al “Morgagni-Pierantoni” di Forlì (responsabile della traumatologia dell'anziano e del percorso ortogeriatrico, fondamentale per l'erogazione di servizi di qualità, in primis gli interventi sulle fratture degli anziani entro 48 ore dal trauma) e al “Bufalini” di Cesena (responsabile del modulo di Traumatologia, contribuendo a consolidare il percorso del paziente politraumatizzato). Ha al suo attivo oltre 3mila interventi operatori di alto livello clinico, principalmente legati alla traumatologia, alle patologie in elezione e all'oncologia ortopedica. Numerose le pubblicazioni e le relazioni scientifiche anche internazionali.

L'U.O. Ortopedia e Traumatologia dell'Infermi conta 34 letti di degenza ordinaria più 1 di day hospital e tratta circa 2mila pazienti/anno di cui 1.800 con ricoveri di 7,7 giorni di degenza media; l'attività prevalente è chirurgica e traumatologica, compresa quella pediatrica. Oltre 1.500 gli interventi chirurgici annui, di cui la metà in urgenza. Oltre 5mila prestazioni ambulatoriali e visite per i pazienti del reparto, oltre 30mila per gli esterni e circa 10mila per il P.S. ortopedico.

Antonella Chiadini

Rubrica di Medicina generale

Il «costo» del malessere professionale

Un assegno da 500 milioni di euro: è stato l'insolito “regalo di Natale” offerto allo Stato dai medici italiani nel corso del 2018. Il mezzo miliardo è, infatti, il valore monetario dei quindici milioni di ore di straordinario che i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) effettuano ogni anno oltre il tetto massimo, e che non vengono quindi retribuite.

Al di là del «venale» valore monetario - peraltro affatto trascurabile - i milioni di ore di straordinario non retribuito si sommano ai milioni di altre ore di straordinario che i medici dipendenti del SSN agguingano al normale orario di lavoro: uno sforzo per mantenere in piedi il nostro SSN contrastando con il loro lavoro le carenze e le difficoltà del sistema. D'altro canto i medici di medicina generale (MMG), che hanno un orario per così dire «flessibile», vedono aumentare di anno in anno il numero di «contatti» (persone che si rivolgono al MMG per un qualsiasi motivo) e di visite domiciliari per pazienti non ambulabili. Anche in questo ambito di lavoro sempre nuove incombenze, apparentemente «innocue» come l'obbligo di consegna delle ricette *brevi manu* direttamente all'interessato o a suo delegato (per disposizione del Garante per la Privacy), dilatano ulteriormente i tempi sottratti alla clinica.

Nel momento in cui leggete queste note, nei loro studi e nelle corsie degli ospedali, molti medici sono sull'orlo di un esaurimento nervoso e chi riesce ancora a mantenere la calma riflette su «quanto sia sempre più disconnesso dalle finalità e abbia perso il contatto con le cose che danno soddisfazione e significato al lavoro» [1] Il termine tecnico è *burnout*: sindrome psicologica caratterizzata da depersonalizzazione, distacco emotivo, scarso senso di realizzazione personale e, quel che è più grave, conseguente abbassamento dei livelli di performance. Tra i maggiori *driver* di questa situazione sembra esserci l'aumento delle ore che i clinici sono costretti a passare inserendo dati nelle cartelle elettroniche e svolgendo mansioni di tipo burocratico. Uno studio recente ha dimostrato che per ogni ora passata con i pazienti i medici ne passano una o due riempiendo moduli, compilando prescrizioni, ordinando esami e rivedendo i risultati (3). “Si è dato per scontato che i medici potessero svolgere del lavoro extra senza problemi, ma ora sta venendo meno la nostra funzione di cura” ha scritto Christine Sinsky, vice-presidente dell'area dell'American Medical Association relativa alla soddisfazione professionale. “I clinici sono già esposti in termini di responsabilità e di problemi normativi, ora devono anche occuparsi dell'acquisizione dei dati. È troppo”. [1] I costi umani associati a questa situazione, sia per i medici che per i pazienti, sono molto elevati: il *burnout* può minare il senso di realizzazione personale e l'empatia degli operatori, inoltre, chi soffre di questa condizione è solitamente più incline a commettere errori medici (4).

Mentre in passato i tentativi di risolvere il problema si sono concentrati su interventi individuali, ora è sempre più evidente la necessità di ripensare i modelli organizzativi degli ospedali nel loro

insieme. L'evidence suggerisce in modo piuttosto netto che programmi di intervento per il *burnout* nei medici sono associati a piccoli benefici che tuttavia possono essere potenziati dall'adozione di approcci orientati all'organizzazione. Questa constatazione fornisce supporto per l'opinione che il *burnout* sia un problema di tutta l'organizzazione sanitaria, piuttosto che degli individui. [4] “Per i professionisti della salute – scrivono Dzau e colleghi – si tratta di un momento critico”[2]. Il sistema non può più sostenere gli attuali tassi di *burnout* e continuare, allo stesso tempo, a garantire cure di elevata qualità.

Bibliografia

- [1] Wright AA, Katz IT. Beyond Burnout – Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. The New England Journal of Medicine 2018; 378: 309-11.
- [2] Dzau VJ, Kirch DG, Nasca TJ. To Care Is Human – Collectively Confronting the Clinician-Burnout Crisis. The New England Journal of Medicine 2018; 378: 312-4.
- [3] Sinsky C, Colligan L, Li L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in specialties. Annals of Internal Medicine 2016; 165: 753-60.
- [4] Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med 2017; 177: 195-205.

Parola d'Ordine

ENPAM: infortuni e malattia per i liberi professionisti

In febbraio 2019 è entrata in vigore la riforma per la tutela di infortuni e malattia di tutti i liberi professionisti indipendentemente dal reddito.

Tale tutela passa dall'Assistenza alla Previdenza. In termini pratici questo significa che da oggi, in caso di inabilità temporanea, l'indennizzo verrà garantito a tutti e non più solo a chi ha un reddito al di sotto di limiti stringenti.

Chi sarà costretto ad assentarsi dallo studio potrà contare su un'indennità pari all'80 per cento del reddito dichiarato ai fini della Quota B.

Potrà far domanda anche chi ha un fatturato alto: l'unico limite sarà sull'importo massimo dell'aiuto che si riceverà dall'Enpam (€ 167,11 al giorno).

Mentre quindi l'importo del sussidio massimo è più che raddoppiato rispetto a prima (era di € 80,00 al giorno), i tempi di carenza si sono dimezzati: si potrà ottenere la tutela a partire dal 31° giorno di malattia o infortunio anziché dal 61° come in passato.

La riforma dell'inabilità temporanea rientra tra gli obiettivi del Consiglio di amministrazione ENPAM che si è prefisso di tutelare i professionisti per facilitare la vita lavorativa.

Requisiti

Possono chiedere l'indennità gli iscritti che:

- hanno tre anni solari (1 gennaio-31 dicembre) di iscrizione e contribuzione alla gestione Quota B del Fondo di previdenza generale, di cui uno nell'anno che precede la malattia o l'infortunio;
- sono in regola con gli adempimenti dichiarativi e contributivi al Fondo di previdenza generale;
- sono diventati inabili in modo temporaneo e assoluto a causa di una malattia o di un infortunio per un periodo superiore a 30 giorni continuativi;
- hanno sospeso tutte le attività professionali (come liberi professionisti, convenzionati, dipendenti);
- non hanno compiuto 68 anni di età;
- non sono pensionati della gestione Quota B;
- non hanno presentato domanda di pensione per inabilità assoluta e permanente;
- non hanno diritto per lo stesso periodo all'indennità di maternità secondo il Decreto legislativo 151/2001;
- non hanno diritto per lo stesso periodo all'indennità di **gravidanza a rischio**.

L'indennità **spetta a partire dal 31° giorno** dalla data dell'infortunio o della malattia per un periodo massimo di 24 mesi (anche non continuativi nell'arco degli ultimi 48 mesi).

Per i liberi professionisti che versano con l'aliquota piena il sussidio è pari all'80 per cento del reddito dichiarato ai fini della Quota B fino a un massimo di 167 euro al giorno (l'importo è annualmente indicizzato).

Per gli iscritti che versano con l'aliquota ridotta il sussidio viene rideterminato tenendo conto della percentuale versata.

La domanda deve essere presentata decorsi 30 giorni e non oltre 60 giorni dall'insorgenza della malattia o dal verificarsi dell'infortunio, a condizione che persista lo stato di inabilità.

In caso di presentazione della domanda dopo il 60° giorno l'indennità decorre dal giorno successivo a quello di presentazione della domanda.

Documenti da allegare

È necessario presentare un **certificato medico in originale** rilasciato dal Servizio sanitario nazionale con:

- data di insorgenza della malattia;
- diagnosi;
- prognosi con l'indicazione dei giorni;

Se l'inabilità prosegue oltre i giorni indicati, il certificato medico deve essere inviato entro 15 giorni dalla data di scadenza della prognosi precedente. Se non viene rispettato questo termine l'indennità spetta dopo un nuovo periodo di carenza di 30 giorni.

La domanda, disponibile sul sito web dell'Enpam, si può inviare per posta, oppure via fax, oppure con Pec (*in caso di invio per Pec la domanda deve essere firmata e digitalizzata*) a:

Fondazione Enpam
Servizio Prestazioni,
Ufficio Inabilità temporanea Quota B
Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78
00185 Roma
fax: 06 482 946 58;
Pec: protocollo@pec.enpam.it

È necessario allegare la fotocopia del documento di identità.

Se si invia la domanda per fax o Pec, il certificato medico in originale va comunque spedito per posta.

In alternativa si può consegnare all'Ordine dei Medici a cui si è iscritti il quale provvederà alla spedizione della istanza in originale.

Attenzione: in caso di incapacità naturale del medico, la domanda può essere presentata e firmata anche da un congiunto o da un terzo. In caso di decesso dell'iscritto dopo la presentazione della domanda, l'indennità maturata e non riscossa dal sanitario compete al coniuge superstite o, in mancanza, ai figli. Non potranno essere accolte, invece, le domande sottoscritte dal coniuge superstite, dai figli o dagli eredi dopo il decesso del medico.

Anche il medico dipendente (o convenzionato), che versa anche i contributi alla Quota B per la libera professione ha diritto all'indennità di malattia Enpam. L'importo del sussidio viene determinato tenendo conto dell'aliquota versata sul reddito dichiarato ai fini della Quota B. Nel caso di importi inferiori a 40 centesimi al giorno, l'indennità non viene pagata.

Se l'attività professionale del sanitario viene sospesa **per più di 6 mesi continuativi**, si può chiedere **l'esonero dal versamento dei contributi di Quota A**. Per avere diritto all'esonero, però, la domanda per l'indennità di inabilità va presentata durante il periodo di sospensione dell'attività professionale.

Per informazioni rivolgersi a:

Servizio Accoglienza Telefonica ENPAM

tel. 06 4829 4829 – fax 06 4829 4444 –

email: sat@enpam.it (nei fax e nelle email

indicare sempre i recapiti telefonici) orari:

dal lunedì al giovedì ore 9,00-13,00 e 14.30-

17.00 venerdì ore 9,00-13,00 o in alternativa

all'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli**

Odontoiatri della provincia di Rimini

Focus sulla professione



di Emilio Rastelli

Crolli vertebrali osteoporotici: la vertebroplastica è il trattamento *gold standard*? Opinioni a confronto.

