

il Notiziario

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



anno XXV numero 1
gennaio-giugno 2022



PROF.ssa
CATTANEO



il Notiziario

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

anno XXV numero 1
gennaio–giugno 2022

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

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

Contributi a questo numero da:

dott. Sante Enrico Cogliandro – medico endocrinologo AUSL della Romagna
dott.ssa Giulia Grossi – medico di medicina generale
dott. Gianni Morolli – medico di medicina generale
dott. Emilio Rastelli – medico chirurgo reumatologo
dott. Valerio Nori – medico di medicina generale
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini

Referenze iconografiche:

pagine 21, 44 e 53: immagini tratte dal web
pagine 24 e 25: Archivio OMCEO
pagine 46 e 47: immagini tratte dal catalogo della mostra (Skira)

In copertina: ph. Marco Grassi

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini ha organizzato lo scorso 2 maggio la "Conversazione sulla Scienza", tenuta dalla prof.ssa Elena Cattaneo con gli studenti del Percorso di potenziamento-orientamento "Biologia con curvatura Biomedica" dei Licei riminesi "Einstein", "Giulio Cesare", "Valgimigli", "Serpieri" e "Volta Fellini" di Riccione.

Grafica e stampa a cura di

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

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

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

1/2022

sommario

Editoriale

- 4 LA EPIDEMIA CHE VERRÀ
di Maurizio Grossi

- 6 Il punto redazionale
di Marco Grassi

Sanità Locale

- 9 LETTERA APERTA DEI MEDICI DI
FAMIGLIA AI CITTADINI

Medicina Generale

- 13 DALLA «DOMINANZA MEDICA»
ALLA IRRILEVANZA?
di Marco Grassi

- 18 LA COMPLESSITÀ È LA GIOIA
DELLA MEDICINA GENERALE
di Giovanni Morolli

Giovani medici

- 19 VOCI DI PROTESTA.
LA NECESSITÀ DI UNA SVOLTA
PER LA MEDICINA GENERALE
di Giulia Grossi

- 21 QUELLO CHE I MEDIA
NON DICONO: LA VERITÀ
SU «I MEDICI DI BASE»
di Giulia Grossi

Vita dell'Ordine

- 24 PREMIO JANO PLANCO
AL DOTT. MAURIZIO FOCCHI

Focus sulla Professione

- 26 IL TRATTAMENTO DEL DIABETE
DI TIPO 2
di Emilio Rastelli

- 29 STRANI PICCOLI TUMORI
di Sante Enrico Cogliandro

Medicina di Genere

- 32 FOCUS ON
"Role of Biological Sex in
the Cardiovascular-Gut
Microbiome Axis"
di Laura Baffoni

- 37 EMANCIPAZIONE FEMMINILE
E... PARITÀ DI GENERE
di Geo Agostini

Medici ma non solo

- 40 STARE DALL'ALTRA PARTE
di Valerio Nori

Recensioni

- 46 JOAQUÍN SOROLLA.
PITTORI DI LUCE
di Maurizio Della Marchina

- 48 ELENA CATTANEO,
"ARMATI DI SCIENZA"
di Marco Grassi

Semiseria...mente

- 50 INDOVINELLO
REBUS
GIOCO CON NUMERI
di Saverino La Placa

Corsi, convegni, congressi e attività culturali

- 51 Spazio Ammi
SOSTENIBILITÀ E SALUTE
di Giovanna Tommasini Grossi

- 54 Variazioni agli albi





LA EPIDEMIA CHE VERRÀ

di Maurizio Grossi

4

D OPO DUE ANNI DI emergenza sanitaria ci sono segnali che fanno ben sperare per un ritorno alla normalità, e questo anche grazie alla vaccinazione che ha creato un baluardo ormai insormontabile per il virus. Ma nel mondo della sanità penso sia difficile un ritorno alla normalità. Nel periodo pandemico c'è stato un taglio alle prestazioni sanitarie di ogni tipo, nella logica di una massima concentrazione sull'emergenza da Covid. Nel frattempo, molte patologie croniche e non solo, si sono aggravate con relativi più alti bisogni assistenziali. Man mano che la pressione indotta dal Covid andrà diminuendo, sulle strutture sanitarie inizierà a crescere la pressione sotto forma di una domanda di prestazioni mediche sempre più ampia ed intensa. Avremo nel futuro l'emergenza da "sanità non erogata". Alcuni esempi sono significativi e preoccupanti: nell'ultimo anno a livello nazionale gli screening oncologici sono diminuiti del 42% e i carcinomi diagnosticati sono diminuiti a livello nazionale del 43%. Gli interventi chirurgici nell'ultimo anno si sono ridotti mediamente del 50% rispetto agli anni precedenti, come si sono ridotti i casi di angioplastica coronarica a fronte di

un immutato numero di eventi acuti coronarici.

E così potremmo andare avanti in ogni settore della Sanità. I cittadini, con questi bisogni e queste domande di prestazioni, vedono nel Servizio sanitario un riferimento istituzionale primario, che raccoglie ancora la loro fiducia, e si attendono delle risposte sia sotto forma di erogazione di servizi che di assicurazione e protezione. Usciamo tutti da un'epoca, quella della pandemia, fatta di incertezza e paura e grande è la voglia di certezza e tranquillità. Sicuramente il Servizio sanitario dovrà trovare più efficienza, più umanità, e maggiore dovrà essere la collaborazione tra pubblico e privato. Poi si dovrà pensare come migliorare la "sanità di prossimità", con progetti di integrazione sociosanitaria e assistenza domiciliare integrata per cronici o per malati deospedalizzati e infine far nascere e sviluppare una vera sanità digitale.

La pandemia ha svelato che, a fronte delle opportunità straordinarie del digitale, in sanità prevale o l'assenza di digitalizzazione o la frammentazione delle soluzioni persino negli stessi territori regionali. Una sanità digitale ridurrebbe il carico burocratico che oggi incombe ed intralcia l'agire del medico.

Questi cambiamenti richiedono ingenti risorse. Il PNRR fornirà un

primo ed importante stanziamento ma poi si dovrà essere capaci di andare oltre il PNRR, rendono strutturale l'adeguato finanziamento sanitario

Dobbiamo recuperare un impoverimento della sanità: la spesa sanitaria pubblica pro capite è diminuita in dieci anni del 3,6%, nell'ultimo decennio il numero di dipendenti del Servizio sanitario è diminuito di circa 39.000 unità, con un taglio di medici (-5.000), infermieri (-7.700) e delle altre figure professionali (-26.300 unità), il 55,8% dei medici, considerando pubblico e privato ha più di 55 anni: dato più alto in Europa, che ci colloca distanti dalla media Ue (38,2%).

E potremmo così continuare con dati altrettanto impietosi.

Ecco allora, anche per far fronte alla "nuove epidemia" di richieste di prestazioni arretrate, che la prima cosa da fare è potenziare gli organici. Sono 685 mila le persone che lavorano nel Servizio sanitario nazionale, 42.500 sono i medici di medicina generale ed oltre 100 mila gli occupati nella sanità privata (accreditata e non accreditata).

Un esercito di uomini e donne di cui ci si era dimenticati negli anni passati, tra piante organiche svuotate, blocchi di turn over e flessibilità contrattuali ben oltre il confine della precarietà.

Ormai è forte la convinzione tra i cittadini e tra gli stessi professionisti sanitari che non ci dovrà mai più essere carenza di risorse pubbliche per la salute.

Il SSN deve essere attrattivo per i medici e le altre professioni sanitarie. Non è vero che mancano medici, mancano medici disposti a lavorare nel SSN alle attuali condizioni. Fatta 100 la retribuzione media dei medici italiani, a parità di potere d'acquisto quella di un omologo in Germania è 182, nel Regno Unito è 161.

Si dovrà pensare come migliorare la **"sanità di prossimità"**, con progetti di **integrazione sociosanitaria e assistenza domiciliare**

Concludendo, a fronte di una probabile "epidemia di richiesta di prestazioni sanitarie non erogate" il SSN e gli amministratori della Sanità devono prontamente arruolare personale sanitario per far fronte alle nuove esigenze di salute che la pandemia ha creato.

Successivamente si potrà decidere la costruzione di nuovi ospedali e discutere se il medico di medicina generale debba rimanere convenzionato o diventare dipendente del SSN e quale inquadramento giuridico avrà il medico ospedaliero.

Con la pandemia è stata riaffermata la centralità delle donne e degli uomini della sanità. Il fattore umano rimane fondamentale. Sono le persone che fanno la sanità che continuano a fare la differenza.

La tecnologia senza umanità, empatia, competenza e professionalità delle persone non cambierà in meglio il sistema delle cure.

Tutti i "portatori di interesse nella sanità" (politici, enti, associazioni, sindacati, ordini professionali, università, industria) devono pertanto collaborare per creare un ambiente, quello della Sanità, capace di valorizzare le competenze e la professionalità del personale, perché solo così potrà iniziare un cambiamento e solo così potranno accadere cose nuove.

il punto redazionale



di Marco Grassi

6

CARE COLLEGHE, CARI colleghi, anche quest'anno, come anno scorso, questo primo numero vi giunge con ritardo saltando l'abituale uscita trimestrale. Dicembre e gennaio, i mesi in cui si prepara il numero in uscita a marzo, ha visto un impegno fuori dal comune di tutti i medici del SSN per fronteggiare la quarta ondata di Covid, fortunatamente meno grave come morbilità e mortalità, ma estremamente impegnativa come numero di positivi, con tutto il suo carico di lavoro clinico e burocratico. Se ci sono segnali che fanno ben sperare per un ritorno alla normalità nondimeno sarà un «normalità» condizionata. L'**Editoriale** di Maurizio Grossi già delinea «l'epidemia che verrà», cioè «l'emergenza della sanità non erogata» in questi due anni di pandemia cui dovrà farsi carico un SSN stremato e sottodimensionato rispetto alle necessità: «un esercito di uomini e donne di cui ci si era dimenticati negli anni passati, tra piante organiche svuotate, blocchi di turn over e flessibilità contrattuali ben oltre il confine della precarietà.»

Sui Medici di Medicina Generale, in particolare, si è abbattuta la «bufera» di un numero di casi

di Covid da gestire mai visto in precedenza, con adempimenti burocratici che hanno rischiato di mandare in tilt l'intero sistema assistenziale. Questo numero è dedicato in larga parte alla medicina territoriale e ai problemi che da anni, ed anche prima della pandemia, affliggevano il settore e di cui abbiamo dato conto, in tempi non «sospetti» su questo Notiziario. Numerosi sono i nuovi contributi nelle varie rubriche che documentano il malessere dei MMG. In **Sanità Locale** sono pubblicate le due lettere che un gruppo rappresentativo di MMG riminesi ha indirizzato ai pazienti e alle istituzioni per rappresentare il proprio disagio e malessere professionale. Disagio e malessere che parte da lontano, da prima del Covid, e che viene riassunto in un excursus storico nella rubrica **Medicina Generale**, necessario per comprendere l'esistente e che introduce le criticità del presente già ben tratteggiate anche nell'Editoriale. Quello del MMG «non è un lavoro facile, ma è profondamente affascinante e di soddisfazione. La sfida per i nostri leader politici è creare un SSN nel quale sia possibile continuare a praticare questo lavoro e riuscire a reclutare altri medici di comunità» scrive Gianni Morolli e come medici

siamo pronti al cambiamento, desiderosi di una medicina nuova, dinamica e vicina al singolo paziente. Una nuova medicina che non può nascere senza il contributo dei medici, in particolare dei giovani medici che sono più naturalmente disposti a cambiare paradigma e che vivono già nel futuro. **Giovani Medici** che sono stati il «motore» di importanti iniziative di cui fa la cronistoria Giulia Grossi e che ha portato ad incontri con la Direzione Generale dell'Auslromagna con la proposta di «un dialogo locale e capillare sempre più presente con i rappresentati aziendali del Distretto, delle Cure Primarie, della Sanità Pubblica, della Direzione Tecnica e Infermieristica e della Direzione Medica Ospedaliera». A far seguito, una conferenza stampa con i media locali di cui alleghiamo la trascrizione, ha illustrato al grande pubblico «cosa significhi davvero fare il medico di famiglia». L'ampio spazio riservato ai contributi della Medicina Generale vuole essere anche uno stimolo ai colleghi ospedalieri per farci pervenire contributi per far conoscere ai colleghi la situazione analogamente problematica della medicina ospedaliera. Chiuso questo «capitolo», passiamo al contenuto delle tradizionali rubriche. **Vita dell'Ordine** propone il resoconto, anche fotografico, della cerimonia tenuta il 4 dicembre 2021 durante la quale al dott. Maurizio Focchi è stato consegnato presso la sala convegni del Grand Hotel di Rimini, il 4° premio Iano Planco d'oro. Maurizio Focchi infatti è medico tutt'ora iscritto all'ordine di Rimini, nonostante il suo impegno di imprenditore (è infatti amministratore delegato della Focchi spa). Il premio gli

è stato attribuito in quanto fondatore di Cittadinanza onlus, una associazione che realizza e sostiene progetti di cooperazione internazionale, formazione e sensibilizzazione a favore delle persone con malattie psichiche e dei bambini con disabilità nei Paesi a basso reddito. Questa cerimonia, che chiude l'annata di lavori, convegni e manifestazioni di cui l'Ordine si è fatto promotore, ha visto una folta partecipazione di colleghi e cittadini riminesi.

Focus sulla professione ospita due interventi di carattere clinico, entrambi di argomento endocrinologico. Emilio Rastelli ci parla dei farmaci innovativi per il trattamento del diabete di tipo 2 che, finora riservati ai Centri Diabetologici, potranno essere prescritti anche dai MMG mentre Sante Cogliandro relaziona su metabolismo del fosforo e vitamina D e su osteomalacia oncogenica causata da piccoli tumori mesenchimali per lo più benigni e a lento accrescimento.

In **Medicina di Genere** Laura Baffoni prende in esame il rapporto fra sesso biologico, asse cardiovascolare e microbiota intestinale (MI). «L'identificazione del MI come possibile nuovo target di interventi farmacologici e dietetici per la prevenzione e la cura delle patologie cardiovascolari potrà migliorare l'assistenza clinica e la gestione dei pazienti attraverso nuove strategie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle malattie sia negli uomini che nelle donne». Geo Agostini ha raccolto una parte delle leggi e dei provvedimenti adottati dall'inizio del secolo scorso, volti a riconoscere i diritti, la cittadinanza delle donne e la parità di genere in ambito familiare,

sociale e lavorativo. Una raccolta, non esaustiva, degli interventi più significativi che hanno abbattuto, in tutto o in parte, la differenza di condizioni e trattamento tra uomini e donne in vari campi della vita.

Medici ma non solo (ma anche pazienti) ospita l'esperienza di malattia del collega Valerio Nori: "Stare dall'altra parte cioè da quella del paziente è qualcosa di completamente nuovo. È un'esperienza che ti sconvolge e che ti cambia, almeno se sei disposto a cambiare." Una esperienza drammatica narrata senza edulcorazioni e con crudezza: "Ho sperimentato le varie situazioni, dalla quasi autonomia dei primissimi giorni alla totale dipendenza dopo il risveglio dal coma farmacologico. Entrambe vanno raccontate."

Recensioni di Maurizio Della Marchina suggerisce una visita alla mostra "Joaquín Sorolla. Pittore di luce" che si tiene a Milano nella cornice del Palazzo Reale fino al 26 giugno. Poco noto al pubblico italiano, Sorolla è stato uno dei massimi rappresentanti della moderna pittura iberica a cavallo tra Ottocento e

Novecento, contribuendo in modo determinante al suo rinnovamento e aprendola al clima della Belle Époque. "Armati di scienza" di Elena Cattaneo, che il nostro Ordine ha avuto l'occasione e l'onore di avere ospite, è un libro che tutti dovrebbero leggere: perché, in questi tempi di "infodemia", insegna un metodo: quello scientifico, con il quale ci si può e deve difendere dalla mole impressionante di notizie distorte, false o tendenziose.