Sin dal 1984, la vertebroplastica è stata proposta con successo per stabilizzare grossi angiomi vertebrali, neoplasie primitive e metastasi vertebrali, in seguito la procedura si è diffusa per il

trattamento dei crolli vertebrali osteoporotici.

Gli Istituti Ortopedici Rizzoli applicano questo protocollo per eseguire la vertebroplastica:

- 1 - frattura recente da osteoporosi, dolente, refrattaria al trattamento medico
- 2 - lesioni tumorali primitive o secondarie dolorose (metastasi, linfomi, mielomi, angiomi).

Le più comuni forme di *vertebral augmentation* sono la vertebroplastica percutanea, in cui viene iniettato un cemento per rinforzare l'osso, e la cifoplastica a palloncino, in cui viene impiegato un palloncino per sollevare l'area compressa del rachide prima di inserire il cemento.

L'intervento viene eseguito dal radiologo interventista, previa anestesia locale, sotto guida TAC.

In Italia si verificano circa 100.000 nuove fratture vertebrali da compressione all'anno nei pazienti con osteoporosi, circa un terzo dei pazienti accusa intenso dolore che diminuisce nel tempo, in rari casi può persistere per mesi.

Il dolore migliora nell'arco di 40/60 giorni, risente dell'uso dei più comuni farmaci analgesici mentre sono inutili i Fans. I potenziali rischi della vertebroplastica e della cifoplastica a palloncino comprendono la fuoriuscita di cemento nei tessuti paravertebrali adiacenti ma anche effetti collaterali più gravi quali lo stravasamento del polimetilmetacrilato (PMMA) nel canale vertebrale con compressione midollare, o embolie polmonari.

Per quanto queste procedure facciano parte dell'assistenza *standard* per i pazienti con dolorose fratture spinali causate dall'osteoporosi, esse sono state introdotte nella pratica clinica prima che fossero disponibili evidenze di qualità elevata a dimostrarne sicurezza ed efficacia.

L'uso di routine della cosiddetta *vertebral augmentation* per il sollievo dal dolore a seguito di una frattura vertebrale è messo in dubbio dagli autori di uno studio commissionato dall'ASBMR (American Society for Bone and Mineral Research) ed effettuato sulla popolazione statunitense da Peter Ebeling della Minash University di Clayton, Australia.[1]

Dalla meta-analisi di cinque *trial* randomizzati e controllati è emerso che la vertebroplastica non

fornisce un significativo miglior controllo del dolore, e che non dovrebbe pertanto essere considerata una opzione di prima scelta. Infatti, dopo un iniziale beneficio di durata breve nella riduzione del dolore, a lungo termine non è stato riscontrato un miglioramento della sindrome dolorosa, né della qualità della vita al confronto con i soggetti di controllo.

Quindi secondo la revisione effettuata, la vertebroplastica non produce alcun miglioramento significativo del controllo del dolore rispetto al placebo e inoltre sono state riscontrate solo deboli evidenze dei benefici della cifoplastica, in un solo studio in cui questa procedura è stata paragonata al trattamento non chirurgico.

La prima procedura dunque non risulta efficace e la seconda andrebbe offerta soltanto nel contesto degli studi clinici.

Nel proporre questi trattamenti, i pazienti dovrebbero essere pienamente informati sulle evidenze e complicanze, ma nel frattempo è imperativo che i pazienti con recenti fratture vertebrali inizino un trattamento anti-osteoporotico, lo proseguano o lo modifichino se esso non risulta efficace poiché la terapia medica riduce del 40/70% il rischio di nuove fratture.

Dello stesso orientamento è il dott. Bart Clarke, M.D., Presidente della società americana per l'osso e salubrità dell'osso, professore di medicina alla clinica Mayo e co-autore di un editoriale pubblicato nel JBMR [2] in cui afferma che: "Finora, medici sono stati lasciati soli con la propria esperienza per determinare se queste procedure possono avvantaggiare i loro pazienti...".

Il Dott. Clarke ha aggiunto che al suo centro, alla clinica di Mayo, non eseguono normalmen-

te le procedure vertebrali di aumento a meno che il dolore di un paziente non fosse incontrollabile per più di 4-6 settimane. Il medico afferma anche che: "Abbiamo visto che con gli analgesici c'è un sollievo del dolore, i nostri pazienti migliorano spesso in circa 6 settimane."

Esiste anche una difformità di vedute fra gli autori circa la tempistica di esecuzione: alcuni eseguono la vertebroplastica in acuto mentre altri dopo 4/6 settimane, per cui un ulteriore dubbio assale il clinico.

Già negli anni scorsi erano comparsi lavori che mettevano in dubbio la reale utilità dell'intervento per le fratture osteoporotiche e come in ogni procedura medica il giudizio definitivo potrà aversi con il tempo e la revisione della letteratura.

I dati di questa revisione non hanno rivelato evidenze neanche dei benefici immediati dei tutori spinali volgarmente chiamati busti dopo una frattura vertebrale, per quanto alcune evidenze di bassa qualità abbiano suggerito che indossare un tutore per 2 ore al giorno per 6 mesi possa essere d'aiuto.

È stato invece dimostrato che l'esercizio può migliorare la mobilità e ridurre il dolore e la paura di cadere.

Bibliografia

- [1] Ebeling, P, Akesson, K, Bauer, D, et al. The efficacy and safety of vertebral augmentation: a second ASBMR Task Force Report. J Bone Miner Res. 2019; 34(1).
- [2] Bart L Clarke Sundeep Khosla: Is It Time to Stop (or Pause) Vertebral Augmentation? Journal of Bone and Mineral Research, Vol. 34, No. 1, January 2019, pp 1-2.



di Federico Menetti

Considerazioni sull'efficacia della vertebroplastica nelle fratture osteoporotiche.

Mi occupo da circa 10 anni di interventistica spinale e ho pertanto seguito con estremo interesse gli sviluppi della letteratura medica nel campo della *vertebral augmentation*. Questo termine anglosassone definisce le procedure attraverso cui si effettua un consolidamento della struttura vertebrale mediante l'iniezione di cemento ortopedico (una resina plastica denominata polimetilmetacrilato). L'iniezione può essere effettuata per via percutanea direttamente all'interno della vertebra attraverso aghi dedicati (Vertebroplastica) o previa la creazione di una cavità nell'osso mediante palloncini gonfiabili (Cifoplastica).

Varie sono le condizioni che possono essere trattate con queste tecniche. Se per le fratture su base patologica neoplastica e per le fratture evolute in osteonecrosi (m. di Kummel), vige un certo consenso sul beneficio della procedura, i dati sono più contrastanti per quanto riguarda le fratture osteoporotiche.

Nel corso degli ultimi dieci anni c'è stata un'importante evoluzione dell'evidenza scientifica sulla *vertebral augmentation* nel trattamento delle fratture vertebrali su base osteoporotica.

I primi studi prospettici usciti all'inizio degli anni 2000 indicavano un grosso beneficio in termini di riduzione del dolore e disabilità rispetto al trattamento conservativo. Diversi studi che analizzavano i dati dei registri sanitari nazionali evidenziarono un'importante riduzione della mortalità nei pazienti trattati con vertebroplastica. Questi risultati molto promettenti generarono ovviamente molto entusiasmo per questa tecnica, che fu utilizzata per alcuni anni in maniera indiscriminata senza effettuare alcuna selezione clinica, soprattutto negli Stati Uniti. Nel 2009, 2016 e nel 2017 furono pubblicati studi randomizzati in doppio cieco che confrontavano i risultati ottenuti in due gruppi di pazienti con fratture osteoporotiche: un gruppo veniva trattato con vertebroplastica mentre l'altro veniva sottoposto ad un intervento simulato, in cui il chirurgo dopo aver posizionato gli aghi iniettava un anestetico locale. In alcuni

di questi studi non sono state trovate differenze statisticamente significative nella riduzione del dolore in questi due gruppi. La critica che molti operatori hanno tuttavia mosso verso questi studi è che i pazienti non fossero stati selezionati in maniera adeguata, in molti casi infatti non è stato eseguito nessuno studio TC e/o RM, e inoltre sono stati inclusi pazienti con fratture cronicizzate.

Senza entrare ulteriormente nel merito delle critiche che possono essere mosse a tutti questi studi, continuiamo ricordando che diverse società mediche hanno esaminato la letteratura esistente e formulato le rispettive raccomandazioni, risultate assai variabili sulla base di diversi criteri interpretativi della letteratura disponibile. Si va dalla posizione vigente in Australia ad esempio, in cui il Medical Services Advisory Committee ha interrotto la copertura pubblica delle spese per la vertebroplastica nel 2011, al documento della National Institute Health Excellence in Inghilterra, che nel 2013 ha raccomandato la vertebroplastica e la cifoplastica come opzione nei pazienti con dolore severo causato da frattura vertebrale recente, concludendo che tali interventi riducono la mortalità dei pazienti trattati.

Negli Stati Uniti in un documento congiunto del 2014, varie importanti associazioni scientifiche tra cui l'American Association on Neurologic Surgeons e l'American Society of Neuroradiology hanno definito la *vertebral augmentation* come un valido trattamento nei pazienti con dolore e/o disabilità refrattari al trattamento medico. In ordine cronologico le più recenti (2017) sono le linee guida della società europea di radiologia interventistica e cardiovascolare (CIRSE), che consigliano tali procedure in casi selezionati. Proprio a queste ultime linee guida mi attengo nella mia attività clinica e chirurgica quotidiana. L'interpretazione della letteratura esistente e conseguentemente la formulazione di linee gui-

da è infatti estremamente difficoltosa, ogni tipo di studio clinico (prospettico, randomizzato, etc.) ha specifici punti di forza e limiti. Ricordiamo che la variabile che viene valutata è il dolore, che è un'esperienza individuale e pertanto difficilmente oggettivabile.

Ciò su cui vige un largo consenso – e che secondo me intende puntualizzare lo studio citato dal collega – è che queste procedure, che comunque hanno dei rischi, non vanno impiegate in maniera acritica e a tappeto su tutti i pazienti con frattura osteoporotica, bensì valutate caso per caso, con alcuni sottogruppi di pazienti che sono migliori candidati rispetto ad altri.

Tra questi ci sono soprattutto i pazienti con forte dolore invalidante e resistente alla terapia medica, i pazienti a rischio di allettamento, e gli anziani ospedalizzati; tali pazienti andrebbero trattati il prima possibile (idealmente entro sei settimane).

Dobbiamo inoltre considerare che nella pratica clinica quotidiana, l'alternativa a queste procedure è un trattamento conservativo, costituito eventualmente da busto ortopedico, oppiacei, limitazione dell'attività quotidiane e riposo a letto: tutti questi elementi hanno comunque uno specifico profilo di rischio soprattutto nei pazienti anziani o polipatologici, che va preso attentamente in considerazione.

La *vertebral augmentation* comporta sicuramente una mobilitazione più precoce e previene un ulteriore collasso della vertebra e quindi la progressione della deformità spinale, fattori importantissimi che supportano il beneficio in termini di morbi-mortalità della vertebroplastica. Mi preme inoltre ricordare che è imprescindibile, nei pazienti con fratture vertebrali osteoporotiche, fornire al più presto una terapia medica dell'osteoporosi per prevenire nuove fratture, il cui rischio aumentato di ben cinque volte successivamente alla prima.

Scuola di etica medica



di Massimo Montesi

Siamo giunti all'ottavo anno di attività della Scuola di Etica con i lusinghieri risultati che da più parti ci sono riconosciuti e con la soddisfazione di essere stati i capofila di un movimento che ha fatto nascere realtà simili alla nostra in numerosi ordini provinciali. L'interesse dei colleghi manifestato con la partecipazione ai corsi, con il rapido esaurimento dei posti disponibili, ci spinge a rinnovare il nostro impegno per offrire un "prodotto" di qualità. E la qualità in questo caso la fa, a nostro parere, la scelta degli argomenti da trattare e la competenza dei relatori. È importante, in un momento in cui i temi dell'etica e della bioetica sono al centro del dibattito culturale, offrire gli strumenti per poterli interpretare nella maniera migliore per poi calarli nella quotidiana attività professionale.

L'ottavo corso di Alta Specializzazione in Etica Medica che si terrà, come tutti gli anni, nel prossimo autunno ha un programma intenso e ritengo molto interessante centrato in parte sulle problematiche attuali ed emergenti e in parte sui grandi temi che da sempre mettono in discussione la nostra professione. È articolato su cinque moduli ai quali ci si può iscrivere separatamente e, come sempre, quaranta sono i posti a disposizione. Il primo modulo ha un titolo: "il linguaggio della medicina" che richiama il concetto del dialogo, della comunicazione e della relazione, elementi fondamentali nel percorso di avvicinamento ad una medicina veramente centrata sulla persona. Inaugureremo quindi con una *lectio magistralis* del prof. Sandro Spinsanti sul tema delle Medical Humanities.

Il secondo modulo si avvale di un *format* ormai consolidato in questi ultimi anni e verrà quindi aperto dalla proiezione di un film, per sottolineare ancora una volta il valore della narrazione nella comprensione delle più diverse situazioni cliniche. Il titolo che abbiamo scelto quest'anno è: "Fuocoammare", per la regia di Gianfranco Rosi al quale seguirà una riflessione guidata da un prestigioso interlocutore. Il titolo dell'intero modulo è "salute e diritti" e verranno esaminate le nuove povertà e le conseguenti disuguaglianze nelle modalità di accesso alle cure.

Un argomento di grande attualità verrà affrontato il 25 e 26 ottobre (terzo modulo). Il fenomeno delle dipendenze è forse sempre esistito ma in questi ultimi anni la sua diffusione ha subito una accelerazione ed una mutazione che potremmo definire di tipo

antropologico. Abbiamo chiesto ai nostri relatori di raccontarci queste nuove dipendenze che intervengono in età sempre più precoci veicolate dalla sofisticatissima tecnologia portatile. Una problematica della quale ancora conosciamo molto poco e sulla quale è assolutamente necessario riflettere e confrontarsi.

La prima parte del quarto modulo verrà dedicata ad uno dei temi principali sempre al centro del dibattito bioetico e dell'interesse della professione. Sul "fine vita" non smetteremo mai di interrogarci, senza peraltro trovare risposte esaustive. L'eutanasia, il suicidio assistito sono capitoli di un grande dibattito al quale vogliamo partecipare anche con il rischio di dividerci ed al quale il legislatore deve dare una risposta alla luce della sentenza della Corte costituzionale. La seconda parte di questo modulo è invece dedicata a una tavola rotonda sul "principio di responsabilità" declinato in tutti i suoi diversi aspetti ed elemento fondante, come ha sottolineato Hans Jonas, di una "etica per il futuro dell'uomo". Questo convegno verrà aperto a più partecipanti (80) e si terrà alla sala congressi SGR invece che nella sala dell'ordine dove inve-

ce saremo per tutti gli altri appuntamenti.

Da ultimo (22-23 novembre) il modulo che vuole esaminare i diversi aspetti della "organizzazione sanitaria". Il rapporto organizzazione-persona, il *burnout* del personale sanitario, la condizione femminile nei sistemi di cura e l'attualissimo problema della violenza nei confronti del personale medico.

Anche quest'anno l'impegno è stato massimo per cercare di confezionare una serie di incontri che possano essere stimolanti per ciascuno di coloro che vorranno partecipare. Speriamo di aver colto nel segno e di poter soddisfare le aspettative di tanti colleghi.

Vorrei alla fine di questa presentazione lanciare un appello a chi ci legge. A dicembre scadrà il mandato dell'attuale comitato scientifico della scuola (dopo due mandati e otto anni di attività) ed è assolutamente indispensabile che forze nuove con nuove sensibilità, si rendano disponibili a continuare questa attività, che rientra certamente nei compiti istituzionali dell'ordine, ma che presenta un enorme fascino oltre che ad essere strategica per il futuro della professione.

Storia della medicina



Notizie dalla Scuola di Storia della medicina

Inizia da questo numero de «Il Notiziario» una nuova rubrica interamente dedicata alla Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini. La Scuola, istituita nell'ottobre 2016, ha tra le sue principali finalità la sensibilizzazione degli iscritti all'Ordine alla storia della medicina, organizzando congressi, corsi, stages, seminari e laboratori, e diffondendo tali iniziative sia attraverso pubblicazioni cartacee sia utilizzando le tecnologie di comunicazione più moderne. A tale proposito sono già attivi un link sul sito internet dell'Ordine (www.omceo.rn.it) e una pagina Facebook ([www.facebook.com: Scuola di Storia della Medicina - Ordine dei Medici Rimini](http://www.facebook.com:Scuola di Storia della Medicina - Ordine dei Medici Rimini)) che invitiamo a visitare e a condividere.

In attesa di una pagina internet maggiormente strutturata ed esaustiva (su cui stiamo lavorando), si è deciso – in accordo con il Comitato di redazione de «Il Notiziario» – di aggiungere alla pubblicazione periodica dell'Ordine questa nuova rubrica: in occasione degli ultimi eventi organizzati molti infatti sono stati i Colleghi che hanno chiesto un collegamento più continuo con le attività della Scuola di Storia della medicina. Il testo di questa rubrica sarà inoltre pubblicato sul sito dell'Ordine come *Newsletter* e diffuso tramite posta elettronica a tutti gli interessati.



È stato pubblicato lo scorso novembre – per i tipi dell'editore Pazzini di Verucchio – il primo numero dei «Quaderni della Scuola di Storia della medicina», che costituisce pertanto l'esordio “editoriale” della Scuola e che contiene gli Atti del convegno *Tra scienza ed empirismo: Nicola Gambetti di Monterotondo (1832-1921) e la medicina popolare nel Montefeltro*, organizzato a Novafeltria il 16 settembre 2017. Oltre ai testi dei tre relatori intervenuti (*Guaritori e guaritrici in Romagna e nel Montefeltro* di Giancarlo Cerasoli, *La vita e le ricette di Nicola Gambetti* di Bruno Berardi e *La psicologia della cura* di Laura Travaglini), esso contiene anche un inedito saggio dello stesso Cerasoli – uno dei maggiori esperti di medicina popolare italiana fra Ottocento e Novecento – su due romanzi del Novecento, nelle cui pagine è ricordata la misteriosa figura di Nicola Gambetti, guaritore e “stregone” attivo a cavallo di due secoli fra Romagna, Marche e Toscana. Il Quaderno è stato inviato a numerose biblioteche del territorio (e non



solo); chi fosse interessato ad averne una copia può farne richiesta inviando una mail alla Segreteria dell'Ordine (info@omceo.rn.it).

Si sono concluse lo scorso 30 marzo – con grande partecipazione di pubblico e di Colleghi – le tre lezioni dedicate a *Le grandi epidemie nella storia della medicina*. Le lezioni si sono tenute nella prestigiosa cornice della Sala del Giudizio del Museo della Città “Luigi Tonini” di Rimini e hanno trattato temi di grande interesse storico ma anche di estrema attualità. In ordine cronologico “inverso” hanno parlato di colera Giancarlo Cerasoli (che ha sostituito *in extremis* la professoressa Eugenia Tognotti, presentandone comunque la relazione), di vaiolo Francesca Vannozzi e di peste Tommaso Duranti.

In attesa della pubblicazione dei tre testi (che avverrà nel secondo Quaderno della Scuola), indichiamo alcune opere di riferimento per chi volesse fin d'ora approfondire gli argomenti. Sul colera resta fondamentale il volume di Eugenia Tognotti *Il mostro asiatico. Storia del colera*

in Italia (Roma-Bari, Laterza, 2000); per le varie realtà regionali (fra le quali la Romagna) si rimanda ai tre volumi su *La geografia delle epidemie di colera in Italia. Considerazioni storiche e medico-sociali*, curati da Antonio Tagarelli e Anna Piro (Mangone – CS, Istituto di Scienze Neurologiche – CNR, 2002). Per il vaiolo Francesca Vannozzi ha sviluppato un suo precedente saggio su *La “questione dell'innesto de' vajuoli” ovvero la lotta contro il “veleno varioloso”* pubblicato nel catalogo della mostra *Siena la città laboratorio. Dall'innesto del vajuolo ad Albert Sabin*, da lei curato (Siena, Protagon, 1999); sempre per una declinazione regionale dell'argomento si vedano i quattro volumi su *Il vaiolo e la vaccinazione in Italia*, curati da Antonio Tagarelli, Anna Piro e Walter Pasini (s.l., CNR – Istituto di Scienze Neurologiche, World Health Organization – Collaborating Centre for Travel Medicine, 2004). Sulla peste nel Medioevo si rimanda a Girolamo Manfredi, *Tractatus de la pestilentia*. *Tractatus de peste*, edizione critica curata da Tommaso Duranti (Bologna, CLUEB, 2008).



Nella riunione del 30 maggio 2018 il Comitato scientifico della Scuola ha deciso di istituire un elenco di “Collaboratori affiliati” alla Scuola di Storia della medicina. In esso vengono inseriti studiosi di storia della medicina adeguatamente referenziati che desiderano presentare e pubblicare le loro ricerche con l'affiliazione della Scuola.

Il primo di questi collaboratori è la dottoressa Elena Varotto, bioarcheologa, antropologa fisica e forense, membro affiliato del Dipartimento di Scienze Umanistiche

(DISUM) dell'Università di Catania e Vice-Direttore del FAPAB Research Center (Avola – SR). Elena Varotto ha lavorato presso la Scuola Medica dell'Università di Pisa e ha al suo attivo lo studio di centinaia di scheletri antichi e moderni dallo scavo al laboratorio, provenienti da diversi contesti storici e geografici. Inoltre, come Consulente Tecnico d'Ufficio per la Procura della Repubblica Italiana, in qualità di esperto antropologo forense incaricato, si è occupata del riconoscimento di cadaveri scomparsi e di identificazione biologica personale.

Tra le sue più recenti pubblicazioni la descrizione di un caso di osteoma osteoide del seno frontale in uno scheletro tardo-romano, sino a quel momento ignoto in antico in quel distretto anatomico (Craniofac Surg 2019, in press), e l'identificazione di un caso di poliomielite in una pittura vascolare del Museo Nazionale Etrusco di Villa Giulia (Neurology 2019; 92: 678-679).