Semi..seriamente di Saverino La Placa offre il consueto momento di relax prima di chiudere questo numero del Notiziario con lo **Spazio AMMI** dove Giovanna Tommasini Grossi relaziona sulle attività della Associazione, in particolare sulla Giornata Nazionale (18 ottobre, San Luca: protettore dei medici) in tutte le sezioni d'Italia, con la trattazione del Tema Nazionale: "L'Ambiente è un bene prezioso da salvaguardare: proteggere l'ambiente significa proteggere la nostra salute". Tema quanto mai attuale, in particolare in questo momento dove la priorità sanitaria, legata al Covid e la guerra nel cuore dell'Europa, hanno preso il sopravvento lasciando purtroppo in disparte l'ambiente.

8

Questo numero è dedicato in larga parte alla **medicina territoriale** e ai problemi che da anni, ed anche **prima della pandemia**, affliggevano il settore.

LETTERA APERTA DEI MEDICI DI FAMIGLIA AI CITTADINI I MEDICI DI FAMIGLIA CI SONO E NON HANNO MAI SMESSO DI ESSERCI

COSÌ COME C'È UNA piccola percentuale di persone che protestano a gran voce contro i provvedimenti del Governo e del Ministero della Salute (vaccini, *greenpass*, restrizioni...) ma la stragrande maggioranza senza far rumore collabora per uscire da questa pandemia, allo stesso modo ci sono stati tanti strilloni che hanno insultato pubblicamente tutti noi medici di famiglia per qualche mancata risposta o per aver disatteso le aspettative, mentre la stragrande maggioranza di noi, per quanto imperfetti, sta continuando a lavorare silenziosamente a testa bassa per tutti.

Anche i medici sono lavoratori

Chi si lamenterebbe di trovare il fruttivendolo o la banca chiusi la domenica? E chi pensa che i dipendenti degli ipermercati quando fanno orario continuato o quando lavorano nei festivi lo facciano gratuitamente? Noi medici di famiglia allo stesso modo dovremmo poter osservare i momenti di riposo previsti per ogni lavoratore e come per tutti sarebbe giusto avere riconosciuto il lavoro straordinario, anche in caso di pandemia (perché tutto il personale assunto in più per questa pandemia, se ci pensate, ha regolare contratto con tanto di riposo e retribuzione).

Nel nostro caso non è stato così. Se un medico di famiglia per sua volontà e disponibilità o senso di abnegazione lavora oltre l'orario, risponde anche nel weekend e si rende disponibile ad aiutare i suoi pazienti anche in mansioni che non gli competono, per quanto l'assistito possa esserne soddisfatto o addirittura riconoscente, ciò non significa che la tale disponibilità debba diventare un'aspettativa o addirittura un atto dovuto o ancora peggio una pretesa. Quindi se il medico di famiglia non risponde H24 e 7 giorni su 7 o se non esegue compiti che non gli competono, non sta facendo nulla di strano: per soddisfare queste necessità ci sono rispettivamente i servizi di Continuità Assistenziale e gli organi e i percorsi dedicati.

Il carico di lavoro è veramente alto

Se vi capita di trovare occupato il telefono del medico o della segretaria o della guardia medica è perché il flusso di chiamate è intenso e continuo; se non ricevete immediatamente risposta ai messaggi è perché il vostro è l'ennesimo degli innumerevoli che riceviamo. Purtroppo gli adempimenti burocratici che le istituzioni ci impongono sono aumentati a dismisura, e moltiplicati per il numero di richieste dovute alla

pandemia hanno finito per occupare la maggior parte della nostra attività lavorativa: questo non solo rallenta le operazioni causando ritardi e attese, ma toglie tempo a quella che è la vera professione medica e ancora peggio rischia di distrarci pericolosamente aumentando la possibilità di errore. Noi MMG e Continuità Assistenziale della provincia di Rimini esprimiamo grandissima solidarietà e vicinanza a tutti i colleghi, infermieri, OSS e a tutto il personale sanitario come noi impegnato a fronteggiare la pandemia e che come noi sta vivendo momenti di grandissimo stress psicofisico.

Vogliamo poter fare bene il nostro lavoro

Vogliamo gestire le patologie in acuto, fare diagnosi, proporre terapie, monitorare i pazienti con patologie croniche, farci propositivi nella medicina preventiva, accompagnare i pazienti nei momenti più critici della loro vita e poter curare il nostro aggiornamento professionale. Per fare questo abbiamo bisogno di voi, cittadini ed istituzioni: aiutateci ad aiutarvi!

LETTERA APERTA DEI MEDICI DI FAMIGLIA, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ALLE ISTITUZIONI

Ai decisori e dirigenti delle istituzioni politiche e sanitarie:

immaginate di essere in una guerra sanguinosa e di avere a disposizione un reggimento di Alpini addestrati alla battaglia; immaginate di chiuderli in un ufficio per giorni, settimane, mesi, a fare fotocopie dell'elenco del telefono. Questo è ciò che state

fattivamente realizzando con i protocolli pandemici che coinvolgono i Medici di Medicina Generale italiani convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale.

Burocrazia

In questo momento abbiamo un carico burocratico di tale portata, di tale complicazione e di tale inutilità che oltre a sovraccaricare la nostra possibilità di rispondere a tutte le richieste ci impedisce di svolgere in maniera seria e sicura il nostro lavoro, a discapito nostro e dei nostri assistiti.

Informazioni fuorvianti

I servizi di informazione come il 1500, ma anche servizi preposti a specifiche funzioni come il DSP o i reparti ospedalieri, rimandano continuamente il paziente alla consultazione del medico di medicina generale: nella stragrande maggioranza dei casi questo è inappropriato, non risolve il problema del paziente, e costituisce un pericoloso intralcio alla nostra professione. Chiediamo che tutti gli organi deputati alla diffusione di informazioni pongano particolare attenzione a non dare notizie contraddittorie e fuorvianti che finirebbero per gravare sul nostro lavoro.

Potenziamento dei servizi

Alcuni servizi pubblici del sistema sanitario si sono manifestati di fatto insufficienti: il DSP che ha la più alta competenza in materia di malattie infettive diffuse si è trovato ripetutamente in crisi nell'affrontare l'enorme mole di richieste (ampiamente previste con mesi di anticipo dall'analisi statistica dei dati) e nell'attuare ad esempio un'azione efficace di tracciamento per il contenimento dei contagi; la Continuità Assistenziale nei turni

notturni prefestivi e festivi si trova un carico enorme di richieste da gestire, talvolta inappropriate perché non si tratta tanto di visite urgenti ma di gestione anche solo burocratica dei casi o dei contatti covid; il servizio di informazioni nazionale, i contatti del DSP e della C.A. non sono mai immediatamente raggiungibili dai pazienti per l'alto numero di chiamate. È necessario potenziare adeguatamente tali servizi a seconda delle rispettive competenze fino alla dichiarazione di cessato stato di emergenza per la pandemia.

Tavoli di lavoro

Se la categoria dei MMG può in qualche modo contribuire al miglioramento di queste dinamiche, è necessario che le azioni siano prima concordate sul piano pratico e anche economico e che venga lasciata la libertà di adesione ai professionisti in quanto non tutti potrebbero avere disponibilità logistiche o attuative per soddisfare le azioni richieste. Perché questo sia realizzabile è necessario il coinvolgimento dei rappresentanti della categoria; una possibilità potrebbe essere l'istituzione di un tavolo di lavoro permanente.

Comunicazione

Non è più tollerabile che si annuncino anticipatamente sui social non istituzionali le azioni del Governo e delle Regioni e i protocolli operativi senza che noi ne abbiamo comunicazione e senza che le Aziende Sanitarie abbiano avuto la possibilità di mettere in atto l'organizzazione e le risorse necessarie; l'impatto dei pazienti che si riversano a noi MMG, che siamo ovviamente ignari e impreparati, costituisce non solo un ulteriore impedimento allo svolgimento della nostra attività ma anche un elemento di delusione

e conflitto che mina il rapporto di fiducia medico-paziente.

Mansioni inappropriate o inutili o ridondanti

• **Certificati INPS:**

- È inutile che i certificati di malattia per covid debbano essere redatti dai MMG quando c'è un provvedimento di isolamento o quarantena emanato dal DSP che definisce inizio e fine del periodo di assenza dal lavoro: che questi siano inviati direttamente all'INPS (o all'INAIL dove previsto) e considerati validi come certificato di malattia (o infortunio). – Chiediamo che venga esplicitata la possibilità di certificare la malattia in contumacia: la legge prevede che un medico certifichi lo stato di malattia in presenza del lavoratore, ma in caso di covid il DSP obbliga il paziente a non lasciare il proprio domicilio, e la pandemia impone in ogni caso che il soggetto sintomatico non possa frequentare luoghi aperti al pubblico (farmacie e studi medici).

- Chiediamo che venga introdotta la possibilità per il paziente di autocertificare lo stato di malattia: molte malattie non sono infatti dimostrabili clinicamente, come la cefalea o i disturbi d'ansia, inoltre far girare pazienti con segni e sintomi di malattie infettive comporta, oltre l'evidente disagio per il soggetto malato, anche la potenziale diffusione di infezione in ambienti, come gli ambulatori medici, frequentati anche da persone fragili.

• **Greenpass e certificazioni di esenzione o differimento della vaccinazione:** tutto ciò che riguarda le certificazioni covid e l'eventuale esenzione o differimento dalla vaccinazione covid deve essere gestito dalle apposite commissioni o dai DSP. Non è compito del MMG né della C.A.

Accessibilità dei dati e dematerializzazione

Per consentire l'accesso alle informazioni utili alla gestione dei pazienti è necessario che siano resi visibili in cartella clinica anche i referti di visite ed esami eseguiti in regime di ricovero ospedaliero o DH o di accesso in PS che attualmente non risultano consultabili. La dematerializzazione effettiva delle impegnative e di tutti i tipi di ricetta farmacologica consentirebbe ai pazienti di evitare disagi e perdita di tempo.

CONCLUSIONE

Dall'inizio di questa pandemia, ma da sempre nella nostra professione, abbiamo svolto un lavoro invisibile, difficilmente quantificabile, ma estremamente prezioso ed efficace, perché capillare. Rispondere ai cittadini in un momento in cui non c'era né conoscenza del coronavirus, né mezzi di protezione, né cura, e aiutarli a capire come comportarsi nella loro situazione, è stata un'azione fondamentale, anche se non dettata da nessun DPCM o da nessun provvedimento, che ha contribuito a contenere gli accessi in ospedale. Il nostro lavoro non è fatto solo di impegnative o DRG, ma è fatto di relazione con le persone, di sensibilità e di lettura delle situazioni, spesso con la necessità di trovare soluzioni non previste dai protocolli o non sempre attuabili con le risorse disponibili. Sovraccaricare il nostro tempo, disperdere le nostre energie e toglierci libertà e autonomia d'azione porta a danni che riguardano noi medici di famiglia come persone e come professionisti, danni che riguardano i pazienti che potrebbero veramente non trovarci disponibili nel momento del bisogno, danni che deriverebbero dall'aumentato rischio di errore a causa del lavoro svolto in

condizioni non ottimali e del mancato riposo, e danni a quel lavoro che le istituzioni cercano di programmare ed attuare in questa pandemia, ma che potrebbe non essere efficace se noi, per i cicli futuri dettati dalla burocrazia e per il misuso della nostra professionalità da parte dell'utenza e delle istituzioni, esauriamo tutte le risorse da mettere in campo. Stiamo pagando un prezzo veramente alto. Proviamo a migliorare le cose insieme: per evitare il dilagare dei casi di burnout tra i sanitari, per evitare di vedere aumentare continuamente le richieste di prepensionamenti e per evitare che i colleghi più giovani si allontanino dalla professione determinando irrimediabilmente la mancanza di forza lavoro. Vogliamo tornare a poter far bene e dignitosamente il nostro lavoro. Vogliamo gestire le patologie in acuto, fare diagnosi, proporre terapie, monitorare i pazienti con patologie croniche, farci propositivi nella medicina preventiva, accompagnare i pazienti nei momenti più critici della loro vita e poter curare il nostro aggiornamento professionale. Noi firmatari Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Medici in Formazione per la Medicina Generale, esprimiamo grandissima solidarietà e vicinanza a tutti i colleghi, infermieri, OSS e a tutto il personale sanitario come noi impegnato a fronteggiare la pandemia e che come noi sta vivendo momenti di grandissimo stress psicofisico.

La lettera è stata pubblica sulla rivista online Quotidiano Sanità, corredata dai nominativi dei MMG dell'Ausl Romagna che l'hanno sottoscritta. Consultabile al link: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5976996.pdf>



DALLA «DOMINANZA MEDICA» ALLA IRRILEVANZA?

di Marco Grassi

LA PROFESSIONE MEDICA, rappresentata sia dai dipendenti ospedalieri che dai convenzionati MMC, è stato ed è uno dei tre «poteri» che si fronteggiano nell'ambito socio-sanitario e che (inter)agiscono per spostare gli equilibri a proprio favore. Ai medici e al complesso sanitario-industriale (produttori e distributori di farmaci (grossisti e farmacie), produttori e fornitori di servizi per la cura della persona, strutture per diagnosi e cura (case di cura, poliambulatori, professionisti privati) si contrappone il «pubblico» regolatore delle relazioni fra i vari attori.

Storicamente, almeno fino agli anni '60, i medici hanno esercitato in autonomia una sorta di controllo monopolistico nell'ambito «sanitario» concessogli dalla società (e dalle entità statali) sulla base di garanzie che la professione medica era in grado di fornire: prassi e mansioni fondate su basi razionali e tecnico-scientifiche e impegno di servizio etico/deontologico verso i pazienti e la comunità. Il risultato di questa relativa autonomia ha prodotto un'egemonia sulle altre professioni sanitarie, un controllo sul mercato, sui clienti, sulla formazione e inoltre un'influenza

significativa sui decisori pubblici. La «dominanza medica», astrazione studiata e dibattuta ancora oggi, nonostante viva la sua fase di declino è un concetto che viene introdotto dal sociologo americano Freidson (Freidson 2002), che vi individua due elementi costitutivi: l'autonomia professionale e la posizione dominante assunta nei confronti delle altre professioni del sistema sanitario. Di poco precedente (Tousijn, 2000) era una analisi che aveva individuate e descritte almeno quattro forme di dominanza medica che corrispondono ad altrettanti tipi di strategie attuate dai medici per differenziare il loro ruolo da quello di altre professioni: la **dominanza funzionale**, basata sul monopolio dei medici sulle funzioni del processo di cura, diagnosi e scelta della terapia; la **dominanza gerarchica**, fondata sulla divisione verticale del lavoro specie all'interno degli ospedali; la **dominanza scientifica**, derivante dal potere medico di definire ambiti e competenze della medicina in quanto scienza; la **dominanza istituzionale**, che fa riferimento alla massiccia presenza di medici nelle commissioni abilitative di molte occupazioni sanitarie, nei corpi docenti, nelle istituzioni

centrali di ogni professione. Uno dei cardini della «dominanza», fino a quando questa è rimasta tale, è stata l'autonomia professionale, ovvero la detenzione da parte della professione medica di un elevato grado di autonomia funzionale, il che implica un livello di controllo sul contenuto del lavoro svolto: ciò si realizza nel potere di indirizzare il lavoro nella forma ritenuta più opportuna, nell'esercitare un controllo sulla produzione delle conoscenze-abilità tecniche essenziali all'esercizio della professione.