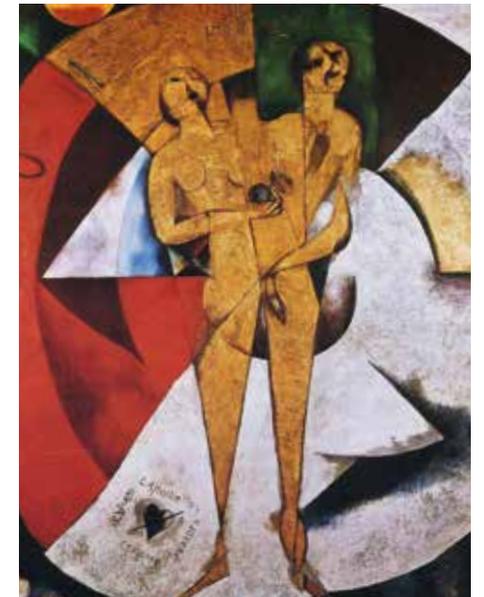
Stefano De Carolis

Medicina di genere

**“La medicina di genere: una medicina su misura”
Un’area di studio con molte sorprese che apre
a problematiche finora assai poco indagate**

Grande interesse per l'attività scientifica del Centro di Formazione Medicina di Genere che sabato 16 marzo ha organizzato il secondo incontro formativo 2019 su “Autoimmunità: solo una questione femminile?” coordinato da Loreley Bianconi.

In una sala stracolma e attenta, Elena Ortona, immunologa dell'ISS, ha tratteggiato gli elementi essenziali, al momento noti, della galassia autoimmunità. Infatti l'eziologia delle malattie autoimmuni è ancora parzialmente sconosciuta ma le prove disponibili indicano un'interazione fra fattori genetici, epigenetici e ormonali, nonché con altri fattori modificabili come il microbiota intestinale, lo stile di vita e l'ambiente. Fattori che sono espressi e hanno peso diverso a seconda del genere. Particolare risalto al Lupus eritematosus, che colpisce due volte di più la donna rispetto all'uomo, in gran parte per effetto degli estrogeni mediante interazione con i recettori alfa che determinano un'aumentata risposta autoanticorpale.



Vanessa Agostini (Direttore dell'U.O. Immunoematologia e Medicina trasfusionale Cesena, Forlì/Officina trasfusionale, Coordinatrice Sistema Sangue e Plasma Romagna), parlando di 'Citopenie autoimmuni in un'ottica di genere' ha delineato i passaggi nella diagnostica e terapia delle anemie emolitiche e delle trombocitopenie immuno-mediate. Ricordando che, oltre al trattamento con farmaci immunosoppressori (di I e II linea in base al tipo di autoanticorpo rilevato: corticosteroidi, rituximab, azatioprina, ciclosporina, danazolo) e all'eventuale necessità di splenectomia, occorre la supplementazione con acido folico in base alle caratteristiche del paziente e al tipo e durata del trattamento, abbinando farmaci per la prevenzione sia del tromboembolismo venoso (eparina a basso peso molecolare) che dell'osteoporosi (calcio + vitamina D/bifosfonati) che della patologia peptica (inibitori di pompa protonica).

Riccardo Jonata Gheri ha parlato di “Tiroide e gravidanza” esordendo con lo slogan “Tiroide è donna”, visto che l'incidenza è di 15 a 1 tra femmine e maschi per il gozzo; di 3,2 a 1 per il tumore diff.; e per le tiroiditi autoimmuni tra 5 e 15% nelle donne contro l'1-5% nei maschi. Per non parlare

della tiroidite post-partum che si presenta in 1 caso su 9.

Poiché spesso l'ipotiroidismo è subclinico, è importante somministrare integratori a base di iodio se necessario. L'ipotiroidismo in gravidanza infatti si associa ad aumento di aborti spontanei, di problemi di sviluppo del SNC del feto e di neonati sottopeso. Inoltre deficit intellettivi, cretinismo, ma anche deficit di attenzione e iperattività nel bambino possono essere conseguenza di un difetto di iodio in gravidanza. Sono anche importanti le raccomandazioni alimentari per la futura mamma: non esagerare in alimenti gozzigeni come brassicacee e cavolo; alimentazione ricca di uova, latticini, pesce; poche rape, noci, cipolle; aumentare carni, aglio, spinaci che contengono selenio; evitare la soia che entra in competizione con la tirosina e con gli ormoni tiroidei.

Angelo Corvetta ha poi parlato degli aspetti diagnostici delle malattie reumatiche autoimmuni con particolare rilievo alla sindrome da anticorpi antifosfolipidi, all'artrite reumatoide e alle connettiviti/vasculiti, correlando i dati clinici-diagnostici con un'esautiva iconografia. Alcuni degli elementi salienti:

- la sindrome da anticorpi antifosfolipidi è la causa più frequente di trombofilia acquisita specie nel giovane adulto e l'immunità antifosfolipidica isolata non è in grado da sola di determinare gli eventi trombotici ma necessita di un innesco della cascata della coagulazione;
- nella diagnosi dell'artrite reumatoide il laboratorio viene in aiuto non solo con la ricerca del fattore reumatoide (di bassa specificità) ma anche dell'anticorpo anti citrullina che dimostra una buona sensibilità (75% delle AR) e un'ottima specificità (95% della AR);
- infine tra le vasculiti, la sindrome di Churg-Strauss ha una grande variabilità di manifestazioni cliniche non sempre immediatamente correlabili (anche qui sono positivi gli anticorpi pANCA).

Ha concluso i lavori la dr.ssa Alessandra Bezzi con una interessantissima relazione sulla terapia delle malattie reumatiche autoimmuni, sottolineando in partenza come nella donna esistano diversità nel metabolismo e nella *clearance* dei farmaci rispetto all'uomo. Diversità dipendenti da fattori ormonali che non sono state sistematicamente ricercate negli studi sui singoli farmaci, spesso composti da soli volontari maschi. È infatti recente (1993) l'abolizione del divieto di testare i farmaci nelle donne in età fertile da parte della FDA.

Non esiste al momento una terapia differenziata per genere nelle malattie reumatiche autoimmuni anche se le donne mostrano differenze di risposta. Ad es. nell'artrite reumatoide, le donne – pur trattate con uguale aggressività e tempestività rispetto ai maschi – raggiungono più difficilmente la remissione della malattia; nelle donne, specie in epoca post-menopausale, sono più frequenti gli eventi avversi; inoltre, sempre nella donna sia in età fertile che menopausale, occorre una personalizzazione del trattamento, valutando attentamente i rischi in quanto a fertilità e teratogenicità nel primo caso e rischio di eventi avversi nel secondo.

Antonella Chiadini



di Laura Baffoni

Dalla letteratura scientifica.
Focus su: *Sex-specific considerations in guidelines generation and application*
Tannenbaum e al, *Canadian Journal of Cardiology*, 2019

Una medicina personalizzata deve essere l'obiettivo a cui tendere sia nella ricerca sia nella pratica clinica attuale e le linee guida dovrebbero rispondere a questa necessità. È ormai noto come esistano differenze tra i sessi nella sintomatologia (ad es. dell'infarto miocardico), nella suscettibilità alle infezioni, nei valori degli esami di laboratorio (ad es. la troponina), nella capacità predittiva di malattia di alcuni test (come la positività del sangue occulto fecale nelle neoplasie del colon), nella risposta alla terapia (ad es. l'efficacia degli anticorpi monoclonali bloccanti i *checkpoint* immunitari nel melanoma e nel tumore del polmone non a piccole cellule), nella comparsa di reazioni avverse ai farmaci. Poiché sesso e genere modificano il peso dei fattori di rischio, i meccanismi influenzanti lo sviluppo di una patologia e la risposta alla terapia, le **linee guida dovrebbero essere costruite su evidenze specifiche per sesso e genere**. Questo articolo focalizza l'attenzione sul peso del sesso biologico nelle linee-guida riportando, ad esempio esplicativo, come vari il peso delle raccomandazioni a seconda che si considerino i maschi o le femmine, sull'indicazione allo screening per la ricerca dell'aneurisma dell'aorta addominale nelle cure primarie suggerito dal *Canadian Task Force on Preventive Health Care*:

- 1 - è indicato lo screening una tantum per la ricerca di aneurisma dell'aorta addominale (AAA) tramite ecografia dell'addome nei maschi di età compresa fra 65 e 80 anni (*livello di raccomandazione DEBOLE, qualità dell'evidenza MODERATA*)
- 2 - non è indicato lo screening tramite ecografia per la ricerca di AAA negli uomini di età superiore a 80 anni (*livello di raccomandazione DEBOLE, qualità dell'evidenza BASSA*)
- 3 - non è indicato lo screening per la ricerca di AAA nelle donne di qualsiasi età (*livello di raccomandazione FORTE, qualità dell'evidenza MOLTO BASSA*)

Gli Autori suggeriscono l'impiego di un *framework* per valutare se la linea-guida in oggetto sia stata sviluppata tenendo conto delle differenze sesso-specifiche. Tutte le volte che il sesso può essere rilevante occorre valutare se sia stata predisposta una strategia di ricerca specifica per identificare evidenze sesso-relate, se fra i redattori della linea guida vi siano degli esperti in medicina di genere, se negli studi analizzati ambedue i sessi siano adeguatamente rappresentati e se i risultati siano stati correttamente disaggregati in base al sesso.

Riguardo alla rappresentatività occorre tener conto della prevalenza della patologia nella popolazio-

ne e viene misurata dal PPR (participation to prevalence ratio) che, se maggiore di 0.8, elimina la possibilità di bias legati all'arruolamento. Infine l'analisi disaggregata per sesso dei dati di efficacia e tollerabilità dei farmaci è spesso limitata dal fatto che si tratta di analisi post-hoc suscettibili di bias. Infatti, se gli studi non sono disegnati per mettere in evidenza possibili differenze fra i sessi, i risultati spesso non hanno una sufficiente potenza statistica e quindi non bastano per sostenere le raccomandazioni delle linee-guida. Tuttavia la disponibilità di dati disaggregati, anche se non statisticamente significativi di per sé, potrebbe comunque consentire l'effettuazione di meta-analisi sulle differenze sesso-specifiche.

In conclusione gli Autori descrivono le modalità per sviluppare linee-guida sesso-specifiche, ma quando i dati non siano sufficienti per produrre raccomandazioni separate per sesso, auspicano che ciò venga dichiarato, al fine di incentivare la ricerca per raggiungere una medicina sempre più personalizzata.

Appuntamento al prossimo numero per il resoconto del terzo incontro di aggiornamento (11 maggio) dal titolo "Che 'genere' di cervello?".

Che "genere" di cervello?

Sabato 11 maggio 2019

Sala "Acqua" Centro Congressi SGR - Via Chiabrera, 34 - Rimini

<p>8.00-8.10 Registrazione dei partecipanti ai fini ECM</p>	<p>10.30-11.30 Differenze di genere nelle dipendenze patologiche <i>Liana Fattore - Neurofarmacologa, CNR, Istituto di Neuroscienze, Sede di Cagliari</i></p>
<p>8.10-8.30 Saluti di Maurizio Grossi <i>Presidente OMCeO Rimini</i></p> <p>Introduzione e moderazione <i>Loreley Bianconi - Coordinatore Centro di Formazione Medicina di Genere OMCeO Rimini</i></p>	<p>11.30-12.30 Cervelli spiritosi: studio osservazionale condotto presso il Centro Alcol di Rimini <i>Maria Caterina Staccioli - Medico Psicoterapeuta, Rimini AUSL della Romagna</i> <i>Teo Vignoli - Medico Alcolologo SERT Lugo AUSL della Romagna</i></p>
<p>8.30-9.30 Le differenze di genere nella cura del disagio psichico <i>Cosimo Argentieri - Psichiatra, Neomesia Mental Health</i></p>	<p>12.30-13.30 Maschile e Femminile: corpo, mente, "anima" <i>Alessandro Meluzzi - Psichiatra Psicoterapeuta - Psicologo</i></p>
<p>9.30-10.30 Le differenze di genere nelle demenze: riflessioni ed evidenze <i>Stefano De Carolis - Geriatra, Rimini AUSL della Romagna</i></p>	<p>13.30-14.00 Questionario di apprendimento ai fini ECM</p>

La partecipazione al corso è gratuita e sono stati richiesti i crediti ECM ministeriali riservati a n. 100 medici chirurghi e odontoiatri. La richiesta di iscrizione va inoltrata via mail info@omceo.rn.it o telefonando alla segreteria dell'Ordine: tel. 0541.382144 - www.omceo.rn.it



Recensioni

Quando la vita ti viene a trovare



Lucrezio, Seneca e noi
di Ivano Dionigi
2018. Editori Laterza

Il professor Ivano Dionigi, latinista insigne, già Magnifico Rettore dell'Alma Mater Studiorum-Università di Bologna, non dovrebbe avere bisogno di presentazione per i nostri iscritti che hanno potuto ascoltarlo in due *lectio magistralis* inserite in altrettanti eventi del nostro Ordine: la *Quarta giornata del medico e dell'odontoiatra* nel 2013 e la Scuola di Etica medica nel 2018.

Quando la vita ti viene a trovare è a sua volta una sorta di *lectio magistralis* in cui sono messe a confronto due visioni del mondo che possono a ragione definirsi opposte ma che, giunto all'ultima

pagina del libro, preferisco definire "diverse" perché sebbene antitetiche nelle premesse trovano, anche grazie a qualche contraddizione tra la professione filosofica e la pratica di vita dei protagonisti, non solo antitesi ma anche più di un punto di contatto.

L'autore fa incontrare lo stoico Seneca (Lucio Anneo Seneca 4 a.C. - 65 d.C.) e l'epicureo Lucrezio (Tito Lucrezio Caro 94 a.C. - 50 o 54 a.C.), in un dialogo che nella realtà non avrebbe mai potuto svolgersi non essendo i due coevi e mette a confronto le due opposte concezioni di vita a partire da quella che definisce "la domanda delle domande": «Qual è la vita migliore? Quale il *bios ideale*?». E, di conseguenza: «Che cosa rende l'uomo felice?».

La vita attiva o politica, la scelta dell'impegno (*negotium*) e dell'azione sostenuta dallo Stoicismo o quella del ritiro (*otium*) e della contemplazione propria dell'Epicureismo?

Sappiamo che a Roma prevarrà la prima, facendo degli Epicurei - che professavano la scelta della via contemplativa come univoca, assoluta e totalizzante e mettevano così in discussione politica e religione come caposaldi della vita pubblica romana - degli eretici rispetto al pensiero dominante. Forse anche per questo i due autori conobbero diverso destino nella considerazione dei contemporanei e nella memoria dei posteri. Tanto noto e tramandato Seneca, quanto colpito da una sorta di congiura del silenzio Lucrezio, di cui nell'antichità si apprezzò lo stile linguistico-espressivo del poeta, ma non una parola o quasi sul contenuto e che resterà poco più che un nome per tutto il Medioevo, fino alla riscoperta nel 1417 ad opera dell'umanista Poggio Bracciolini.

In questo diverso percorso di memoria, è curioso il fatto che entrambi siano stati piegati anche a interpretazioni quantomeno equivocate, se non addirittura faziose, del rispettivo pensiero.

Lucrezio visto come una sorta di marxista *ante litteram*, teso ad affrancare il popolo dall'alienazione politico-religiosa (la religione negata in quanto frutto della paura e dell'ignoranza), oltre che come poeta "maledetto" e in contraddizione con sé stesso per essersi suicidato - cosa peraltro tutt'altro che dimostrata - per amore, nonostante dichiarasse questo sentimento "*di segno nega-*

tivo perché obnubila la ragione (...) e pregiudica l'imperturbabilità" che è, nel pensiero di Epicuro, il vero valore da perseguire.

Seneca, che non nega Dio ma se ne costruisce uno tutto interiore e non rinnega la religione comunque funzionale alla stabilità dello Stato, finirà a sua volta addirittura arruolato fra i santi dai Padri della Chiesa, col sostegno di un epistolario con Paolo di Tarso, generalmente ritenuto apocrifo e di una inverosimile conversione al Cristianesimo.

L'incontro "impossibile", scritto dal professor Dionigi, restituisce invece due autori dal pensiero forte, "simboli e paradigmi di due concezioni e tradizioni rivali del mondo" che si incontrano e si confrontano in un dialogo in cui la parola e la ragione (*logos*) dell'uno incrociano e attraversano (*día-*) quella dell'altro. A me ha fatto tornare alla mente alcune affermazioni che il prof. Dionigi fece in quella, per me memorabile, *lectio* del 2013 e che, recuperando i miei appunti di allora, posso sintetizzare così: i classici ci aiutano a pensare bene, essi ci hanno insegnato il pensiero plurale. Il mondo classico è abitato non da un pensiero unico e limitante bensì dalla pluralità di concezioni rivali del mondo.

Nella loro diversità rispetto al nostro presente, nel loro non essere effimeri – affermava l'allora Magnifico Rettore – rappresentano anche una resistenza e un antidoto etico al "video-analfabetismo" del presente. Se letti senza il pregiudizio e le strumentalizzazioni che li hanno identificati come cultura delle classi dominanti, non sono strumenti a difesa del potere, ma strumenti di difesa dal potere. Oggi, che dobbiamo confrontarci con culture altre, l'educazione a un pensiero plurale ci aiuta a essere inclusivi: *et... et* e non *aut... aut* o, peggio ancora, *nec... nec*.

Mauro Giovanardi

Medici e padelle



Marianna e Roberto Balducci

J anvùd dla Marianna

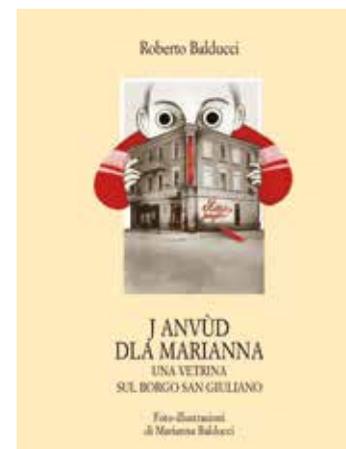
"J anvùd dla Marianna. Una vetrina sul borgo San Giuliano" è la storia dell'ultimo ristorante storico riminese sopravvissuto ai nostri giorni che, insieme col "Giardino da Bruno", "la Vecchia Rimini", il ristorante "da Nello" e la "Trattoria Colombo" ha contribuito a diffondere la cucina di pesce di Rimini fra i *gourmet* di tutta Italia e ha fatto da apripista al "Lurido" e a tutti gli altri ristoranti riminesi di oggi.

Racconta le vicende della fondatrice Marianna Domeniconi, *l'azdora* per eccellenza della trattoria, di suo marito Guglielmo Morri e delle due figlie, Cornelia e Aldina, artefici principali delle fortune del ristorante nel dopoguerra e negli anni del boom economico italiano. Le vicende vengono narrate dal nipote Roberto Balducci, medico ospedaliero, e illustrate da sua figlia Marianna Balducci, apprezzata illustratrice che, contaminando vecchie foto di famiglia col suo segno incisivo e fantasioso, ha condito l'album di famiglia con leggerezza e ironia.

"J anvùd dla Marianna" non è dunque un libro di ricette culinarie, bensì la narrazione della storia della famiglia dell'autore che si intreccia con quella dei numerosi personaggi che hanno ruotato, dai primi del Novecento agli anni Sessanta del secolo scorso, attorno alla trattoria. Personaggi semplici e strampalati del borgo San Giuliano, piccoli per la storia, ma a volte eroici nelle loro

vicissitudini, clienti celebri, del mondo dello sport (come il leggendario campione europeo dei pesi massimi Francesco Cavicchi), del mondo dello spettacolo (come il mai dimenticato Fred Buscaglione), della politica, camionisti e viaggiatori, italiani e stranieri, cameriere e cuoche del ristorante, le cui esistenze si sono intrecciate contribuendo a dipingere un affresco articolato e complesso della cronaca e della storia del Borgo e della città. Tutto inizia attraverso i ricordi filtrati dagli occhi di un bambino di sette anni: l'autore Roberto Balducci, il piccolo Roby, si ritrova catapultato attraverso una sorta di *stargate* emozionale nei primi anni '50 del secolo scorso, nel mondo della sua infanzia, seduto su una vecchia *scarana* di paglia, "di quelle che aggiustava *la Pireta*" (leggendaria impagliatrice di sedie del vecchio borgo), con i gomiti appoggiati svogliatamente su un tavolone di legno grezzo di una vecchia osteria, intento a fare i primi compiti della scuola elementare, attorniato dagli strani e affascinanti clienti di quell'angolo della "Trattoria Marianna".

Come narra l'autore "... proprio un angolo di una vecchia osteria-cantina riminese del primo Novecento. Erano gli anni Cinquanta, ma l'atmosfera era più datata, piena di fumo, odori intensi di tabacco da sigaro, il toscano, e da pipa, miasmi di vino, odori proletari e antichi che si sovrapponevano a quelli più gentili e borghesi, più profumati, che giungevano dalla cucina della trattoria." Ecco allora che questi personaggi iniziano a raccontare le storie affascinanti dei loro tempi. Per il piccolo Roby è come trovarsi seduto sulle dure sedie del vecchio cinema Fulgor, a godersi le vicen-





de fantastiche di quegli avvenimenti così lontani dal suo tempo. Ci si immerge in quell'atmosfera di ricordi e di sogni, ci si ritrova a vivere *la fiumana*, la fiumana del 1910 che sommerse il Borgo e tutta Rimini, oppure si è a bordo del piroscampo Europa, durante il 1913, assieme agli emigranti e ai loro sogni, in viaggio verso l'America, o ancora si è catapultati nella dimensione rovente e passionale della "Settimana Rossa" (7-14 giugno, 1914), quando in una Rimini, già affollata di bagnanti, sembrò dilagare la rivoluzione proletaria. Sfilano i vecchi personaggi del borgo, intenti a raccontare i fatti vissuti, aiutandosi magari con un bel bicchiere di sangiovese in mano: *la Paca*, *la Rosina de'pont*, *Cadinòn*, *Mario Hombre*, *Bighin* che raccoglieva i rifiuti organici passando nei poveri vicoli sul carro, affrettando gli "utenti" a svuotare i vasi da notte nella sua botte. Scorrono come in una vecchia pellicola tanti personaggi buffi e tragici, *Bisigna*, il falegname bizzarro, che fabbricava casse da morto e ci dormiva dentro, *Mario d'la benda* formidabile suonatore errante di bano e mandolino, don *Pisizza* l'arciprete, *Dinein* e *Damo* piccoli "murè" (così si chiamavano i bambini imbarcati sulle barche da pesca già a otto o nove anni), i fiaccheristi coi loro cavalli e poi ancora una serie infinita di umanità che ha ispirato Fellini nei suoi capolavori cinematografici.