Secondo gli storici la «dominanza medica» ha permeato la professione e il sistema sanitario dall'inizio fino agli anni '60 del secolo scorso. In Italia, con la prima riforma sanitaria del 1978 che istituì il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), la società tramite gli organismi istituzionali di rappresentanza si riprendeva una parte del «potere» fino ad allora delegato alla medicina, controbilanciando con l'influenza della politica nelle costituite Unità Socio Sanitarie Locali (USSL) il «dominio» della professione medica. Crescenti interferenze e controlli esterni sull'attività professionale hanno portato ad un progressivo declino dell'autonomia clinica e, come effetto collaterale, dell'autorevolezza professionale. La seconda riforma sanitaria del 1992 ha inferto il secondo e più rilevante colpo alla «dominanza medica» con l'aziendalizzazione e soprattutto con la managerializzazione del servizio sanitario, specie ospedaliero. Sempre in questo periodo, il terzo «attore» ovvero il produttore di beni e servizio per la salute (principalmente l'industria produttrice di farmaci) si era rapidamente espanso con un aumento incontrollato dell'offerta

che aveva messo in discussione i già allora traballanti equilibri finanziari dell'intervento pubblico. È del 1994 la riclassificazione del prontuario terapeutico che escludeva dalla rimborsabilità «farmaci» fino ad allora dispensati dal SSN in gran quantità: vitamine, «ricostituenti», integratori, sali minerali, sciroppi «digestivi», mucolitici, creme e lozioni, etc. Tutti «farmaci» di dubbia o limitata efficacia, al più costosi placebo. Allora, come oggi, per giustificare questa «stretta» prescrittiva fu facile per il decisore pubblico additare i MMG come responsabili di una prescrizione fuori controllo sia dal punto di vista economico che scientifico. Lo sfoltimento del prontuario terapeutico inaugurò la stagione dei vincoli prescrittivi a base di «note» prima e di «piani terapeutici» poi che si prolunga con alterne vicende e revisioni fino ai giorni nostri. Gli interventi della prima Commissione Unica del Farmaco (CUF) sono l'esempio emblematico del nascente controllo burocratico sulle decisioni mediche seppur supportato scientificamente dalla Evidence Based Medicine (EBM). Se da un lato i dispositivi tecnici, cioè i criteri inseriti come vincolanti per la prescrizione a carico del SSN di determinate classi di farmaci, non erano «scientificamente» in discussione, dall'altro l'applicazione nella pratica quotidiana mise ben presto in luce problemi di applicazione con contraccolpi sulle relazioni fra MMG e specialisti che non erano tenuti a rispondere direttamente delle prescrizioni da loro indotte. Per colmare, e calmare, il gap di responsabilità fra i vari prescrittori del SSN la riforma Bindi ter del 1999 estese a tutti i professionisti del SSN l'obbligo di appropriatezza

prescrittiva espandendo, quindi, il controllo burocratico sulla professione seppur con scarsi effetti pratici. Un effetto reale purtroppo lo ottenne: a fare le spese della razionalizzazione burocratica e dei controlli esterni, in realtà una sorta di razionamento mascherato, è stata la relazione dei professionisti con pazienti sempre più informati ed esigenti per un diffuso consumerismo. Le «note» terapeutiche cui si sono poi aggiunte quelle diagnostiche hanno avuto un impatto destabilizzante sulla relazione di cura a tutti i livelli anche se, paradossalmente, a risentirne maggiormente sono stati i medici convenzionati che, in teoria, avrebbero dovuto godere come liberi professionisti di maggiori spazi di manovra rispetto ai colleghi dipendenti. A segnare ulteriormente le difficoltà della professione nelle relazioni con l'«utenza» ha influito anche la dissonanza fra percorsi di diagnosi e cura burocraticamente controllati e la «retorica» prevalente che chiedeva ai medici di promuovere empatia, ascolto e partnership del paziente, autonomia e consenso informato, empowerment, olismo e integrazione in un sistema che era sostanzialmente dis-integrato per il disallineamento fra il «desiderabile» dai pazienti/utenti e il realmente «possibile». La promozione retorica della personalizzazione delle cure si scontrava con la standardizzazione indotta dall'imposizione di decisioni diagnostico-terapeutiche predeterminate e routinarie verso tutti i pazienti a prescindere dalla loro complessità, variabilità e unicità in nome di una razionalizzazione e presunta «appropriatezza». Il ruolo di passivo esecutore di compiti impiegatizi ed amministrativi riservato ai

MMG è stato il risultato forse non voluto ma ampiamente prevedibile. Sull'altro versante, quello ospedaliero, la «proletarizzazione», in quanto a compensi e carriera del medico dipendente, e un sempre maggiore carico di richieste di prestazioni, a fronte di un taglio reale delle piante organiche, non poteva che allargare il ricorso al «privato». La morsa strettasi sia sulla medicina territoriale che su quella ospedaliera con il controllo burocratico-manageriale a base di budget, medie prescrittive, centri di costo, controlli contabili, protocolli, linee guida, report di spesa etc. ha prodotto un declino della «dominanza» e autorevolezza proporzionale alla stretta della morsa. Questo lungo excursus storico, necessario per comprendere l'esistente, introduce le criticità del presente già ben tratteggiate nell'Editoriale di questo numero del Notiziario.

L'impatto della pandemia e le proposte di riordino della MG

La pandemia ha assestato un ulteriore colpo all'autonomia e autorevolezza di una medicina territoriale, basata essenzialmente sulla MG, abbandonata a se stessa ma al contempo ritenuta responsabile dell'inefficace e latitante risposta organizzativa.

Storicamente, almeno fino agli anni '60, i medici hanno esercitato in autonomia una sorta di controllo monopolistico nell'ambito «sanitario» concessogli dalla società.

Così la crisi pandemica è stata l'occasione propizia per spingere in cima all'agenda politica la necessità di un riordino della MG. Fra le varie opzioni il passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati come soluzione dei problemi emergenti ha trovato più di una «sponda» istituzionale complice anche un revival del centralismo statale che ha dovuto supplire al carente coordinamento regionale della crisi e sull'onda di una campagna mediatica denigratoria verso la categoria. Come è stato ampiamente stigmatizzato dai colleghi, una stampa oltremodo aggressiva quanto disinformata nei confronti del lavoro svolto in due anni di pandemia dai MMG ha focalizzato le denunce di inefficienza della MG su luoghi comuni come i MG libero-professionisti estranei al SSN, inadeguati ad arginare le sfide del futuro, «fannulloni» aperti solo 15 ore a settimana, latitanti al telefono e spesso anche nell'assistenza ai cronici ed altre «piacevolezze» ben note ai colleghi. In questo contesto la proposta di passaggio alla dipendenza si configura come ultimo atto della progressiva erosione di una «dominanza» professionale di cui non restano che labili

A fare le spese della razionalizzazione burocratica e dei controlli esterni è stata la relazione dei professionisti con pazienti sempre più informati ed esigenti per un diffuso consumerismo.

tracce, come dimostra il percorso evolutivo sopra schematizzato. Un eventuale passaggio alla dipendenza segnerebbe il venire meno della residua autonomia organizzativa e professionale dei convenzionati, ormai confinata nella gestione del proprio studio (in pratica alla gestione di tutte le spese e incombenze a carico del MMG) e delle modalità di contatto e relazione con i pazienti. Quest'ultima attività, punto di forza e peculiarità distintiva della MG rispetto agli altri medici del SSN, in realtà, si è profondamente modificato con la pandemia che ha peggiorato la conflittualità latente fra MMG e pazienti sfiduciati, impauriti e non raramente «incattiviti», specie la frangia «no-vax» che si è spinta fino alle minacce e intimidazione legale. In questo contesto già demoralizzante l'istituzione pubblica non ha mancato di produrre ulteriore inutile burocrazia. Valga ad esempio l'introduzione di ulteriori 2 note AIFA (la 99 e la 100!) piombate sulle scrivanie dei MMG, con azzeccata scelta di tempo nel pieno della seconda e terza ondata di Covid e la proliferazione di piattaforme informatiche a silos che non interagiscono fra loro e moltiplicano le stesse procedure. A creare ulteriore sconcerto e disorientamento sono giunte le proposte di riordino della MG, fra cui ha avuto un certo interesse la proposta, mai realmente formalizzata, di passaggio alla dipendenza.

Le criticità della transizione

La componente giovanile e femminile della categoria e i colleghi nei contesti più esposti alle tensioni con i pazienti, si

sono dimostrati interessati allo scambio proposto dall'operazione «dipendenza» che in cambio del rapporto di subordinazione avrebbero avuto le maggiori tutele lavorative e previdenziali (malattia, ferie, gravidanza, assicurazioni etc..) tipiche della dipendenza, il disimpegno del ricatto della revoca e orari certi di lavoro. Ma non è tutto oro ciò che luccica: fatte salve alcune tutele previdenziali (malattia, gravidanza, infortunio assenti nel «contratto» dei MMG) le restanti garanzie (orario, ferie) sono tutt'altro che «certe» o particolarmente favorevoli come possono testimoniare i colleghi dipendenti (ferie maturate e non godute o sospese, straordinari non pagati, turni senza adeguato ristoro psico-fisico, etc.). Oltre a ciò la proposta di «dipendenza» è a rischio di insostenibilità finanziaria, criticità normative (la dipendenza nel settore pubblico prevede per legge l'assunzione per concorso), compatibilità logistico-organizzative di non poco conto. Da qui il braccio di ferro fra regioni favorevoli alla dipendenza e ministro propugnatore di una evoluzione normativa come la proposta di un Accordo collettivo Nazionale (ACN) basato su una attività per i MMG di 38 ore: 20 nei singoli ambulatori e 18 nelle strutture aziendali come Case della Salute o Ospedali di Comunità. Proposta quest'ultima di implementazione tutt'altro che agevole. Le incertezze sul futuro della MG sta già destabilizzando gli equilibri dei servizi territoriali, già precari anche in epoca pre-Covid. Da un lato il prepensionamento dei MMG ultrasessantenni (rispetto alla soglia massima di 70 anni che fino a pochi anni fa era la regola) per il deteriorarsi delle condizioni

di lavoro e le incerte prospettive future, dall'altro la scarsa attrattiva della professione sui neolaureati che potrebbero accedere al Corso di Formazione Specifica in MG (CFS) e la disillusione di chi già in possesso di Diploma di Formazione Specifica e di convenzione lascia l'attività appena iniziata o non la intraprende affatto. Il risultato pratico sono i posti vacanti lasciati liberi dai pensionati che vengono occupati solo in parte dai giovani con il rischio concreto di privare milioni di cittadini dall'assistenza primaria così come è stata praticata fino ad ora. La fuga in massa dal SSN dei medici (la semplice stringa «fuga SSN» su un noto motore di ricerca restituisce una allarmante rendicontazione) è l'ultimo atto della parabola discendente di una «dominanza medica» arrivata al capolinea del suo ciclo storico. Ogni medico dal tempo di Ippocrate ha cambiato modo di pensare e agire, solo che adesso accade più volte nella vita professionale. Come medici siamo pronti al cambiamento, desiderosi di una medicina nuova, dinamica e vicina al singolo paziente ma allo stesso tempo paralizzati da un sistema che ci considera non risorse ma «pedine». Una nuova medicina non può nascere senza il contributo dei medici, in particolare dei giovani medici che sono più naturalmente disposti a cambiare paradigma e che vivono già nel futuro.

17

Bibliografia

- Freidson Eliot, *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie* – Franco Angeli editore Milano, 2002
- Tousijn W., *Medical dominance in Italy: a partial decline*. Soc Sci Med. 2002 Sep;55(5):733-41.



LA COMPLESSITÀ È LA GIOIA DELLA MEDICINA GENERALE

di Giovanni Morolli

18

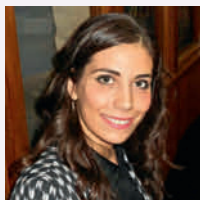
Durante il mio primo anno della facoltà di medicina, un docente ci ha informato che “il sessanta per cento di voi finirà per diventare medico di famiglia”, ma si è espresso in modo tale da fare intendere che si sarebbe trattato di una seconda scelta. Ad una mia amica, eccellente studentessa, è stato chiesto il motivo della scelta della medicina di base, invece di una carriera specialistica in clinica universitaria. Questo atteggiamento potrebbe aver un ruolo nello scoraggiare la scelta professionale di medico di medicina generale. Eppure molti MMG, hanno scelto di esserlo senza avere la sensazione di accontentarsi di una carriera di minor prestigio. Tralasciando il targeting dei media, l'interferenza del governo centrale, i tentativi di microgestione attraverso variazioni contrattuali, la burocrazia, spiego perché, nonostante tutto questo, amo il mio lavoro.

Alcuni gesti sono apparentemente semplici ma di soddisfazione. Trovare l'antibiotico giusto per curare un'infezione, diagnosticare una condizione autolimitante e riuscire a rassicurare un paziente che temeva il peggio. Molto del mio tempo è impegnato da pazienti con più patologie costringendomi a

destreggiarmi tra farmaci e sintomi di diverse condizioni, rendendo la complessità di questo lavoro intellettualmente stimolante. Oltre alla mia formazione tecnica, ho il vantaggio di conoscere il paziente cioè lo strumento più potente che ho per capire cosa ci sia che non va e cosa dovrei fare al riguardo. So come i miei pazienti normalmente camminino e parlino, quanto di solito siano calmi o preoccupati, quando perdano peso o siano meno reattivi. Conosco anche le loro famiglie ed anche i pazienti mi conoscono e sanno quando faccio bene il mio lavoro, valutano l'impegno nei loro confronti e insieme prendiamo decisioni difficili ed esploriamo i limiti della medicina. Sono testimone dei momenti importanti della vita dei miei pazienti, nascite, morti, separazioni, incidenti, delusioni, problemi economici. **NON SONO UN MEDICO QUALSIASI, MA SONO IL LORO MEDICO.** Non è un lavoro facile, ma è profondamente affascinante e di soddisfazione. La sfida per i nostri leader politici è creare un SSN nel quale sia possibile continuare a praticare questo lavoro e riuscire a reclutare altri medici di comunità.

Bibliografia

Helen Salisbury, *The complexity and joy of general practice* BMJ 2022; 376



VOCI DI PROTESTA. LA NECESSITÀ DI UNA SVOLTA PER LA MEDICINA GENERALE

di Giulia Grossi

LA PANDEMIA DA COVID 19 che da due anni imperversa a livello globale ha posto sotto forte stress anche il nostro sistema sanitario nazionale, sia ospedaliero che territoriale, con una ricaduta ultima sugli operatori sanitari che si sono trovati a gestire una situazione storicamente inedita, sia da un punto di vista di gestione di una patologia sconosciuta sia di una nuova organizzazione del lavoro. Se nelle prime ondate pandemiche il più grande impegno sanitario è stato sul fronte di limitare le vittime e studiare il virus per poter trovare una vaccinazione e cure efficaci, con l'arrivo del vaccino e una crescente consapevolezza sul come trattare i malati, la percezione della malattia a livello sociale si è modificata. La discussione, da prettamente sanitaria è diventata socio-politico-sanitaria, con una modalità tale che in alcuni casi ha anche modificato il rapporto tra medici e i propri pazienti. Se in una prima fase il medico eroe del popolo rischiava la propria vita per combattere un virus sconosciuto e salvare quante più persone possibili, con il passare del tempo quest'ultimo si è trasformato, per una fascia di popolazione, in carceriere (capace di rilasciare o togliere un green pass dopo

aver imposto l'esecuzione di un tampone), inoculatore di preparati tossici o sul letto di una camera di rianimazione, figura di cui sospettare a tal punto da concordare la terapia con l'avvocato.