La Trattoria Marianna è stata davvero una vetrina sul borgo e su Rimini. Lì davanti passava la circonvallazione dove fluivano le rotte dei camionisti di tutta Italia, da sud a nord e viceversa. Si poteva godere lo spettacolo di grandi avvenimenti sportivi dal

Giro d'Italia alle Mille Miglia. Ma anche i grandi funerali che hanno segnato la storia di Rimini. Accanto ai ricordi legati al disastroso terremoto del 1916, riaffiorano i racconti della guerra '15-'18, del sorgere del fascismo col delitto Platania, vicenda quest'ultima molto legata alla storia della famiglia del piccolo Roby. E poi gli avvenimenti più lievi legati alla vita tra le due Guerre, il triste momento dello sfollamento e dell'ultima guerra con i suoi bombardamenti. La ricostruzione, materiale e morale. La vita negli anni Cinquanta. Le grandi fogheracce, le piccole bande, i giochi di strada, la marina e così via... Un po' si sorride un po' si piange, ma sempre con garbo ed ironia. Come dice Marianna, figlia dell'autore e illustratrice di questo libro: "Ci auguriamo che i lettori accolgano questa testimonianza con lo stesso affetto e la disponibilità con cui ci si metteva fuori dalla porta, nel borgo di qualche decennio fa, ad ascoltare seduti intorno al fuoco una bella storia in cui magari finisce che conosci pure qualcuno o che ci sei dentro anche tu."

Semiseria... mente



di Saverino La Placa

Indovinello

"Se buttiamo una moneta da 1 Euro in aria per 6 volte consecutive e ogni volta esce testa e poi la buttiamo ancora un'altra volta, quante probabilità ci sono che esca ancora testa?"

Gioco con numeri

Nelle caselle bianche vanno inseriti i numeri da 1 a 9 senza ripetizioni. Le operazioni si eseguono nell'ordine in cui si presentano e i risultati devono essere quelli indicati alla fine di ogni riga o colonna.

		x		x			=27
	+		+		+		
		+		+			=17
	+		+		x		
		x		x			=80
	= 7		=23		=50		

Rebus

REBUS (6, 8)

Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

Soluzioni dei giochi del numero precedente:

Spiegazione dell'indovinello: **Ancora**.

Spiegazione del rebus: "Bolle" "T" "tino" "mete" "orologi" "co" (**Bollettino Meteorologico**)

Spiegazione del gioco con numeri: **80 (x-1/4x-1/5x+180 = 224)**.

Pillole e cavilli

La medicina, il diritto e il suo rovescio



di Mario Bartolomei

Big data, A.I. e telemedicina. Diagnosi, cura e digitalizzazione del diritto.

Una *task force* formata da 14 *authorities* nazionali del farmaco ha recentemente pubblicato una serie di raccomandazioni per una migliore comprensione dei criteri di *acceptability* delle informazioni derivanti dai c.d. *big data* (HMA-EMA Joint Big Data Taskforce. Summary report, 13 febbraio 2019). Entro il 15 aprile 2019, i portatori di interessi e qualsiasi privato sono invitati a presentare commenti al documento, che saranno presi in considerazione per una seconda fase di approfondimento, volta a stabilire, secondo una scala di priorità, le prossime indispensabili azioni da intraprendere. Pur non essendoci consenso sulla definizione di *big data*, la relazione in commento ne propone una piuttosto articolata: ai fini posti dalla Taskforce, per *big data* si intendono “basi di dati (*dataset*) estremamente grandi, che possono essere complessi, multi-dimensionali, non strutturati ed eterogenei, suscettibili di accumularsi rapidamente e di essere analizzati ricorrendo a processi di calcolo matematico per rivelare *pattern*, *trend* e associazioni”. Pertanto, i dati provenienti da un singolo paziente, ad esempio relativi all’andamento della pressione arteriosa sistemica nelle 24 ore, non possono essere considerati *big data*, poiché non sufficientemente complessi da analizzare, sotto il profilo dimensionale e qualitativo, con competenze specialistiche e con strumenti di intelligenza artificiale (o A.I.).

La realtà dei *big data* non interessa soltanto l’ambito della farmacovigilanza, ma tutte le attività mediche che hanno a che fare con diagnosi e cura. Infatti, l’analisi dei *big data* è resa possibile grazie al ricorso a particolari *software* di A.I., basati soprattutto su processi di c.d. *deep learning*, ma anche di c.d. *machine learning*, capaci di riconoscere schemi ripetitivi in particolari basi di dati, come quelli genetici, e capaci di auto-aggiornamento se non di auto-apprendimento. È il caso, ad esempio, del programma Watson for Genomics della IBM, un sistema *cloud-based*, che ricorre agli approcci della biologia computazionale per analizzare il genoma di pazienti con patologia oncologica, al fine di predire i possibili meccanismi di malattia e la loro interazione con i farmaci, di scegliere la terapia in apparenza più efficace, passando in rassegna migliaia di studi pubblicati, e di selezionare infine i pazienti eligibili a specifici *trial* clinici.

Dunque, volendo semplificare e sintetizzare una tematica peraltro complessa, il perimetro inte-

ressato dai *big data* e dalla loro analisi è parzialmente sovrapponibile all’area coperta da una nozione quanto più estesa possibile di “telemedicina”¹, tutte le volte in cui, in entrambi gli ambiti, la medicina si accompagna all’ausilio delle *telecomunicazioni* e dell’*Information Technology*. Anche l’aggiornamento professionale ne fa parte.

Il pianeta dei *big data* e la telemedicina comportano un cambiamento di paradigma, in quanto permettono al paziente, o al medico, di non doversi necessariamente spostare, dal momento che è l’informazione stessa che lo fa al posto loro. I vantaggi offerti, perlomeno in teoria, sono quelli di un servizio sanitario tecnicamente di alta qualità e a costi di gestione più bassi. Ciò dovrebbe consentire di superare l’iniqua distribuzione territoriale delle prestazioni sanitarie, in particolare di quelle specialistiche. Il paziente potrebbe inoltre risparmiare parte del costo sociale della patologia (e.g., tempi di attesa, spostamenti) e, in taluni casi, ove possibile, essere responsabilizzato in termini di *self-management*, con migliore aderenza alla terapia intrapresa.

Tuttavia, nella maggior parte dei casi, le nuove tecnologie (tra cui sono annoverabili i farmaci innovativi, le procedure interventistiche, le procedure chirurgiche, comprendenti anche la chirurgia robotica, i dispositivi indossabili o impiantabili, i meccanismi di supporto, la medicina di precisione), che sono state implementate e potenziate appunto dai *big data* e dalla telemedicina, non hanno al momento dimostrato un impatto positivo sulla sostenibilità delle prestazioni, poiché ci si è semplicemente limitati ad ampliare il volume dei servizi offerti, senza sostituire quelli preesistenti.

Allo stesso tempo, la diffusione della tecnologia e del *Web 2.0* pone problemi medico-legali non secondari. In primo luogo, questioni attinenti la sicurezza dei dati e la tutela della *privacy*, la validità di acquisizione del consenso informato, nonché l’applicabilità dell’istituto del segreto professionale anche ad operatori tecnici che abbiano accesso ai dati sanitari. In secondo luogo, tutte le prestazioni che utilizzino un *medium* tecnologico e/o di telecomunicazione devono confrontarsi con le problematiche connesse con le norme riguardanti la c.d. *product liability*, quando i mezzi tecnici utilizzati si rivelino inidonei, per difetti di produzione o per cattiva manutenzione. Inoltre, sistemi di telemedicina, come quelli di tele-cardiologia e di tele-radiologica, se in dotazione presso una struttura sanitaria o sociosanitaria, o presso qualsiasi presidio o avamposto territorialmente isolato, potrebbero aver già introdotto un generico dovere di utilizzazione per l’operatore sanitario, con conseguente responsabilità in caso di procurato danno al paziente a causa di una negligente condotta omissiva. Ancora, in alcune vicende potrebbe essere necessario comprendere se concretamente sussista responsabilità, e quanta parte di responsabilità, in capo agli operatori sanitari, quando l’attività prestata sia il frutto della collaborazione con esperti di sistemi informatici, con ingegneri e/o con profili professionali nuovi, come quello del c.d. *sistemista di telemedicina*. Infine, da casi che presentino alcuni elementi di estraneità rispetto all’ordinamento interno, potrebbero emergere interrogativi riguardanti la giurisdizione e l’individuazione del giudice competente a decidere la controversia.

1 O’Rourke M., “Report to the Commission for the European Community”, The Advanced Informatics in Medicine (AIM) Programme, 1990, «Con il termine telemedicina si intende l’integrazione, monitoraggio e gestione dei pazienti, nonché l’educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono».

Secondo alcuni osservatori, la digitalizzazione, tramite l'A.I. applicata alla giustizia e al diritto, condurrà in un prossimo futuro a uno sconvolgimento delle forme simboliche del fenomeno giuridico. Ne hanno recentemente parlato Antoine Garapon e Jean Lassègue, in *Justice Digitale*, e Ugo Mattei e Alessandra Quarta, in *Punto di Svolta*. Gli algoritmi, con cui potrebbero essere “prodotte” decisioni giudiziarie pubbliche, anche relative a controversie di interesse medico-legale, imporranno una loro logica interna, tutt'altro che imparziale, sviluppata da programmatori privati. In particolare, al ragionamento giuridico verrebbe sostituita una capacità computazionale, ossia la capacità di processare dati su casi simili, secondo correlazioni e regolarità ritenute *a priori* rilevanti dalle singole *software houses*. A questo primo aspetto se ne potrebbe affiancare un secondo, riguardante l'organizzazione del lavoro in sanità e, soprattutto, la regolamentazione delle condizioni di erogazione delle prestazioni sanitarie, che potrebbero in alcuni casi essere adempiute in forza di *smart contract*, generati ed eseguiti comunque da algoritmi, come parte integrante, forse, di un sottostante rapporto di assicurazione sanitaria.

Le conseguenze e gli sviluppi di quanto brevemente accennato sono solo in parte prevedibili e meriteranno di essere seguiti con attenzione e, se possibile, di essere prudentemente governati.

Per approfondire.

Atella V. e Kopinska J., *I costi delle nuove tecnologie sanitarie*, I Quaderni della Fondazione Farmafactoring, 05/2018.

Cancer Genomic Medicine, https://researcher.watson.ibm.com/researcher/view_group.php?id=5347 (ultima visita il 14/04/2019).

Fronza E. e Caruso C., *Ti faresti giudicare da un algoritmo? Intervista ad Antoine Garapon*, in *Questione Giustizia*, fascicolo 4/2018.

Garapon A. e Lassègue J. [2018], *Justice digitale. Révolution graphique et rupture anthropologique*, PUF. HMA-EMA, *Joint Big Data Taskforce. Summary report*, 13 febbraio 2019.

Masoni M. e Guelfi M.R. [2017], *La medicina in rete. Temi essenziali per l'esercizio della professione medica nel Terzo Millennio*, in *La Professione Medico-Odontoiatrica. Medicina, scienza, etica e società*, I.MMXVIII, FNOMCeO Editore.