L'evoluzione della pandemia inoltre, grazie anche a una campagna vaccinale di massa, ha portato allo sviluppo di varianti virali sempre meno mortifere e sempre più contagiose, che hanno alleggerito la pressione sulla medicina ospedaliera ma hanno caricato a dismisura quella territoriale, nella quale i Medici di Medicina Generale si sono trovati a gestire un enorme numero di casi. L'interazione e il dialogo tra l'ospedale, il territorio e tra i vari servizi e dipartimenti non è stato completamente all'altezza di gestire ondate sempre più massive, portando nell'ultima a un generalizzato malcontento a livello nazionale dei Medici di Medicina Generale.

Con l'ondata di Omicron i Medici di Medicina Generale, già sfiniti da quasi due anni di lavoro a testa bassa per sostenere un territorio fatto da persone a loro volta stremate da questa pandemia, si sono trovati letteralmente travolti dall'onda dei positivi.

Ed è proprio in questo clima nazionale, che a fine gennaio 2022 anche nella nostra regione e nella

nostra provincia, molti Medici di Medicina Generale hanno deciso di far sentire la loro voce.

A livello regionale il Dott. Daniele Morini, MMG di Faenza, si è fatto portavoce di circa 200 medici (per lo più under 40) che hanno firmato una lettera aperta alle istituzioni e ai cittadini comparsa su diversi quotidiani regionali ma anche su riviste nazionali, per denunciare le condizioni di lavoro diventate impossibili e per proporre idee atte a instaurare un confronto con le istituzioni sanitarie per riorganizzare il lavoro e favorire il coordinamento fra le parti.

Anche sul territorio riminese il coro si è alzato e circa novanta tra Medici di Medicina Generale, Medici in Formazione Specialistica in Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Medici USCA hanno firmato due lettere aperte, una alle istituzioni e una alla cittadinanza, che hanno portato in data 2 febbraio 2022 a una conferenza stampa, indetta dal Dott. Corrado Polizzi che ha permesso ai colleghi di esprimere ai giornalisti il perché della protesta. Ciò che senza dubbio è stato positivo è che queste voci non si siano perse in un eco ridondante e fine a sé stesso.

In data 4 febbraio 2022 infatti, dopo la pubblicazione della lettera firmata dai circa 200 Medici di Medicina Generale della Regione, il Direttore Generale dell'Ausl Romagna Dott. Tiziano Carradori ha contattato il Dott. Daniele Morini con la proposta di un incontro.

In data 16 febbraio 2022 una delegazione di Medici di Medicina Generale rappresentanti di varie province romagnole tra i 200 firmatari, hanno incontrato il Direttore Generale.

L'ascolto e il confronto fra le parti, ha portato alla proposta della nascita di tavoli di lavoro chiamati "Osservatori per la Medicina Generale" con lo scopo di permettere un incontro sul territorio a livello di distretti tra rappresentanti della Medicina Generale e Direttori di Distretto, rappresentanti ospedalieri e degli altri servizi del territorio.

Il lavoro è continuato in data 15 marzo dove in qualità di rappresentante dei Medici di Medicina Generale firmatari riminesi, insieme al Dott. Daniele Morini, rappresentante dei ravennati e alla Dott.ssa Francesca Stagno rappresentante di Forlì-Cesena, abbiamo incontrato la Dott.ssa Caterina Florescu della Direzione Generale e il Dott. Francesco Sintoni Direttore del Distretto Forlì-Cesena-Rubicone, per iniziare a discutere le modalità di riunione e organizzazione degli Osservatori distrettuali per la Medicina Generale. Al momento sembra che dalle voci di protesta ne sia scaturita un'iniziale svolta per la Medicina Generale, che necessita in questa fase storica di un dialogo locale e capillare sempre più presente con i rappresentati aziendali del Distretto, delle Cure Primarie, della Sanità Pubblica, della Direzione Tecnica e Infermieristica e della Direzione Medica Ospedaliera.



QUELLO CHE I MEDIA NON DICONO: LA VERITÀ SU «I MEDICI DI BASE»

di Giulia Grossi

Chi siete?

Siamo più di 170 giovani Medici di Medicina Generale, condividiamo idee, e abbiamo scelto nella nostra vita di fare il Medico di Famiglia.

Cosa denunciate?

Le condizioni impossibili in cui siamo costretti a lavorare e le continue critiche portate avanti non solo da televisioni e social, ma sempre più spesso anche dai nostri assistiti. In queste ultime ondate Covid abbiamo appreso le novità sulle procedure attraverso le dichiarazioni di qualche politico su Facebook, facendoci passare come inefficienti. Non è possibile che qualunque interlocutore

(Ufficio d'Igiene, 1500, CUP, datori di lavoro, per citarne solo alcuni) a domanda del cittadino risponda "CHIEDA AL SUO MEDICO DI BASE". Tutte queste incombenze inutili ci tolgono tempo per la nostra attività clinica: un esempio fra tutti dover trascrivere certificati INPS a fronte di provvedimenti di isolamento già protocollati. Le altre patologie, diverse dal Covid, non sono sparite, ma rischiano di passare in secondo piano, e il nostro compito di medici disatteso, nostro malgrado. Per dare due numeri, da circa due anni ogni medico di famiglia gestisce da 80 a 120 contatti al giorno, un aumento di 3-4 volte le richieste abituali.

21



Quindi volete dire che non siete responsabili del default della medicina territoriale che la gente lamenta?

Siamo stati e continuiamo ad essere accanto alla popolazione, impegnati nel dare risposte alla gente, anche di fronte a comunicazioni spesso caotiche e fumose. Siamo stati trattati come marionette in balia di un'orda di pazienti giustamente confusi, spaventati, allarmati, invischiati in difficoltà burocratiche. E alla fine siamo diventati capri espiatori, un vecchio tappeto di casa da buttare, sotto cui nascondere la polvere: ossia tutti i compiti NON svolti dalle istituzioni, e riversati su "i medici di base".

Come si prospetta il futuro per la medicina del territorio?

Probabilmente la storia riconoscerà che la medicina del territorio non è costituita da lavativi e ciabattini, ma è IL presidio sanitario per eccellenza, che può arginare il dilagare della crisi di un Sistema Sanitario certamente insufficiente e impoverito. Se dovessimo mollare, si scatenerrebbe il caos sociale. Ma non è pensabile per noi continuare a lavorare in queste condizioni, ormai siamo STREMATI. Pensiamo al disastro che aspetta la Sanità Italiana Pubblica tra pochi mesi, allora le lamentele per la fila al telefono saranno ricordate con nostalgia. Forse ci si può salvare da questo futuro dove la medicina generale rischia di sparire, ma solo attraverso una EFFICACISSIMA COLLABORAZIONE FRA MEDICI E ASSISTITI.

Com'è stato possibile che sia accaduto questo?

Se vuoi affossare gente brava

e lavoratrice, dipingendo una categoria come lavativa, la metti in condizioni di non farcela, creando aspettative nella popolazione che non possano esser soddisfatte.

La medicina generale viene continuamente provocata per produrre una reazione veemente, ma noi restiamo al nostro posto. I media ci descrivono come «lobby cattiva», ma noi difendiamo i cittadini! Inoltre noi medici di famiglia abbiamo tantissimi pazienti, ma non sempre per nostra scelta: alcune Ausl hanno imposto lo sblocco del massimale (passare da 1500 a 1800 pazienti) per carenza di medici di medicina generale, quindi possiamo ritrovarci a dover assistere più pazienti di quanto abbiamo scelto.

La gente conosce davvero il lavoro del medico di famiglia?

Siamo una intera categoria che lavora per la maggior parte della giornata in maniera invisibile. Nessuno conosce cosa significhi davvero fare il medico di famiglia. Non lo sa il GOVERNO, che vorrebbe imporci la dipendenza, pensando che sia la soluzione a tutti i problemi, mentre a conti fatti servirebbero il doppio dei medici per fare il lavoro che facciamo noi ora. Non lo sanno le REGIONI, che ci comunicano le loro decisioni tramite Facebook, e che ci attribuiscono compiti che esulano dalla nostra disciplina, le stesse Regioni che per anni hanno formato troppi pochi medici in Medicina Generale, senza tener conto della già nota carenza che si sarebbe riscontrata a partire dal 2020. Non lo sa l'OPINIONE PUBBLICA, in particolare modo la televisione che ci dipinge come nullafacenti da 15 ore di

media a settimana, e lo ignorano completamente alcuni programmi televisivi "di inchiesta" che continuano a diffondere notizie false e denigratorie sulla nostra professione. Non lo sa la GENTE, che, persa nella confusione di questo momento, pensa che il proprio medico di famiglia sia di proprietà esclusiva, ad uso personale, sempre disponibile, sempre reperibile, 24h 7/7, ma NON SIAMO UN CALL CENTER e, se il medico non risponde a queste aspettative, lo aggredisce e ahimè in alcuni casi lo minaccia. Le incomprensioni con gli assistiti sono per lo più generate dalle false aspettative.

Quale proposta avete per riorganizzare i vostri ambulatori?

Per riorganizzare completamente un ambulatorio a fronte di una Sanità e una società così profondamente mutate ci vogliono cambiamenti importanti. Innanzitutto è fondamentale per il bene del cittadino che venga recuperato un vero rapporto di fiduciarità (cioè che il cittadino possa esprimere la scelta del medico e non se lo ritrovi assegnato come in ospedale), così come il rapporto convenzionale (da dipendenti non saremmo liberi nelle nostre scelte cliniche), e la capillarità e prossimità ai cittadini (non nascosti in cattedrali sanitarie). E' necessario snellire subito la burocrazia a favore dell'assistenza. I medici devono operare in gruppi organizzati, e non più in studi singoli, con un triage infermieristico, dobbiamo implementare i già esistenti ambulatori dedicati per patologia cronica con una organizzazione e spazi dedicati

(diabete, ipertensione/scompenso, bronchite) oltre che collegamento diretto con gli specialisti.

Pensare ad una organizzazione ambulatoriale per la presa in carico di problemi emergenti non programmabili. Possiamo dotarci di una diagnostica di primo livello disponibile in studio, implementare la telemedicina e i teleconsulti con gli specialisti, oltre che strutturare una gestione diretta del servizio infermieristico domiciliare. Non sono cose che si possono organizzare autonomamente, ci vuole un livello normativo che manca totalmente, nonostante i sindacati medici vadano in questa direzione da anni.

In definitiva, ce la faremo?

In questi due anni di pandemia non abbiamo mollato mai, abbiamo mantenuto la nostra attività clinica abituale e abbiamo assorbito con infinite ore di straordinario (sempre gratuite) i compiti propri di altri servizi. Noi tutti siamo specialisti poiché abbiamo affrontato un corso di formazione specifica in medicina generale (che andrebbe riconosciuto a livello universitario) che ci prepara ad essere specialisti della persona inserita nel territorio. Noi Medici di Famiglia di domani abbiamo la responsabilità di aiutare il legislatore a sviluppare un sistema COORDINATO ma AUTONOMO delle Cure Primarie, dimostrando alle Regioni quello che la medicina generale già sa fare, e fa, e cosa può fare ancora. Noi non abbiamo paura, anzi siamo affascinati dal cambiamento che ci attende, a patto di esserne protagonisti. La voce di chi conosce il territorio, la nostra voce, va ascoltata. Il cambiamento inizia da qui.

vita dell'ordine

PREMIO JANO PLANCO

24

Il 4 dicembre 2021 è stato consegnato il 4° premio Jano Planco d'oro al dott. Maurizio Focchi durante una cerimonia presso la sala convegni del Grand Hotel di Rimini. Maurizio Focchi infatti è medico tutt'ora iscritto all'ordine di Rimini, nonostante il suo impegno di imprenditore (è infatti amministratore delegato della Focchi spa). Il premio gli è stato attribuito in quanto fondatore di Cittadinanza onlus, una associazione che realizza e sostiene progetti di cooperazione internazionale, formazione e sensibilizzazione a favore delle persone con malattie psichiche e dei bambini con disabilità nei Paesi a basso reddito. Questa cerimonia,



che chiude l'annata di lavori, convegni e manifestazioni di cui l'Ordine si è fatto promotore, ha visto una folta partecipazione di colleghi e cittadini riminesi.

Motivazioni del premio

IANO PLANCO D'ORO

attribuito al

dott. Maurizio Focchi

adottate all'unanimità dal Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della provincia di Rimini



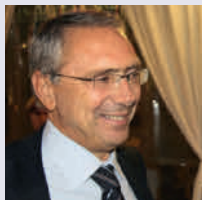
Perché, medico e imprenditore di successo alla guida della "Focchi Spa", azienda leader nella progettazione e realizzazione di facciate continue ad alto contenuto tecnologico e nell'ingegneria per l'involucro esterno di architetture complesse, ha sempre mantenuto l'appartenenza alla famiglia medica riminese;

Perché proprio in virtù del suo costante interesse per la medicina e il volontariato, nel 1999 dà vita a Rimini a **Cittadinanza Onlus**, una associazione che realizza e sostiene progetti di cooperazione internazionale, formazione e sensibilizzazione a favore delle persone con malattie psichiche e dei bambini con disabilità nei paesi a basso reddito;

Perché con il suo esempio ha indicato che si può essere di aiuto concreto impiegando parte del proprio tempo e delle proprie risorse, in organizzazioni di volontariato che promuovono e difendono i diritti delle persone malate e fragili nei paesi in via di sviluppo;

Perché in qualità di medico impegnato nel volontariato, ha contribuito al contrasto alle disuguaglianze sanitarie così drammaticamente presenti nei paesi poveri e, così facendo, ha dimostrato di agire seguendo solidi principi di etica medica.

*Rimini,
4 dicembre 2021*



IL TRATTAMENTO DEL DIABETE DI TIPO 2

di Emilio Rastelli

26

I farmaci così detti innovativi per il trattamento del diabete di tipo 2, finora riservati ai Centri Diabetologici, potranno essere prescritti anche dai medici di medicina generale.

Finalmente l'Agenzia Italiana del Farmaco, ha esteso ai medici di medicina generale la prescrizione degli inibitori del co-trasportatore sodio-glucosio (SGLT2i), degli agonisti recettoriali del GLP1 e degli inibitori della di-peptil-peptidasi 4 (DPP4) in nota 100.

Questi farmaci sono già prescrivibili da oltre 10 anni con Piano Terapeutico da parte degli specialisti dei Centri Diabetologici e da alcuni specialisti del SSN.

La Nota 100 permette ai MMG di prescrivere gli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP-1 e degli inibitori del DPP4 nei pazienti adulti con diabete mellito tipo 2 in controllo glicemico inadeguato, con valori di emoglobina glicata (HbA1c) superiore a 53 mmol/mol o 7.0%".

Nei pazienti con malattia cardiovascolare accertata o multipli fattori di rischio, gli inibitori del SGLT2 e gli agonisti recettoriali del GLP1 hanno infatti dimostrato di poter offrire benefici in termini di riduzione degli eventi cardiovascolari maggiori e della mortalità cardiovascolare, per la classe degli

SGLT2i è stato dimostrato anche un effetto sulla riduzione delle ospedalizzazioni per scompenso cardiaco mentre per gli agonisti recettoriali del GLP1 l'effetto sembra essere più rilevante sulla riduzione dell'ictus. Gli inibitori del SGLT2 e in minor misura gli agonisti recettoriali del GLP1 sono stati associati anche a benefici in termini di riduzione della progressione del danno renale e a calo ponderale.

Qualora le modificazioni dello stile di vita, dieta, attività fisica, calo ponderale, non porti al compenso glicico metabolico sperato e ciò avvenisse nonostante la terapia con metformina si rende necessario associare altri farmaci.

L'uso delle sulfanilure perde la preminenza che aveva in passato ed era auspicabile che venisse abbandonata tale classi di farmaci. Il MMG deve quindi cominciare a conoscere ed utilizzare questi farmaci innovativi.

- I DPP4 hanno un ruolo come farmaco di primo impiego nei pazienti di nuova diagnosi, non complicati in associazione con metformina, pioglitazone, e negli intolleranti a questi farmaci anche come unico farmaco.

- Nei pazienti in prevenzione cardiovascolare primaria con



L'evoluzione delle Linee di Guida SID/AMD 2021- Nuovi standard di cura⁽¹⁾

Nei pazienti con DMT2, lo scompenso cardiaco e insufficienza renale cronica
sono le prime manifestazioni cardiovascolari⁽²⁾

Linee di Guida SID/AMD 2021

La terapia farmacologica del paziente con DMT2⁽¹⁾

27

DMT2 senza eventi CV⁽¹⁾



DMT2 con eventi CV senza HF⁽¹⁾



DMT2 e HF⁽¹⁾



Elaborazione grafica da dati da tabella Rif 1

** DPP-4i farmaci di terza scelta

rischio CV elevato, e nei pazienti in prevenzione CV secondaria dovrebbe essere preferito un inibitore del SGLT2 o un agonista recettoriale del GLP1 (entrambi quando non controindicati e ben tollerati).

- un inibitore del SGLT2, quando non controindicato e ben tollerato, dovrebbe essere invece considerato preferenzialmente nei pazienti con scompenso cardiaco o con malattia renale cronica.

Attualmente i medici di medicina generale del SSN possono prescrivere i farmaci in monoterapia, o in associazione ad altri farmaci purché non siano DPP4, GLP1 o SGLT2. In pratica l'associazione di un inibitore del SGLT-2 con un inibitore

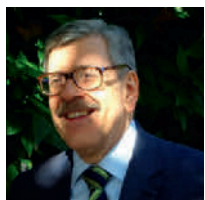
del DPP4, oppure di un inibitore del SGLT2 con un agonista recettoriale del GLP1, rimane di esclusiva competenza dello specialista. SGLT2 e DPP4 sono farmaci per os, mentre i GLP1 vengono somministrati per via parenterale, in genere settimanale con iniezione mediante apposite siringhe precostituite. L'associazione con insulina è sempre prevista senza limitazione. La prescrizione di tutti i farmaci inseriti in Nota 100 è associata, sia da parte dello specialista che da parte del medico di medicina generale, alla compilazione di una scheda di valutazione e prescrizione. La Nota 100 specifica i farmaci a carico del SSN e le associazioni ammesse alla prescrizione:

Inibitori del SGLT-2	canagliflozin dapagliflozin empagliflozin ertugliflozin
Agonisti recettoriali GLP1	dulaglutide exenatide exenatide LAR liraglutide lixisenatide semaglutide
Inibitori del DPP4	alogliptin linagliptin saxagliptin sitagliptin vildagliptin
Associazioni precostituite	canagliflozin/metformina dapagliflozin/metformina empagliflozin/metformina empagliflozin/linagliptin ertugliflozin/ metformina saxagliptin/dapagliflozin degludec/ liraglutide glargine/lixisenatide alogliptin/metformina alogliptin/pioglitazone linagliptin/metformina saxagliptin/ metformina sitagliptin/metformina vildagliptin/metformina

Bibliografia

1-<https://www.aifa.gov.it/nota-100>

2-NOTA 100 cosa cambia nel trattamento del paziente diabete di tipo2? Intervista al Prof. Andrea Giaccari, Professore associato di Endocrinologia Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Università Cattolica de Sacro Cuore, Roma. MSDsalute



STRANI PICCOLI TUMORI

di Sante Enrico Cogliandro

L FOSFORO È UNO DEGLI elementi più rappresentati nell'organismo: 500-700 grammi, per la maggior parte (85%) depositati nell'osso; ma basterà dire acidi nucleici, ATP, fosfolipidi, per sottolineare l'importanza di quel 15% rimanente. Il fosforo abbonda nella dieta – anche troppo, come vedremo –, e l'ordinaria amministrazione è smaltirlo con le urine, dalle quali però scompare, se per qualche motivo l'apporto è insufficiente: se questo non avviene, qualcosa non va a livello del tubulo renale. Lo scheletro (gli osteociti) è anche il maggior produttore di *Fibroblast Growth Factor-23* (FGF23), ormone glicoproteico che in presenza di iperfosfatemia, suo principale secretagogo, sopprime sia il riassorbimento tubulare del fosfato, sia la sintesi renale di Calcitriolo. Quest'ultimo è il prodotto ormonale finale del metabolismo della vitamina D: promuove l'assorbimento intestinale dei minerali e a sua volta stimola a *feedback* il rilascio di FGF23; qualcuno ha paragonato l'asse FGF23/Calcitriolo ad una "stele di Rosetta" endocrina che permette la comprensione fra due tessuti così diversi come l'osso e il rene. *Last but not least*, c'è un terzo attore protagonista nella fisiologia del fosfato, il Paratormone (PTH), fosfaturico come FGF23, ma,

all'opposto, stimolante la sintesi di Calcitriolo.

Ora, parte degli effetti di FGF23 presuppongono l'interazione con il suo co-recettore obbligato, cui non a caso è stato dato il nome mitologico della prima delle tre Moire, o Parche: Klotho, o Cloto, che filava il refe della vita; Lachisi ne sanciva i destini avvolgendolo al fuso, e Atropo, ahimè, a suo tempo lo recideva. L'animale privato ("knock-out") di FGF23 o di Klotho va infatti incontro a senescenza precoce (calcificazioni ectopiche, arteriosclerosi, cardiopatia ipertensiva, nefropatia, osteoporosi, sarcopenia, enfisema, sordità) e a morte, e la causa sarebbe l'eccesso cronico di fosfato. Da questa progerie viene protetto se insieme lo si rende insensibile alla vitamina D, privandolo anche dello specifico recettore: a quanto pare, il sistema FGF23-Klotho contrasta la potenziale tossicità dell'eccesso, sì, del fosfato, ma anche della vitamina D.

Klotho esiste anche in forma solubile, circolante, con attività endocrina e paracrina, somigliante alla renina in quanto enzima proteolitico, modulatore di numerose "vie della longevità", inerenti alla tumorigenesi, alla regolazione della pressione arteriosa e del microcircolo, all'infiammazione: Klotho che

protegge da malattia e fragilità, che si propone a biomarcatore dei segni del tempo sui tessuti, che fa sognare moderni "elisir" di lunga vita. O, come si dice, di più vita agli anni.

Osteomalacia è la conseguenza ultima di uno stato di carenza assoluta o funzionale di vitamina D: le concentrazioni di calcio nei fluidi extracellulari oscillano all'interno di una banda assai ristretta: al calo si oppone l'aumento del PTH (iperparatiroidismo secondario), che recupera calcio, a prezzo tuttavia di un impoverimento porotico dell'osso e di una deplezione fosfatica urinaria. Se il prodotto calcio x fosforo ematici scende sotto 25, la mineralizzazione è impedita, si accumula matrice osteoide non mineralizzata, e l'osso perde in resistenza tendendo a deformarsi e a fratturarsi (il rachitismo, patogeneticamente simile, si deve ad alterata mineralizzazione della cartilagine e quindi ad insufficiente ossificazione encondrale). Indistinguibile sul piano densitometrico – l'osteomalacia predilige l'osso corticale specie dell'avambraccio -, l'osteoporosi consiste invece in una perdita "antica" di massa ossea senza deficit di mineralizzazione; e comunque un'eventuale carenza D-vitaminica va preventivamente corretta, pena l'inefficacia delle terapie anti-riassorbitive.

Altra causa di osteomalacia può essere una severa deplezione in fosfato. Ne sono talora responsabili piccoli tumori mesenchimali per lo più benigni e a lento accrescimento, che producono FGF23, e si parla allora di osteomalacia oncogenica o *Tumor-Induced Osteomalacia*, TIO: emangiopericitomi, angiomi, angiofibromi, condromi, tumori

gigantocellulari ossei, con localizzazioni spesso insolite (seni paranasali, cavo popliteo, mandibola, diafisi delle ossa lunghe), e con maggiore incidenza in terza-quinta decade di vita; ma non mancano casi in cui la sindrome paraneoplastica si associa a neoplasie maligne, solide o ematologiche.

La sindrome osteomalacica consta di sintomi spesso vaghi e non remittenti, più lievi nei mesi estivi. Tipici il dolore, specie notturno, e la dolorabilità ossei; l'astenia muscolare, con trofismo relativamente conservato ma tono ridotto, tipicamente dei cingoli, da minima fin quasi alla paralisi; i disturbi della deambulazione. Le fratture da fragilità interessano le ossa soggette a carico, come femore e metatarsi; comuni le fratture costali, tipica quella spontanea dello sterno.

Anche la radiologia è simile all'osteoporosi: iper-trasparenza, fratture da fragilità, deformità; caratteristiche le strie di Looser-Milkman, linee corticali radiotrasparenti, perpendicolari all'asse maggiore del segmento osseo: si tratta di fratture da stress, che possono progredire a frattura completa.

La scintigrafia ossea dimostra ipercaptazione, diffusa, c.d.

La presenza sulle cellule tumorali di **recettori** per la Somatostatina consente un **approccio medico-nucleare** alla localizzazione del tumore.

La **sindrome osteomalacica** consta di sintomi spesso vaghi e non remittenti, più lievi nei mesi estivi. Tipici il dolore, specie notturno, e la **dolorabilità** ossei.

superscan, ovvero focale, potendo simulare ripetizioni neoplastiche. Oltre alla triade biochimica classica dell'osteomalacia – ipocalcemia, ipofosfatemia e iperfosfatasiemia alcalina – propria della TIO è la fosfaturia, con crollo del riassorbimento tubulare percentuale: (1 – fosfaturia su campione/ fosfatemia x creatininemia/creatininuria su campione). In particolari laboratori sono dimostrabili l'eccesso di FGF23

e livelli bassi, o inappropriatamente normali, di Calcitriolo: il quadro si sovrappone ai rachitismi fosfaturici ereditari, da eccesso non tumorale di FGF23, verso i quali, prima della conferma genetica, orientano esordio precoce, anamnesi familiare e clinica meno severa. La presenza sulle cellule tumorali di recettori per la Somatostatina consente un approccio medico-nucleare alla localizzazione del tumore con gli analoghi marcati: scintigrafia con 111-indio-pentretotide (Octreoscan) o PET con 68-gallio-DOTATOTE (preferibile al 18- fluoro-desossiglucosio). Rimuovere radicalmente il tumore porta alla guarigione; diversamente, oltre all'integrazione in fosfato e Calcitriolo, esiste oggi un approccio farmacologico con il burosumab, anticorpo monoclonale anti-FGF23 "prestato" dai rachitismi genetici di cui sopra, e, potenzialmente, l'infigratinib, inibitore dei recettori tirosin-chinasici per la famiglia degli FGF.

31

Bibliografia

Cheiki A et al.: Klotho: An Elephant in Aging Research. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 74 (2019) 1031–1042; Gonciulea AR, Jan de Beur, SM: Fibroblast Growth Factor 23-Mediated Bone Disease, *Endocrinol Metab Clin N Am* 46 (2017) 19-39; Hausler MR et L. The Role of Vitamin D in the FGF23, Klotho, Phosphate Bone-Kidney Endocrine Axis.

Rev Endocr Metab Disord 13 (2012) 57-69



FOCUS ON
di Laura Baffoni

32

"Role of Biological Sex in the Cardiovascular-Gut Microbiome Axis"

Shuangyue Li and Georgios Kararigas; *Front. Cardiovasc. Med.*
10 January 2022
<https://doi.org/10.3389/fcvm.2021.759735>

PRIMA DEL 2000 I LAVORI scientifici sul microbioma/microbiota erano poche decine all'anno, ma nel nuovo millennio i lavori sono cresciuti ad un ritmo esponenziale e già quest'anno, appena iniziato, ha visto la

pubblicazione di oltre 5000 articoli scientifici, come si evince da una ricerca su PubMed. In particolare il *microbiota intestinale* (MI) con la sua ampia diversità genetica e metabolica riveste un ruolo variegato, e solo in parte compreso, nella patogenesi e nella prognosi delle malattie, nell'efficacia e negli effetti avversi delle terapie, ed apre ulteriori prospettive per una terapia personalizzata. La review di Li e Kararigas indaga se il sesso e gli ormoni sessuali siano causa di una diversa composizione del MI, l'influenza dello stesso nello sviluppo e progressione della malattia cardiovascolare (CVD), e quanto il MI contribuisca alle differenze di sesso nelle CVD (fig. A).

Il MI comprende molte migliaia di microrganismi diversi ospitati all'interno dell'intestino umano, ma quattro sono i phyla batterici dominanti: Bacteroidetes, Firmicutes, Actinobacteria e Proteobacteria. Esiste una notevole diversità microbica tra i diversi individui, influenzata, probabilmente, da differenze di età, patrimonio genetico, area geografica, condizioni igieniche, alimentazione e comportamenti sociali. Perturbazioni della comunità microbica intestinale, dovute a fattori dietetici e

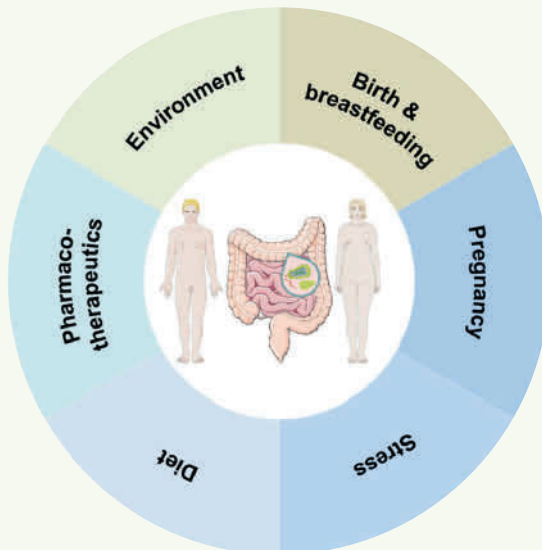


Fig. A

ambientali nonché agli stessi fattori genetici, si associano allo sviluppo di varie malattie, tra cui il cancro, la CVD, il diabete e l'obesità. Il tratto intestinale con i suoi microbi può agire come un organo "simil-endocrino", influenzando sugli organi bersaglio attraverso una varietà di processi correlati al metabolismo; infatti il MI produce un gran numero di metaboliti, alcuni dei quali vengono assorbiti nella circolazione sistemica e svolgono un ruolo bioattivo diretto, altri per essere attivi devono essere ulteriormente metabolizzati dagli enzimi ospiti (fig. B).