Mattei U. e Quarta A. [2018], *Punto di Svolta. Ecologia, tecnologia e diritto privato. Dal capitale ai beni comuni*, Aboca.

Ruffolo U. (ed) [2018], *La nuova responsabilità medica*, Giuffrè.

Zagra M. e Argo A. [2018], *Medicina legale orientate per problemi*, 2ª ed., Edra.

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

LE VACCINAZIONI NELLE PERSONE A RISCHIO

Sabato 11 maggio 2019 Hotel Imperiale di Rimini
Segreteria Organizzativa: Farecomunicazione-e20
Mail: eventi@farecomunicazione-e20.eu

RIMINOFTALMOLOGICA 2019 – NEWS IN CHIRURGIA

Sabato 18 maggio 2019 Palacongressi di Rimini
Segreteria Organizzativa: Comunicazione&venti
Mail: info@comunicazioneventi.it
Tel. 0543 720901

CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

16-18 maggio 2019 Palacongressi di Rimini
Segreteria Organizzativa: Formazione Scientifica ANMCO
Mail: segreteria@anmco.it
Tel. 055 5101(365)

Presso la Segreteria dell'Ordine sono disponibili i programmi degli eventi

Ricordando i colleghi

Marilena Pesaresi

(19 settembre 1932 - 29 dicembre 2018)

Il 29 dicembre 2018 si è spenta la nostra concittadina, medico, iscritta al nostro Ordine, la dott.ssa Maria Elena Pesaresi, nota come Marilena. Mia sorella. È conosciuta da tutti i riminesi per la sua opera in Africa come medico, svolta in missione per tutta la sua vita professionale, fino agli ultimi anni. È morta a Rimini, perché era ormai definitivamente in Italia dal maggio 2016. Ma avrebbe voluto tornare in Africa.

Marilena ha dedicato la sua vita alla Missione. È stata una motivazione religiosa che l'ha spinta a fare questa scelta. Nata a Venezia il 19 settembre 1932 da genitori riminesi, è venuta a Rimini nel 1948 quando la nostra famiglia è definitivamente tornata nella città di origine. Marilena ha frequentato fin da ragazza la parrocchia di San Gaudenzo vivendo una intensa esperienza religiosa e maturando fin dalla adolescenza la sua scelta missionaria. Laureata in Medicina e Chirurgia a Bologna e specializzata in Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Parma, è partita per l'Africa nel 1963 come membro della Associazione Femminile medico-missionaria. Il paese di destinazione fu la Rhodesia del Sud (l'attuale Zimbabwe) e il primo posto un ospedale costruito dall'Italia nella città di Chirundu (Ospedale Paolo VI).

Marilena ha dapprima frequentato per un anno l'Ospedale della Capitale (Harare Hospital) dedicandosi prevalentemente alla Chirurgia e Ostetricia e acquisendo conoscenza ed esperienza della medicina in zona tropicale.

La sua esperienza in Africa si è svolta in Zimbabwe e, per 10 anni (dal '72 all'82), in Zambia.

Dal Dicembre 1982 ha ricostruito e diretto l'Ospedale della missione All Souls di Mutoko in Zimbabwe che era stato praticamente abbandonato dal 1979 (durante la Guerra per l'indipendenza dello Zimbabwe).

A Mutoko ha espresso maggiormente le sue capacità creative, rinnovando i reparti, promuovendo la creazione di nuovi dipartimenti, della Sala Operatoria, dell'ambulatorio.

Instancabile nella promozione dell'Ospedale, chiedendo e ottenendo finanziamenti, per la ricostruzione e l'ampliamento delle strutture ospedaliere, in gran parte da Rimini, ma anche da associazioni internazionali, ha trasformato poche stanze per le visite e la degenza ("2 stanzoni e 2 capanne" come scriveva in una lettera) in un ospedale moderno e qualificato.

Per molti anni ha non solo diretto, ma "mandato avanti" l'Ospedale come unico medico, disponibile di giorno e di notte, curando i malati, assistendo ai parti più difficili, affrontando le urgenze mediche e la normale vita di assistenza in corsia.

Nella sua esperienza medica più adulta a Mutoko era diventata particolarmente esperta nel trattare la denutrizione infantile, nel salvare vite con l'attenta e meticolosa cura dei bimbi defedati e malnutriti. Ai bambini ha dedicato tante ore e tanta attenzione.

La sua grande capacità gestionale e di promozione dell'Ospedale le ha permesso nel tempo di



circondarsi di numerosi collaboratori, medici che venivano in *équipe*, per brevi periodi a esercitare la propria specialità, ma anche medici stabilmente presenti, dedicati alla assistenza ospedaliera e ambulatoriale.

Alcune iniziative in particolare hanno caratterizzato la sua opera a Mutoko.

Innanzitutto l'organizzazione della cura dell'AIDS. L'ospedale di Marilena è stato il primo ospedale in Zimbabwe che ha curato i malati di AIDS con i farmaci antiretrovirali, allora di difficile reperimento e particolarmente costosi. Questa attività ha permesso all'Ospedale di diventare pioniere in Zimbabwe nella cura dell'AIDS e Marilena, esperta in materia, veniva chiamata a relazionare in meeting e congressi sulla cura allora innovativa della malattia.

Un'altra iniziativa di Marilena che l'ha resa nota a Rimini è quella che lei stessa ha chiamato "Operazione Cuore", per cui bambini cardiopatici che necessitano di intervento chirurgico vengono inviati in Italia e qui operati.

Abbiamo promosso insieme questa esperienza e io ho contribuito, come cardiologo, alla realizzazione del progetto. I bimbi vengono operati prevalentemente al Sant'Orsola di Bologna e vengono ospitati da famiglie riminesi sotto l'organizzazione della Caritas diocesana. Le iniziative a sostegno di questo progetto si moltiplicano a Rimini e hanno riempito di afflato missionario la vita della città. Le famiglie ospitanti vivono una importante esperienza di carità e amore. I medici e i volontari che collaborano sono davvero tanti.

Marilena ha dedicato la sua vita alla professione medica, ma non possiamo non sottolineare l'aspetto riguardante la dimensione religioso-missionaria, dalla quale, forse anche maggiormente, è stata caratterizzata la sua esistenza: vivere la vita come risposta alla chiamata del Signore e la missionarietà come aiuto ai più bisognosi, ai più lontani.

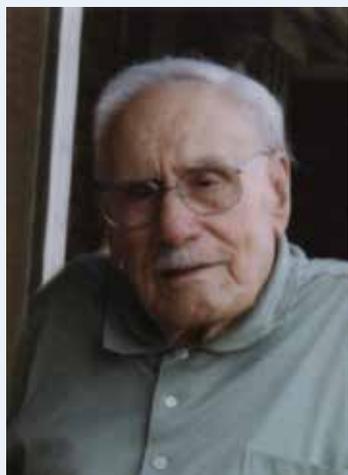
Per amore dei poveri e per un senso di giustizia.

"Perché non è giusto" diceva Marilena "che gli uomini debbano essere trattati diversamente e che gli africani non possano usufruire delle stesse opportunità delle persone che vivono nei paesi più emancipati".

Sentiamo molto la mancanza di Marilena, della sua voglia di vivere intensamente la vita, senza stancarsi di cercare la pienezza della esperienza umana, stabilendo relazioni intense e per lo più gioiose con le persone.

Voglio ricordare questa grande sorella, questa dottoressa illuminata ai colleghi medici che l'hanno conosciuta, apprezzata e amata e farla conoscere anche a quelli che non l'hanno incontrata.

Antonio Pesaresi



Giancarlo De Carolis (9 settembre 1923 - 19 dicembre 2018)

Giancarlo De Carolis, il “Deca” per gli amici, nasce a Bologna il 09/09/23 da Anna Maria Masi, di famiglia bolognese, figlia di un medico e da Dante De Carolis, marchigiano di Cossignano (AP). Anche il nonno paterno è medico condotto a Montefiore dell’Aso ed uno zio condotto a Porto Recanati. Il padre invece arriva a Bologna negli anni della prima guerra mondiale come aiutante pittore del più famoso fratello Adolfo De Carolis e in seguito come suo assistente alla cattedra di Decorazione della Accademia. Giancarlo De Carolis frequenta il liceo Galvani, si laurea in medicina e si specializza, alla fine degli anni Quaranta, in ortopedia al Rizzoli avendo tra i suoi insegnanti il famoso professor Delitala.

Consegue la libera docenza presso l’Istituto Rizzoli con i professori Paltrinieri e Campanacci. Lavora per un breve periodo presso l’ospedale di Mezza Selva di Roana (Vicenza) prima di trasferirsi a Rimini. Nel 1954 sposa in Duomo Giuliana Mazzarocchi, insegnante e pittrice, conosciuta a Bologna, quando lei frequentava le lezioni come allieva prediletta di Giorgio Morandi. Hanno due figli, Giovanni architetto e Mattia tragicamente scomparso nel 1995 nel naufragio del Parsifal. A Rimini svolge l’attività di presso la casa di cura Villa Assunta e presso l’ospedale di Santarcangelo.

Al termine della sua lunga attività professionale, si dedica all’arte, sua antica passione, forse non espressa in gioventù a causa della madre che, vedendo i risultati economici del marito Dante, aveva stabilito che di pittori in famiglia ce ne erano stati già troppi. Rare le partecipazioni a mostre, spesso con la moglie, coppia nella vita e nell’arte, a fronte di una vivacissima produzione di dipinti, acquerelli, xilografie, incisioni su linoleum o deliziosi libriccini di aforismi. Un importante riconoscimento finale è quello di essere inserito tra gli artisti della Biennale del Disegno di Rimini del 2018. Nello stesso anno riceve dall’Ordine dei Medici di Rimini la targa per i 70 anni di laurea.

Appassionato di vela e ciclismo, deve proprio ad un controllo medico per questa ultima pratica, l’intervento chirurgico salvifico per l’aneurisma aortico addominale. La “bicycletta taumaturgica”, come amava definirla, ha allungato la sua vita fino alla bella età di 95 anni, portati solo con l’aiuto di un bastone da passeggio, prima di andarsene in modo discreto, durante il sonno, nella sua casa di viale Dandolo. Resta l’immagine di un signore colto, curioso, vivace, ironico ed elegante, come afferma Sergio Sermasi nell’articolo commemorativo del Corriere di Romagna “sempre disposto a diletteggiare saggiamente le illusioni più provocatorie e inutili”.

Gianni Morolli

Spazio Ammi

Rimini, sede dell’interregionale del nord di AMMI



Nelle giornate del 12 e 13 aprile 2019 si è svolto il meeting Interregionale del Nord a Rimini, città scelta come sede per ospitare le amiche del Nord che puntualmente hanno risposto all’appello insieme a tante altre presidenti e socie di altre sezioni. Rimini è sempre un polo d’attrazione e poi, si sa, le ammine non vedono l’ora di rivedersi e trascorrere insieme anche solamente qualche ora.

Nell’articolo del numero scorso, Carmen Spanedda ha spiegato scopi statutari e modalità di intervento dell’AMMI nelle realtà in cui è presente e i momenti di meeting interregionali sono particolarmente significativi per un positivo confronto fra le presidenti e le socie di varie regioni, in unità con la Presidente Nazionale che conosce le realtà di tutte.