Uno squilibrio del MI è stato associato allo sviluppo di *ipertensione* (IT), importante fattore di rischio per CVD, in particolare è stata riscontrata una alterazione della composizione microbica sia degli uomini sia dei ratti ipertesi e in questi modelli animali non vi era distinzione tra quelli spontaneamente ipertesi e quelli resi ipertesi sperimentalmente con diete ricche di sale o con l'infusione continua di angiotensina II. In particolare nei ratti spontaneamente ipertesi e in quelli sottoposti ad infusione continua di angiotensina II è stato rilevato un pattern particolare caratterizzato da una diminuzione della ricchezza microbica e da un aumento del rapporto Firmicutes/Bacteroidetes (F/B), portando così ad una diminuzione dei batteri che producono gli acidi grassi a catena corta (SCFA) acetato e butirrato. Gli SCFA sono i principali metaboliti bioattivi del MI, in grado di influenzare i processi biologici dell'ospite e gli organi distali. In questo contesto, gli SCFA possono regolare la pressione sanguigna agendo su vari recettori accoppiati alle proteine G. La relazione causale

tra la disbiosi e l'IT si è avuta con gli studi sui trapianti fecali (dal ceco di ratti ipertesi) in ratti normotesi, ove si è osservato un impoverimento della ricchezza microbica con un aumento del rapporto F/B e l'insorgenza di IT. Inoltre, il trapianto fecale da pazienti umani ipertesi a topi privi di germi ha portato nei topi ad un aumento della pressione sanguigna. Altri lavori sperimentali sui topi hanno evidenziato il ruolo protettivo di una dieta ricca di fibre svolto attraverso l'aumentata prevalenza di *Bacteroides acidifaciens* che provocherebbe un aumento dei livelli di SCFA acetato, con azione protettiva contro lo sviluppo dell'IT. Inoltre nel topo è stato osservato che diete ricche di sale impoveriscono fortemente il MI di *Lactobacillus murinus*, mentre il trattamento dei topi con *L. murinus* ha prevenuto l'IT sensibile al sale modulando un ceppo di cellule T helper.

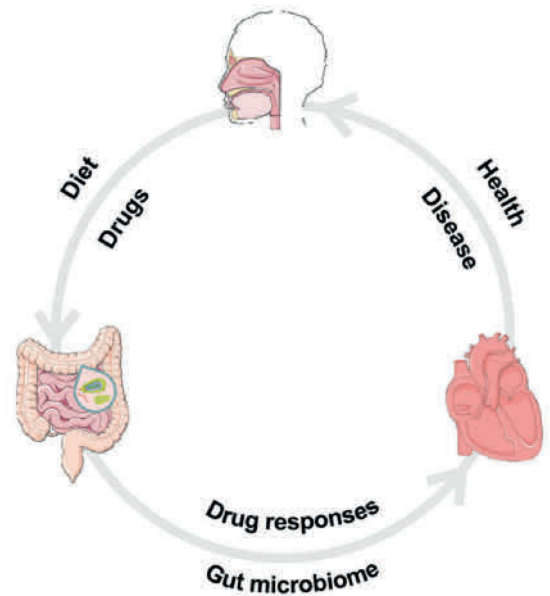


Fig. B

Anche per quanto riguarda l'*aterosclerosi*, che è la causa più importante di patologia vascolare in diversi distretti, il MI svolge un importante ruolo causale. In particolare, i batteri nell'intestino metabolizzano la fosfatidilcolina alimentare in trimetilammina, che attraversa la barriera intestinale e viene quindi trasportata al fegato, dove viene successivamente metabolizzata nella molecola proaterogena trimetilammina-N-ossido (TMAO), che rappresenta un fattore di rischio indipendente per la mortalità sia nei pazienti con malattia coronarica stabile sia nei pazienti con patologia vascolare periferica. In un modello sperimentale di infarto miocardico, un peggioramento della funzione ventricolare sinistra era associato ad una maggiore permeabilità intestinale, con traslocazione microbica che innescava e perpetuava un quadro di infiammazione sistemica, contribuendo quindi alla patogenesi della CVD. Altri lavori hanno dimostrato che la somministrazione di probiotici conferiva effetti cardioprotettivi, incluso il miglioramento della funzione ventricolare sinistra. Anche nei pazienti con *scompenso cardiaco* (SC) è stata dimostrata una

Il tratto intestinale con i suoi microbi può agire come un organo "simil-endocrino", influenzando sugli organi bersaglio attraverso una varietà di processi correlati al metabolismo.

riduzione della ricchezza microbica e un'aumentata permeabilità intestinale; la stessa disbiosi è stata riscontrata nei topi con SC indotto da sovraccarico di pressione. Inoltre altri studi hanno dimostrato nei pazienti con SC un aumento della TMAO che si correlava con una prognosi peggiore. Il nesso causale tra TMAO e sviluppo dello SC è stato evidenziato sperimentalmente sui roditori; infatti la somministrazione di TMAO portava allo sviluppo di ipertrofia miocardica e ad un quadro di rimodellamento patologico, caratterizzato da aumento della fibrosi, dilatazione ventricolare, assottigliamento della parete e disfunzione sistolica. La letteratura degli ultimi decenni sottolinea sempre più le differenze legate al sesso sia nella CVD sia nei fattori di rischio modificabili tradizionali, la cui incidenza varia con il sesso e l'età dei pazienti, per non parlare di quei fattori di rischio esclusivi del sesso femminile come la pre-eclampsia e il diabete gestazionale. Inoltre nelle donne risulta più frequente lo scompenso cardiaco con conservata frazione di eiezione che potrebbe dipendere da differenze sesso-specifiche nel rimodellamento della matrice extracellulare, favorite dalla riduzione degli estrogeni dopo la menopausa. Per quanto riguarda il MI studi sull'uomo e sugli animali hanno dimostrato che il sesso biologico influenza la composizione microbica intestinale, per esempio nelle donne sane la quantità di *Bacteroidetes* è inferiore rispetto agli uomini sani; ma l'obesità modifica questo rapporto che risulta essere invertito nei soggetti con un indice di massa corporea >33. Inoltre il sesso biologico influenza anche l'interazione tra il MI e fattori

ambientali, come la dieta. Sperimentalmente valutando diversi ceppi di topi, l'abbondanza di Bacteroidetes è inferiore nei topi femmine rispetto ai topi maschi, e quando si va ad osservare il MI nelle patologie, per esempio autoimmuni, le differenze di sesso nel MI sembrano essere responsabili della modulazione ormono-dipendente delle malattie stesse.

Un ampio corpus di letteratura dimostra che gli ormoni sessuali modulano la fisiologia e la patologia CV (è stato dimostrato che il 17 betaestradiolo ha molteplici effetti nel sistema CV, regolando, ad esempio, la funzione contrattile dei miociti, la funzione vascolare, i processi metabolici, il signaling mediato dal calcio e l'espressione genica), ma contemporaneamente influenzano anche la composizione del MI, che a sua volta modifica i livelli degli ormoni sessuali, venendosi così a creare una interazione bidirezionale tra comunità microbica intestinale ed assetto ormonale (fig. C) Quindi la fisiopatologia dell'apparato CV riconosce l'influenza dei due sistemi, ormonale e microbico, tra loro collegati e ciò potrebbe spiegare alcune delle differenze osservate, a diversi livelli, fra i due sessi. È interessante notare che questo è vero non solo per i mammiferi ma anche per i pesci, infatti sperimentalmente il trattamento di Zebra Fish con estrogeni altera significativamente la composizione microbica intestinale. La composizione del MI varia non solo fra i due sessi, ma all'interno di quello femminile è stato dimostrato che il diverso stato ormonale causa una differente composizione del MI. Non solo gli estrogeni avrebbero

i batteri nell'intestino metabolizzano la fosfatidilcolina alimentare in trimetilammina, che attraversa la barriera intestinale e viene quindi trasportata al fegato.

questa azione sulla composizione del MI, ma anche gli androgeni svolgerebbero la loro azione sul MI, come si evidenzia in situazioni patologiche di eccesso ormonale, come la sindrome dell'ovaio policistico, dove si osserva una diminuzione e cambiamenti nella composizione microbica associati ad una disregolazione metabolica. Infine

35

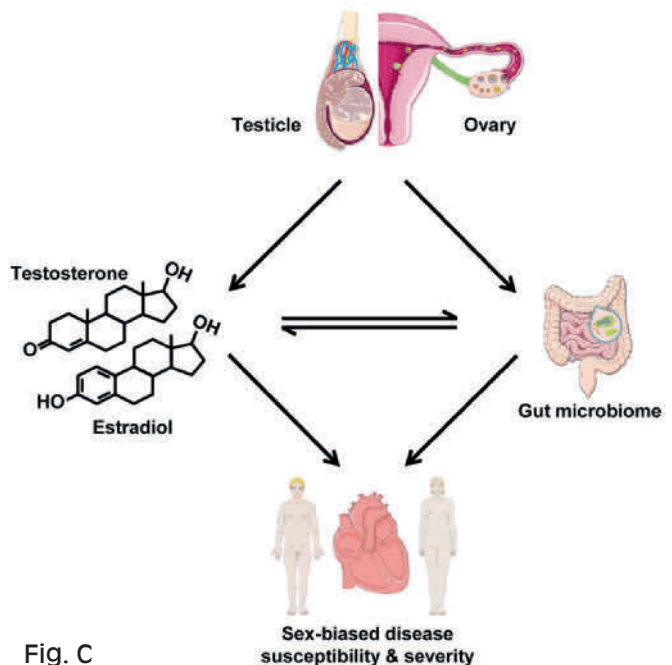


Fig. C

Sex-biased disease susceptibility & severity



Fig. D

studi sperimentali sui topi hanno dimostrato che la gonadectomia comporta una alterazione del MI. Li e Kararigas sottolineano come al momento non sia sempre possibile traslare nell'uomo i dati ottenuti sperimentalmente negli animali da laboratorio, perché le condizioni ambientali degli esseri umani differiscono significativamente da quelle degli animali da laboratorio, e perché i cambiamenti del MI osservati durante il ciclo estrale nei roditori potrebbero non coincidere con quanto accade nelle donne durante il ciclo mestruale e sono senza dubbio necessari ulteriori studi. Comunque, considerati gli effetti degli ormoni sul MI, anche se il meccanismo di questa interazione non è ancora completamente chiarito, gli Autori ipotizzano che le differenze legate al sesso osservate nelle CVD possano essere, almeno in parte, mediate dal MI; infatti i lavori citati dagli Autori mostrano come il MI sia un regolatore della pressione sanguigna e svolga un

ruolo chiave nello sviluppo della malattia aterosclerotica e nella patogenesi e progressione dello scompenso cardiaco. Da tutto ciò, Li e Kararigas, ipotizzano interventi dietetici/farmacologici capaci di manipolare la composizione e la funzione microbica intestinale che potrebbero tradursi in effetti positivi sulla prevenzione e sulla cura delle patologie cardiovascolari. Gli Autori ipotizzano, come approccio innovativo e coadiuvante la terapia anti-ipertensiva, l'utilizzo di una dieta ad hoc per modulare il MI e l'utilizzo di probiotici selezionati per migliorare gli esiti post infartuali, attraverso una modulazione dei livelli di TMAO per prevenire l'insufficienza cardiaca, o, qualora il paziente sia già scompensato, per migliorarne la prognosi. Li e Kararigas concludono auspicando una migliore comprensione degli effetti del sesso biologico nello sviluppo delle patologie, anche tramite i suoi effetti sul MI. L'identificazione del MI come possibile nuovo target di interventi farmacologici e dietetici per la prevenzione e la cura delle patologie cardiovascolari potrà migliorare l'assistenza clinica e la gestione dei pazienti attraverso nuove strategie per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle malattie sia negli uomini che nelle donne (fig. D).

Legenda

Fig. A, B, C da Shuangyue Li and Georgios Kararigas *Front. Cardiovasc. Med.* 2022

Fig. D di Antoine Doré in *The gut microbiome – Nature* 577, S5 (2020)



EMANCIPAZIONE FEMMINILE E... PARITÀ DI GENERE DEDICATO ALLE DONNE E... ANCOR PIU' AGLI UOMINI

di Geo Agostini

37

IN QUESTO BREVE ARTICOLO HO raccolto una parte delle leggi e dei provvedimenti adottati dall'inizio del secolo scorso, volti a riconoscere i diritti, la cittadinanza delle donne e la parità di genere in ambito familiare, sociale e lavorativo.

È una raccolta, non esaustiva, degli interventi più significativi che hanno abbattuto, in tutto o in parte, la differenza di condizioni e trattamento tra uomini e donne in vari campi della vita.

Fra la fine dell'800 e l'inizio del '900 le condizioni delle donne, in qualsiasi campo, erano di enorme disparità; solo nell'immediato dopoguerra venne emanata quella che è considerata la sola grande riforma della famiglia attuata dall'Italia liberale.

Legge 17 luglio 1919: Disposizione sulla capacità giuridica della donna.

- Tale legge aboliva l'autorizzazione maritale per le donne sposate e, seppur con molte limitazioni, riconosceva piena capacità giuridica alla donna nella disposizione dei propri beni e cioè a compiere atti e a prendere decisioni, di carattere contrattuale, senza l'autorizzazione del marito;

- ammetteva le donne, «a pari titolo degli uomini», all'esercizio delle

professioni e degli impieghi pubblici, esclusi quelli «che implicano poteri pubblici giurisdizionali o l'esercizio di diritti e di potestà politiche o che attengono alla difesa militare dello Stato»

LE CONQUISTE DAL 1946

Il 2 febbraio del 1945 il Consiglio dei Ministri emana un decreto che riconosce **il diritto di voto alle donne** che il **2 giugno del 1946** votano per il Referendum istituzionale e per le elezioni della Assemblea costituente in cui entrano **21 donne**.

La nostra **Costituzione** (che risale al 1948) afferma che "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge senza distinzione di sesso", e che "il matrimonio è ordinato sull'eguaglianza morale e giuridica dei coniugi". La Costituzione dunque affermava il principio di uguaglianza formale fra i due sessi, che principalmente aveva una funzione anti-discriminatoria nel godimento dei diritti, ma di fatto restavano in vigore tutte le discriminazioni legali vigenti durante il periodo precedente, in particolare quelle contenute nel Codice di Famiglia e nel Codice Penale.

Quindi i principi affermati dalla

Costituzione non hanno avuto un'immediata attuazione, ma si sono realizzati nel tempo.

1950: Varata la legge 26 agosto 1950 «**Tutela fisica ed economica delle lavoratrici madri**».

Ma è negli anni Sessanta e Settanta che da parte del movimento femminista vi fu un impegno attivo affinché i principi e i diritti riconosciuti in via teorica si traducessero in una concreta parità fra uomini e donne in tutti i campi. Tappe fondamentali di tale processo sono:

1963: legge 9 gennaio 1963, n. 7 Il matrimonio non è più ammesso come causa di licenziamento; n. 66 «**Ammissione della donna ai pubblici uffici ed alle professioni**». E' un ulteriore passo avanti nell'effettiva attuazione dell'art.51 della Costituzione: le donne possono accedere a tutti i pubblici uffici senza distinzione di carriere né limitazioni di grado: e, finalmente, **nel 1965 quattro donne indossarono la toga di magistrato**.

1968: L'adulterio femminile non è più considerato reato.

1° dicembre **1970** approvazione della legge sul divorzio.

È negli anni **Sessanta e Settanta** che da parte del movimento femminista vi fu un impegno attivo affinché **i principi e i diritti** riconosciuti in via teorica si traducessero in una **concreta parità**

Legge 19 maggio **1975:** riforma del diritto di famiglia che riconosce **la parità giuridica fra i coniugi** che hanno pari responsabilità e pari diritti ed attribuisce ad entrambi la pari potestà genitoriale. Non si fa più riferimento al capofamiglia e di conseguenza l'uomo (il marito) non può più pretendere di avere rapporti sessuali con la moglie senza il suo consenso.

1976: per la prima volta una donna viene eletta ministro; è Tina Anselmi, ministro del lavoro e della previdenza sociale; L'Anselmi contribuirà al varo della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale di cui tutti ancora usufruiamo (**legge 23 dicembre 1978 n° 833**).

Legge 9 dicembre **1977:** sancisce la parità di trattamento fra uomo e donna in materia di lavoro e la parità di retribuzione per prestazioni di lavoro uguali o di pari valore.

1978: Viene approvata la legge sull' interruzione volontaria della gravidanza.

Con gli anni 80 vi è un'ulteriore accelerazione verso l'attuazione del principio costituzionale che riconosce pari dignità sociale ai cittadini senza distinzione di sesso. Ed ecco allora la:

legge 5 settembre **1981:** viene **abrogata** la rilevanza penale della causa d'onore, cioè il **delitto di onore (e il matrimonio riparatore)**. Fino ad allora, gli uomini che uccidevano mogli, figlie o sorelle che avessero loro arrecato "disonore" beneficiavano di un grosso sconto di pena (al massimo 7 anni di reclusione).

15 febbraio **1996**: «**Norme contro la violenza sessuale**»: si sancisce che è violenza sessuale qualunque atto, attivo o passivo, imposto ad una persona contro la sua volontà mediante violenza, minaccia o abuso d'autorità. **Con questa legge la violenza sessuale da reato contro l'onore diviene reato contro la persona.**

Legge 15 ottobre **2013** recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza per il contrasto alla violenza di genere, nuovamente modificata nel 2019 con la cosiddetta **Legge Codice Rosso**. Con l'espressione violenza domestica di genere si indicano tutte quelle forme di violenza, da quella psicologica e fisica a quella sessuale, dagli atti persecutori del cosiddetto stalking, allo stupro, fino al femminicidio che nella maggior parte dei casi avvengono nell'ambito domestico ad opera di partners e/o parenti. Questi i dati più recenti: **109 femminicidi** nel 2021, uno ogni 72 ore, 8% in più rispetto al 2020 (probabile influsso negativo della pandemia); 7milioni di donne hanno subito nello stesso anno **violenza fisica e/o sessuale**, ma non si riescono a quantificare le innumerevoli **violenze psicologiche** perché nel 90% dei casi le donne non le denunciano.

I femminicidi non sono quasi mai delitti d'impeto, ma l'apice di una escalation di violenze, prevaricazioni e soprusi che troppo spesso vengono ignorati, sottovalutati e non denunciati.

Certamente in Italia l'evoluzione del ruolo della donna nella società e nella famiglia ha raggiunto traguardi importanti come pure è avviata la ridefinizione dei ruoli in tutti gli ambiti di vita, tuttavia

questo percorso evolutivo non può dirsi compiuto a causa dei **numerosi ostacoli che permangono all'effettiva eguaglianza di donne e uomini**. Nel concreto, a titolo esemplificativo, permane nella vita di tutti i giorni l'asimmetrica distribuzione del lavoro familiare, domestico e di cura tra uomini e donne per cui molte donne sono costrette a rinunciare ad una vita lavorativa fuori dalle mura di casa per dedicarsi esclusivamente al lavoro domestico e di cura o, all'apposto, sono portate a rinunciare a costruire una famiglia pur di lavorare. La scarsa partecipazione delle donne nel mercato del lavoro, soprattutto nel periodo che stiamo vivendo, è attestato dal Bilancio di genere 2021 che riporta che l'occupazione femminile nel 2020, l'anno dello scoppio della pandemia da Covid-19, è al 49% contro il 66,6% degli uomini; del 79% delle donne che lavorano, con figli, 80% circa ha fatto richiesta per i congedi parentali, contro un ben più modesto 21% dei padri. Per quanto riguarda la vita pubblica e politica, non è ancora paritario l'accesso alle cariche rappresentative ai vertici delle istituzioni ed in generale delle carriere professionali. Da questo breve excursus appare chiaro che il problema non si colloca solo sul piano normativo, che pure resta importante, ma affonda le proprie radici in quello culturale. È fondamentale che **nella società avvenga un cambiamento radicale nella mentalità e nei comportamenti sia collettivi che individuali** e su questo piano assumono un ruolo rilevante i luoghi di formazione, in primis **la scuola**, dove occorre educare al rispetto e alla valorizzazione delle differenze di genere.

medici ma non solo



STARE DALL'ALTRA PARTE

di Valerio Nori

40

STARE DALL'ALTRA PARTE CIOÈ da quella del paziente è qualcosa di completamente nuovo. Parlo spesso con molti colleghi i quali non fanno mai esami, mai accertamenti e nessuna prevenzione. Hanno paura, lo capisco, ma non credo che sia soltanto paura della malattia, credo che sia la paura di passare dall'altra parte. Io sono stato dalla parte dei sani per tutta la vita poi è arrivata la prima volta anche per me, avevo quasi sessant'anni, prima non ero mai stato in ospedale se non per lavorare. È un'esperienza che ti sconvolge e che ti cambia, almeno se sei disposto a cambiare. Ho sperimentato le varie situazioni, dalla quasi autonomia dei primissimi giorni alla totale dipendenza dopo il risveglio dal coma farmacologico. Entrambe vanno raccontate. Nella prima sei in un letto, da solo, sapendo che stai male, che stai molto male che forse non ce la farai a vivere ancora che forse morirai in quel letto. Vengono gli infermieri, sono mediamente gentili a patto che tu non gli chiedi qualcosa che esca un pochino dalla routine. Vengono i medici a spizzichi e bocconi, d'altra parte li capisco, tu sei contagioso. Vengono i tecnici della radiologia con il loro apparato portatile. Li guardi in faccia e

capisci che l'immagine che stanno vedendo sul monitor è brutta. Ti fanno un sacco di prelievi arteriosi per la gasanalisi, che tanto lo sai già che va male perchè sei collegato ad un saturimetro che segna 70. Sei un medico abbastanza bravo quindi queste cose le sai e le capisci. Qui domina ancora la malattia e l'ansia della malattia. Non pensi, almeno io non ho pensato molto al mondo esterno, tutto il tuo universo finisce in quel metro quadrato e mezzo che è il tuo letto di ospedale. Poi ti portano alla tac. Sulla barella c'è il defibrillatore, ci sono le cannule, c'è l'Ambu, quindi capisci che non sono molto tranquilli, capisci che stai molto male ma forse l'avevi già capito. Certo che toccarlo di nuovo con mano ha il suo effetto. Non mi ricordo più niente dopo questo momento, dopo che ho sentito dire da qualcuno con voce concitata: «non c'è più tempo, non c'è più tempo» Mi sono risvegliato due mesi dopo. Mia moglie mi dice che ho avuto il tempo di chiamarla e dirle che mi intubavano con tono spavaldo, ma io non ricordo. Ricordo solo le fantasie, un sogno continuo e vivido, pieno di simbolismi che traeva spunto dalla realtà ma come tutti i sogni la trasformava profondamente. Poi mi sono svegliato anche se per

tornare alla piena coscienza c'è voluto molto e il percorso è stato costellato da crisi di astinenza. Ero completamente paralizzato, me ne rendevo conto ma non era affatto preoccupato. Una sorta di serenità irrazionale ma assoluta. Fantasticavo con una creatività feconda ma nei sogni la impossibilità di muovermi mi pesava tantissimo. Come è noto la tracheostomia è più bassa del laringe quindi l'aria si sfoga lì e non raggiunge le corde vocali così si è anche completamente muti. Cercavo di attirare l'attenzione in tutti modi ma mi ignoravano, assolutamente.

Il rapporto ce l'hai quasi esclusivamente con gli infermieri poiché il medico non lo vedi (non voglio dire che non ci sia e che non ti segua ma che non viene spesso al tuo letto) E l'operatore socio sanitario declina forse giustamente ogni richiesta.

Impari così a notare le differenze di capacità professionale e le doti umane. Mi è sembrato mancasse una media virtuosità si passava dalle persone eccezionali a quelle che ti sembrava fossero lì per caso. Comunque sia sei come un cane senza padrone, cerchi dei riferimenti.

Ricordo di aver finto di avere difficoltà respiratorie per avere attenzione, ma sono stato immediatamente per così dire scoperto.

Avevo bisogno di andare in bagno ma non ce la facevo e ricordo che mi dissero con brutalità di farmela addosso, che tanto avevo il pannolone. A parte che senza muovere un muscolo anche evacuare è una grossa fatica per la quale bisogna far ricorso a tutte le possibili energie ma è anche tremendamente umiliante dover

chiamare il personale perché ce la si è fatta addosso. Credo di aver chiesto di pulirmi ad un'infermiera che mi ha risposto bruscamente che quando sarebbe stato il momento sarebbe venuto chi di dovere. Già, quando sarebbe stato il momento. In ospedale non sei padrone del tempo, il tempo lo stabiliscono gli altri. Altri ti dicono che puoi mangiare e che puoi essere aspirato Ti accorgi molto di questo quando hai fame, ti portano il vassoio ma nessuno ha tempo per imboccarti e finisci per guardare il cibo con desiderio quasi animale. Insomma dipendi dagli altri per qualunque cosa e gli altri certamente non per cattiveria ma per la contingenza delle situazioni non sempre sono disponibili ad aiutarti nel modo che tu vuoi e nel tempo che tu vorresti.

Se sei un medico è ancora peggio perché è una vita che ti alleni a renderti conto dei problemi e quindi capisci anche i tuoi ma devi convincere qualcuno, infermiere o medico che sia, e non sempre facile anzi è spesso difficile.

Ad esempio ricordo di aver avuto un forte stimolo ad urinare senza la possibilità di farlo pur avendo il catetere. Non ho avuto difficoltà a capire che il catetere era

41

Poi mi sono svegliato anche se per tornare alla **piena coscienza** c'è voluto molto e il percorso è stato costellato da crisi di **astinenza**. Ero completamente **paralizzato**, me ne rendevo conto.

ostruito, sono riuscito a spiegarlo ad una matura infermiera la quale ha infilato un ago e iniettato acqua all'insù vedendola poi defluire regolarmente. Ha quindi detto che tutto funzionava. Provoca grande sofferenza quella modalità che vedi in tutto il personale di considerarti prima di tutto un probabile rompiscatole. Esausto del fastidio che cresceva ed avendo ottenuto un diniego ad altre azioni dall'infermiera di cui ave, comunicando come potevo chiesi al personale un telefono per poter chiamare il pronto soccorso, dissi, poiché avevo il catetere ostruito E nessuno me lo voleva cambiare. Per fortuna montò in servizio un infermiere giovane a cui venne affidato il problema del rompiscatole Nori, lui comprese invece la situazione spiegandomi quello che avevo capito benissimo, cioè che l'ostruzione era fatta di materiale fine che con la pressione della siringa si spostava ma che poi inevitabilmente si reimmetteva nel catetere. Senz'altro ho notato differenza tra gli infermieri del vecchio corso e quelli giovani, del Corso di laurea per intenderci, mi sembra che questi ultimi siano molto più avanti dei loro colleghi più anziani.

Come accennavo prima ti trovi a guardare con paura tutto quel mondo che si muove intorno, in quell'universo completamente nuovo cerchi amici, cerchi figure che ti rassicurino, cerchi figure che ti diano una qualche minima disponibilità a volte ne trovi e sono persone di grande valore a volte purtroppo no. Più o meno tutti sono arrabbiati con l'amministrazione in una quantità che francamente non immaginavo. Parlano delle loro cose liberamente come se tu non sentissi o non

capissi. È il segno della distanza che si è venuta a creare tra te ammalato e loro sani. Tu non ci sei nemmeno. A quel punto ti senti una nullità e questa sensazione ti mette paura anche perché essendo stato per tutta la vita un medico anche se talora non te ne accorgi, o ti sembra il contrario, sei una figura comunque rispettata da tutti. La maggior parte delle persone ti chiamano dottore ti salutano per strada «buongiorno dottore buona sera dottore» In ospedale, da ricoverato, non sei più dottore sei un degente. È faticosissimo.

Mi ricordo che ero convinto di aver mia moglie a fianco a cui dicevo di avere un grande fastidio nel naso poi toccando ho sentito un tubo, l'ho sfilato delicatamente e il fastidio è passato. Non so quanto tempo dopo è venuta un'infermiera strillando che mi ero tolto il sondino naso gastrico e che mi avrebbero legato, non mi ricordo cosa le ho risposto, anzi me lo ricordo ma non lo dico. Non so se sia intervenuto Giorgio mio storico amico e collega che mi ha seguito come e più che un fratello o sua moglie Francesca rianimatrice. Sta di fatto che hanno provato a darmi del cibo e l'ho inghiottito senza alcun problema, era il primo segno della vita che stava tornando, nei giorni successivi non facevo altro che desiderare cose buone. Comunque avevo perso 40 kg di peso. Ho sentito Giorgio che diceva «sembra un uccellino col becco aperto».

Il muco che si accumula nella tracheostomia provoca un fastidio insopportabile per cui si chiede di continuo di essere aspirati ma l'aspirazione è anche lesiva e quindi cercano di aspirarti il meno possibile. Ad ogni aspirazione cominci a contare il tempo per

quando arriverà quella successiva, anche perché sai che dovrai farti notare, senza campanello senza voce senza possibilità di muoverti ma anche che, per evitare rifiuti, dovrai farlo dopo più tempo possibile. Fortunatamente avevo ripreso l'uso della mano sinistra e la usavo per battere contro le sponde del letto facendomi sentire. Purtroppo non so perché ero considerato ancora infettivo e mi tenevano in una zona separata cui si accedeva tramite una procedura particolare. L'infermiere doveva vestirsi con una divisa particolare plastificata che poi lasciava vicino al tuo letto e dopo aver valutato la situazione doveva chiedere il materiale al collega nell'altra zona e farselo passare tramite una piccolissima apertura delle pareti a vetro. Per cui mi spiegarono che venire da me aveva dei tempi senz'altro lunghi, ovvero che ogni mia piccola necessità diventava un grosso problema poiché consumava molto tempo del personale. Anche per questo spesso prendevo posizioni conflittuali che non facilitavano certo le cose. Dopo un po' di tempo la meravigliosa serenità aveva lasciato il posto a una sonnolenza (dormivo molte ore al giorno) ma da sveglio ero sempre in allarme nel senso di cercare di vedere chi fosse in turno per sapere l'aiuto che avrei potuto avere. Stavo sempre con l'orecchio attentissimo per riconoscere la voce della Francesca che mi dava tranquillità, anche perché bastava che la facessi chiamare ed arrivava immediatamente. Poi ripresi a respirare piano piano da solo e anche a muovere un pochettino le gambe e il braccio sinistro fu così trasferito in un ospedale secondario dove i miei rapporti

Ho sperimentato le varie situazioni, dalla quasi autonomia dei primissimi giorni alla totale dipendenza dopo il risveglio dal coma farmacologico. Entrambe vanno raccontate.

furono in certi momenti addirittura burrascosi. Io ero partito prevenuto e devo dire che loro erano altrettanto prevenuti. Peccato ma è andata così.

Tolta la tracheostomia e dopo diverse complicazioni sono stato trasferito in una struttura riabilitativa. Mi misero per la prima volta seduto su una carrozzina particolare che si chiama bascula, non so come non so perché il primo giorno riuscii a resistere tantissime ore ma nei giorni successivi il dolore lombare dopo una mezz'ora diventava insopportabile.

Chiamavo, chiamavo, chiamavo ma nessuno mi ascoltava. Pregavo supplicavo di essere messo a letto, mi ignoravano. Non erano sadici ma semplicemente ritenevano che fossi noioso e poiché stare seduto, mi hanno spiegato e me ne sono reso conto, è un passaggio fondamentale: non mi mettevano a letto pensando di aiutarmi.