I lavori si sono svolti il sabato mattina nella sala congressi del Grand Hotel dove quasi tutte le socie hanno deciso di soggiornare, nell’ambiente elegante e familiare che affascinò Fellni.

La Presidente nazionale dott. Lia Oliviero Lippi, inaugurando i lavori, ha ricordato che AMMI, chiamata recentemente a partecipare ad un



tavolo di lavoro al Ministero della Salute, è considerata un interlocutore privilegiato sia in virtù del concorso annuale per la Medicina di Genere sia per l’adesione alla Giornata della Salute della Donna istituita dalla Ministra Lorenzin anni fa; inoltre sono importanti i rapporti che AMMI mantiene a livello nazionale con altri enti affini come la LILT con la quale si è rinnovata recentemente la convenzione di collaborazione.

Invitando a considerare la necessità di un confronto positivo fra le sezioni, ha dato la parola alle numerose Presidenti di sezioni del Nord: considerazioni comuni sono state la necessità di essere visibili sul territorio stabilendo proficui contatti con le realtà mediche ed associative, l’importanza di sostenersi nella ricerca di sempre nuove socie che contribuiscano a mantenere viva l’AMMI e i suoi scopi statutari, la volontà di trovare sempre nuovi comuni spunti di lavoro. Dopo le informazioni tecniche in vista della partecipazione al prossimo Congresso Nazionale elettivo che si svolgerà

a Roma nel mese di maggio, la seduta si è conclusa con soddisfazione generale, sentendo la ricchezza delle esperienze delle sezioni.

Ricco anche il programma sociale: nella sala degli Arazzi del Museo della Città, dopo gli onori di casa della Presidente della Sezione di Rimini Lorenza Bonifazi Marsciani, l'avvio ufficiale dei lavori è stato salutato, oltre che dalla Presidente nazionale, dal Presidente dell'Ordine dei Medici dott. Maurizio Grossi e dell'Assessore alla Pubblica Istruzione Mattia Morolli in rappresentanza del Comune di Rimini, patrocinatori dell'evento.

Abbiamo proposto alle convenute un momento di conoscenza della nostra città e della sua storia: in una sala gremita, lo storico e saggista Ferruccio Farina ha tenuto la conferenza "Rimini, Paolo Mantegazza e l'invenzione della vacanza marina. Percorso per immagini e parole fra storia e mito". La vacanza marina per fini idroterapici, nata in Europa del nord nella seconda metà del Settecento, già dalla metà del secolo successivo, grazie all'intraprendenza di alcuni audaci imprenditori, è approdata a Rimini, città che si propose all'attenzione della medicina offrendo il suo mare come rimedio ai molti malanni del tempo. Al medico Paolo Mantegazza (1831-1910), nato a Monza da una nobile famiglia di sentimenti liberali e umanitari, spirito eclettico e vivace, antropologo, viaggiatore, senatore del Regno, grande divulgatore in campo scientifico sia a livelli "alti" che con pubblicazioni popolari, i conti Baldini di Rimini affidarono la direzione sanitaria degli stabilimenti idroterapici dal 1869 al 1879 e fu lui, con le sue teorie e pratiche, a trasformare la vacanza marina da terapeutica a benefica in senso lato. I vari Kursaal (sale di cura) e gli stabilimenti idroterapici si trasformarono nel giro di pochi decenni in prestigiosi alberghi dove la nobiltà europea poteva beneficiare della salubre acqua e aria marina ma anche di tutte le comodità di un'accoglienza turistica che poi è continuata nel tempo.

La cena conviviale svolta al Grand Hotel, la gita a San Leo, la cena tipica alla Trattoria Marianna e una visita guidata al Teatro Galli restaurato hanno coinvolto chi ha voluto partecipare mostrando la verità dello slogan scelto per il depliant dell'Interregionale: "Rimini è come il blues: ci sta dentro tutto".

Lorenza Bonifazi Marsciani

Spazio FederSpev

56° Congresso Nazionale FEDER.S.P.eV. Lavoriamo per il futuro del paese Firenze, 28/30 aprile 2019

In un clima di amicizia si è svolto a Firenze il 56° Congresso Nazionale della FEDER.S.P.e V. con grande piacere ci si incontra tutti gli anni provenienti dall'estremo nord all'estremo sud uniti dal comune interesse per la salvaguardia dei diritti acquisiti dopo oltre 40 anni di lavoro e di contributi versati. Grande è l'impegno del direttivo nazionale della nostra Federazione verso il tema delle pensioni, senza mai dimenticare i colleghi che ci hanno lasciato, come ha sottolineato il nostro Presidente Prof. Michele Poerio chiedendo un minuto di silenzio in loro memoria a inizio dei lavori. Difficile riassumere in questa breve nota l'esautiva relazione del Prof. Poerio: ha toccato l'annoso tema delle pensioni, ha proposto un patto intergenerazionale per migliorare le condizioni della categoria medica, ha proposto innovazioni sull'accesso alla formazione universitaria e sulla ricerca; ha proposto la creazione di spazi intergenerazionali condivisi, richiamato all'attenzione la necessità di accedere alle competenze digitali e tanto altro ancora. "La legge di Bilancio 2019 ha riservato ai pensionati un trattamento tra i più iniqui. La situazione grave è stata denunciata dalla FEDER.S.P.e V., CONFEDIR e FORUM PENSIONATI in tutte le sedi istituzionali (in Parlamento a Palazzo Chigi) e non solo, facendo appello al buon senso del legislatore ed al rispetto dei diritti costituzionalmente garantiti. Le norme approvate penalizzano le pensioni da circa euro 1521 lordi mensili in su, con note di particolare accanimento (anche rispetto alla legge Letta) per le pensioni oltre 6 volte il minimo INPS." La FEDER.S.P.e V. promuove l'Azione legale a tutela delle PENSIONI INPS alle Sezioni Regionali Corte dei Conti per il recupero della perequazione delle pensioni superiori a 3 volte il trattamento minimo INPS, pari a euro 1522 lordi mensili e promuove ricorsi al Pretore del Lavoro contro i tagli delle pensioni superiori a 100 mila euro lordi.

Altri argomenti trattati sono stati:

- Giovani e pensione complementare
- Legge di bilancio e previdenza Previdenza - Assistenza - Reddito di cittadinanza - Pensione di cittadinanza
- Reversibilità nel mirino dell'OCSE
- Una politica corretta di pari opportunità
- Invecchiamento: percorso a ostacoli
- Anziani dopo i75 anni
- Reddito di cittadinanza e anziani
- LTC, confronto FEDER.S.P.eV. - Empam: proposte e progressi.

Il Presidente conclude ringraziando per l'attenzione con la quale abbiamo seguito la sua relazione. Ringrazia inoltre tutti coloro che lavorano e hanno lavorato per i ricorsi che definisce "Un'enorme macchina da guerra". Ringrazia la Dott.ssa Naria Colosi e le segretarie Caterina e Lucilla per la dedizione con cui operano in segreteria e nell'organizzazione dei Congressi. "Cari amici abbiamo creduto profondamente nel nostro lavoro, nella necessità di discutere di tutta la problematica che investe gli anziani nel convincimento assoluto che la FEDER.S.P.eV. esiste, è viva e sicuramente darà il suo contributo determinante a difesa dei sacrosanti diritti dei pensionati. Viva la FEDER.S.P.eV., viva il Forum dei Pensionati Italiani."

Carmen Marini Spanedda

Variazioni agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 4 MARZO 2019

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

BELLETTINI Francesca	di Rimini
BERNARDI Virginia	di Novafeltria
BONIFAZI Perla	di Coriano
BONGIOVANNI Giacomo	di Rimini
BOSCHETTI Maria Elena	di Cattolica
BRUSCOLI Lorenzo	di Rimini
CASABIANCA Alberto	di Rimini
CASAGRANDA Michele	di Rimini
CELLI Miriana	di Santarcangelo di Romagna
CIAVATTI Fabio	di Rimini
DE FALCO ALFANO Daniele	trasferimento da Ferrara
DI PIETRO Giulia	di Rimini
FABBRI Edoardo	di Rimini
FABBRI Francesca	di Rimini
FINESSI Luca	trasferimento da Ferrara
FRATTI Isabella	di Poggio Torriana
GABELLINI Teresa	di Rimini
GHISELLI Marika	di Misano Adriatico
GIULIANI Lucia	di Misano Adriatico
GOBBI Nicola	di Rimini
GRASSI Federica	di Cattolica
GUIDI Stefano	di Riccione
IOMMI Alice	di Rimini
JANIC Joanna	di Rimini
LIEGI Federica Daniela	di Riccione
LO RUSSO Gerardo Vito	di Rimini
MAGGI Michael	di Bellaria-Igea Marina
MATTEI Silvia	di Rimini
NENCINI Elia	di Riccione
NICOLINI Giacomo	di Cattolica
PAPI Riccardo	trasferimento da Grosseto
PARMEGGIANI Anna	di Rimini
RICCI Raffaele	di Rimini
SALA Arianna	di Santarcangelo di Romagna
SIGNORINI Lorenzo	di Riccione
SPINACI Giovanni	di Rimini
VARLIERO Federico	di Rimini
VENTURI Martina	di Pennabilli

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

BELLO Nicholas	per cessata attività
PRUCCOLI Federica	per cessata attività
SANTANGELO Roberto	per cessata attività
VIGNA Paolo	per cessata attività

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

PACI Stefano	trasferimento a Ravenna
UGHI Nicola	trasferimento a Milano

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

PACI Stefano	trasferimento a Ravenna
--------------	-------------------------

Variazione Cittadinanza:

dott. ALFARANO Mauro	cittadinanza Sanmarinese
----------------------	--------------------------

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

LAND IIA SRL STP	di Rimini
------------------	-----------

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DELL'11 APRILE 2019

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BALDUCCI Giuseppe	per trasferimento da Forlì-Cesena
dott. BEZZI Davide	di Riccione
dott. CRETÌ Andrea	di Rimini
dott. DE CIANTIS Pierpaolo	per trasferimento da L'Aquila
dott.ssa GOBBI Elisa	per trasferimento da Bologna
dott.ssa MULARONI Francesca	di Rimini
dott. NORRI Nicolò	di San Marino
dott.ssa PACI Valentina	di Rimini
dott. PERSIA Stefano	per trasferimento da Roma
dott.ssa PIETRANTONIO Ann Marie	per trasferimento da Bologna
dott.ssa ZAVATTA Sara	per trasferimento da Ferrara

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. PERSIA Stefano	per trasferimento da Roma
----------------------	---------------------------

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa MANDELLI PULLE' Laura	decesso (19/03/2019)
dott. PACI Stefano	trasferimento a Ravenna
dott. UGHI Nicola	trasferimento a Milano

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. PACI Stefano	trasferimento a Ravenna
--------------------	-------------------------

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott. BAFFONE Davide	trasferimento a Forlì-Cesena
dott.ssa CAMPANA Roberta	trasferimento a Ferrara
dott. CARLINI Andrea	trasferimento a Pesaro-Urbino
dott. GALVANI Gianluca	trasferimento a Varese

Variazione Codice Fiscale:

dott. MANCINI DANIELE	di Bellaria-Igea Marina
(da MNCDNL55S24G956C a MNCDNL55S24G479Y)	

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2030 – Albo Odontoiatri nr. 392 – Elenco Speciale STP nr. 03