Ma mentre in rianimazione bastava che dicessi di avere qualche dolorino e mi mettevano immediatamente un cerotto con un oppioide, lì le cose non erano uguali. Seduto su quella seggiola i dolori erano talmente forti che ricordo bene di aver detto urlando «ho il telefono, chiamo i carabinieri». Quelle frasi orrende che molti usano per prepotenza ma

medici ma non solo

44

che io usavo per disperazione. Conoscendoli un pò meglio, sia gli infermieri che gli operatori socio sanitari, si mostrarono essere con poche ma pesantissime eccezioni, dei grandi professionisti. Tra l'altro innegabilmente c'era abbondanza di femminile bellezza la quale a un vecchietto come me dà sempre entusiasmo.

Anche se a mio giudizio c'era una netta carenza di personale che condizionava molto i tempi dell'assistenza, si trattava per la maggior parte di persone dalle grandi doti umane e tecniche ed anche la dottoressa responsabile del reparto si rivelò di grandi capacità nonostante la giovanissima età. Splendide le allieve infermiere, molto motivate e molto preparate. Anche con l'aiuto del bravissimo psicologo della struttura riuscii ad abituarci, se così posso dire, ad integrarmi, trascorrendo giornate serene. Per quanto possa sembrare impossibile fui dispiaciuto quando arrivò il giorno del ritorno a casa. Inutile negare, è stata una esperienza che mi ha cambiato.

Sono, per così dire, sempre io, polemico istrionico qualche volta simpatico qualche volta antipatico ma ho sperimentato la dipendenza totale dagli altri, l'incapacità totale di fare qualunque cosa ed è come si usa dire adesso «tanta roba».

Non solo non essere in grado di provvedere alla propria igiene personale ma dipendere dagli altri per ogni minima banale necessità è fastidioso, faticoso, umiliante e degradante.

Le barriere architettoniche che nemmeno vedevi diventano ostacoli insormontabili ed ogni cosa, anche la più insulsa e facile si trasforma in un problema. Provare in prima persona la disabilità ti fa notare molte cose e cambiare anche qualche facile idea che stava nella tua testa chissà da quando. Ho visto l'amicizia grande di alcuni grandi amici e tanti gesti ed episodi di stima, apprezzamento ed affetto che non mi aspettavo e che forse nemmeno meritavo, ma ho vissuto la tremenda degradante ed umiliante essenza della malattia, che forse non avevo mai compreso.





sette righe e un disegno
di Luigi Casadei (2022)

La Storia in sette righe

L'albero della guerra ha molti rami
e le sue fronde allungano la notte...
si nutre da una terra di catrame
ma la sua fame non si placa mai.
Da ultimo divora anche se stesso:
dopo anni di polvere e di botte,
così – dal nulla – è risorto un cipresso.



JOAQUÍN SOROLLA PITTORE DI LUCE (2022 Skira)

di Maurizio Della Marchina

46

DAL 25 FEBBRAIO AL 26 giugno 2022 nella splendida e suggestiva cornice del Palazzo Reale di Milano la mostra "Joaquin Sorolla. Pittore di luce" pone l'attenzione su questo artista iberico che visse e lavorò fra 1800 e 1900. Joaquín Sorolla y Bastida nacque a Valencia nel 1863 e rappresentò uno dei più decisi innovatori in senso impressionista della cultura pittorica spagnola. Dotato di una abilità tecnica indubbia ed una immediatezza espressiva di rara efficacia si mise presto in evidenza a livello locale ed internazionale. Egli ottenne i primi riconoscimenti con l'opera "Dos de mayo" (due di



maggio) in cui, con tonalità cupe e melodrammatiche illustrò un evento bellico pieno di morti, sangue ed armi fumanti. Con essa vinse una medaglia all'Esposizione Nazionale, tanto da fargli dire "per farsi conoscere e vincere una medaglia occorre dipingere morti". La sua intima vocazione era, però, quella di raffigurare il mare, gli elementi naturali, il sole, l'acqua e le persone, sia di umile appartenenza che di buona famiglia e di elevato status sociale. Prima di stabilirsi a Madrid Sorolla viaggiò più volte fra Italia e Francia e, sposatosi con Clotilde Garcia del Castillo dimorò per un anno a ad Assisi. La sua pittura, caratterizzata dalla brillantezza dei





colori, dalla luminosità intensa e dal tratto deciso, ebbe immediatamente un grande successo, e, partendo da tematiche di denuncia sociale, si allargò a tutti gli aspetti della vita. Fu molto prolifico e produsse oltre 4200 opere nel corso dei 60 anni di vita (morì nel 1923 per un ictus cerebrale), riscuotendo sempre un successo ubiquitario e costante. Nel suo viaggiare peregrinò a lungo anche negli Stati Uniti, a New York, Chicago, Dallas e San Diego, dipingendo quadri in numero e dimensioni notevoli ed illustrando, anche con ampi murales aspetti e personaggi della realtà iberica. La mostra di Milano propone, in un percorso di 60 opere, l'evoluzione dell'arte di Sorolla suddivisa in percorsi tematici riguardanti gli aspetti della realtà, i ritratti, i giardini, il mare, la luce ed i personaggi, lumeggiando un efficace panorama a tutto campo dell'uomo e dell'artista. Il suo mezzo espressivo era basato sulla ricerca della verità e della sostanza dell'immagine da descrivere, evocate unicamente e solamente dalla profondità e dalla intensità dell'emozione suscitate dai soggetti che si accingeva a dipingere. La cifra artistica di Sorolla è caratterizzata dalla immediatezza e dalla veridicità delle sensazioni stimulate in lui dagli eventi, dai personaggi e dalle situazioni

ambientali descritte, sempre splendidamente condizionate dagli effetti della luce, rigorosamente en plein air. In Sorolla il colore si identifica con la luce e viceversa ed evidente nella sua pittura è l'influsso delle atmosfere mediterranee in cui sono immersi i suoi soggetti, ricchi di colori vibranti e di pennellate decise e coinvolgenti, Egli conquistò un posto al sole nel mondo della pittura di impronta impressionistica spaziando dalla illustrazione di soggetti più specificamente "tradizionali", come il mare, il sole, gli spazi aperti, le dame di Biarritz a quella di soggetti di impronta civile e sociale, con dimensioni anche monumentali dei suoi dipinti, anticipando in questo le successive nuove tendenze realistiche del secolo ventesimo. Lo splendido contesto del Palazzo Reale di Milano, in cui è ambientata l'esposizione, è un adeguato contenitore per le opere di Joaquín Sorolla y Bastida, con dipinti che spaziano dagli ultimi decenni dell'800 fino agli anni '20 del 1900, esposti in sezioni tematiche dedicate, che ci forniscono un'ampia ed esaustiva panoramica sulla sua abbondante e variegata produzione.

47





Elena Cattaneo
ARMATI DI SCIENZA
(2021 Cortina editore)

di Marco Grassi

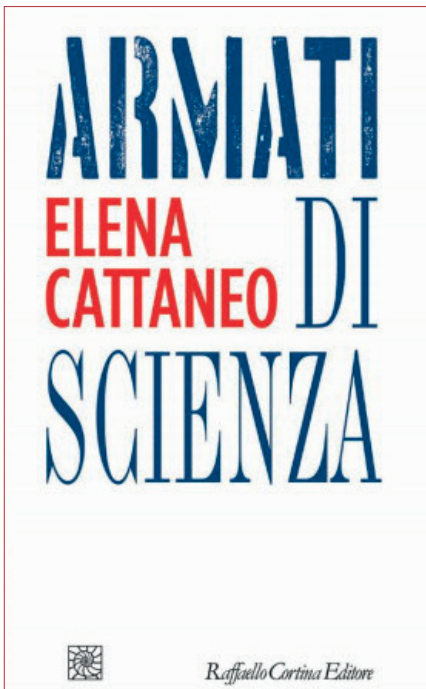
48

“**A**RMATI DI SCIENZA” SI rivela come lettura attuale per riproporre l'importanza della scienza nella nostra società, e soprattutto nel suo travagliato rapporto con la politica, come visto anche nei mesi roventi della pandemia. Un libro che tutti dovrebbero leggere: perché, in questi tempi di “infodemia”, insegna un metodo:

quello scientifico, con il quale ci si può e deve difendere dalla mole impressionante di notizie distorte, false o tendenziose.

In appena 120 pagine, il modus operandi dei ricercatori – il metodo scientifico - diventa anche un codice etico per una società evoluta e pacifica. Infatti, al di là degli aspetti strettamente metodologici, il libro della Prof.ssa Cattaneo si concentra soprattutto sulla sua dimensione etica. Il rifiuto di ogni dogmatismo e di ogni principio di autorità, la costante curiosità, la continua disponibilità a mettere in discussione le conoscenze acquisite (e quindi la conseguente consapevolezza della loro provvisorietà), la libera circolazione delle idee, rendono la scienza una delle attività umane più democratiche ed egualitarie che esistano.

La scienza infatti, per sua natura, non può fornire “certezze inconfutabili” e il libro della Prof.ssa Cattaneo lo spiega molto bene, sin dall'introduzione, in cui la scienza e il suo metodo vengono definiti come: “Un portentoso strumento per conoscere la realtà delle cose e affrontare un presente sempre più tumultuoso di fatti, eventi, informazioni senza correre il rischio di essere trascinati, privi di difese, da



Il libro della Prof.ssa Cattaneo si concentra soprattutto sulla dimensione etica.

Il rifiuto di ogni dogmatismo e di ogni principio di autorità, la costante curiosità, la continua disponibilità...

mode, narrazioni fantasiose e suggestioni pericolose – specie nella salute e nella politica – per ciascuno di noi e la società tutta.” Inoltre, l'autrice si preoccupa giustamente di precisare che: “Armarci di scienza, competere con le armi della conoscenza, non significa abbracciare una religione né deificare lo scienziato, anzi è vero l'opposto. Non vi sono dogmi né verità che, in determinate condizioni, non possano e debbano essere messi in discussione, non c'è esperto le cui affermazioni, in forza di un malinteso senso di autorità, non debbano essere verificate e provate. Semplicemente significa riconoscere in un metodo – quello scientifico, sperimentale, trasparente e ripetibile – la modalità regina per produrre mattoni di conoscenza con cui edificare le nostre società.” Nel libro, Cattaneo documenta le vicende degli ultimi anni riguardanti la politica della ricerca scientifica pubblica in Italia e le relazioni tra scienza e politica nel nostro paese, talvolta controverse. Con il tono accorato e talvolta polemico che è proprio alla scienziata, riesce in effetti a trasmettere l'urgenza di un impegno maggiore dei ricercatori

di raccontare, di divulgare l'esito dei propri studi, anche condividendone e discutendone pubblicamente gli obiettivi, in un rapporto franco con la politica e con i cittadini.

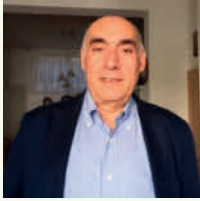
L'ultimo capitolo del libro è dedicato alla pandemia di Covid-19 e alla straordinaria risposta della scienza che in soli 12 mesi ha saputo mettere a punto i vaccini contro il virus SARS-CoV-2, ma non altrettanto nelle capacità di intelligence e di tracciamento dei casi e nella abilità di contrastare fakenews e disinformazione. Rinneare la scienza o indebolire il suo contributo allo sviluppo umano raggiunto nell'ultimo secolo significa anche rinneare le opportunità di prosperità e stabilità economica e sociale di cui soprattutto i paesi occidentali hanno potuto beneficiare. Anche per questo motivo, per dirlo con le parole della Cattaneo, “spetta ai ragazzi non cedere alla paura di conoscere”.

49

...[scienza] un portentoso strumento per conoscere la realtà delle cose e affrontare un presente sempre più tumultuoso di fatti, eventi, informazioni senza correre il rischio di essere trascinati, privi di difese, da mode, narrazioni fantasiose e suggestioni pericolose per ciascuno di noi e la società tutta

Elena Cattaneo

semiseria... mente



di Saverino La Placa

50

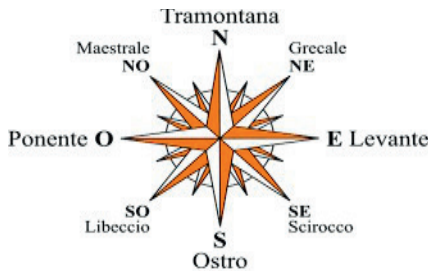
INDOVINELLO

A ROMA E IN MOLTE ALTRE CITTÀ, quali persone, svolgendo la propria professione, si recano più spesso negli alberghi più raffinati?

GIOCO CON NUMERI

DUE AMICI HANNO RACCOLTO DEI cachi da un albero in giardino. Il primo ne ha raccolti tanti che se ne desse 1 al suo amico, questo ne avrebbe il doppio di quanti ne ha lui. Se il secondo ne desse 1 a lui, ne avrebbero tanto l'uno quanto l'altro. Quanti cachi raccolsero ciascuno?

REBUS (16)



LA ... Paperone NE

Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: **L'età.**

Spiegazione del rebus: "GAMMA" "EN" "CEFALO" "GRAFIA"
(**Gammaencefalografia**).

Spiegazione del gioco con numeri: **Una possibile soluzione: (5 x 5 x 5) - (5 x 5) = 100**

corsi, convegni e attività culturali

Convegno promosso dal Centro di Formazione Medicina di Genere
Omceo Rimini

MEDICINA DI GENERE E... COME IL GENERE INFLUENZA LE TAPPE DELLA NOSTRA VITA

I MODULO – DA 0 A 18 ANNI

14 maggio 2022 – Centro Congressi SGR Rimini – Via Chiabrera, 34

Verrà pubblicato sul sito dell'Ordine il programma del convegno e il link per iscriversi.

51

I GIOVEDI' DELL'ORDINE

5 e 19 maggio 2022 – Hotel Ambasciatori Viale A. Vespucci, 22 Rimini

Verrà pubblicato sul sito dell'Ordine il programma delle serate e il link per iscriversi.

V CONGRESSO NAZIONALE SIRU "COME, QUANDO E PERCHE': LA PRESA IN CARICO DELLA COPPIA INFERTILE"

26-28 maggio 2022 – Hotel Savoia e Hotel National Rimini

Segreteria Organizzativa: Tel. 06.8554962, mail segreteria@siru.it

CONVEGNO "CHIRURGIA MININVASIVA IN URGENZA: A CHE PUNTO SIAMO?"

27 maggio 2022 – Palazzo del Turismo Riccione

Segreteria Organizzativa: Comunicazione&venti

Tel. 0543.720901, mail segreteria@comunicazioneventi.it

Convegno "LE PATOLOGIE PROSTATICHE"

28 maggio 2022 – Hotel Du Soleil Rimini

Segreteria Organizzativa: Partner-Graf

Tel. 0574.527949, sito web: partnergraf.it



SOSTENIBILITÀ E SALUTE: IL NOSTRO FUTURO. E CON LA GUERRA?

di Giovanna Tommasini Grossi

52

ANCHE QUEST'ANNO AMMI ha celebrato la Giornata Nazionale (18 ottobre, San Luca: protettore dei medici) in tutte le sezioni d'Italia, con la trattazione del Tema Nazionale: "L'Ambiente è un bene prezioso da salvaguardare: proteggere l'ambiente significa proteggere la nostra salute". AMMI – Rimini ha affrontato questo tema insieme alla Dottoressa Raffaella Angelini (Direttore di Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Romagna) nostra Relatrice per l'occasione. Tema quanto mai attuale, in particolare in questo momento dove la priorità sanitaria, legata al Covid e la guerra nel cuore dell'Europa, hanno preso il sopravvento lasciando purtroppo

L'8 febbraio 2022 è una data importante, il Parlamento inserisce la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi fra i principi fondamentali della Costituzione della Repubblica italiana.

in disparte l'ambiente. Sempre rimanendo in ambito ambientale, AMMI – Rimini, con Soroptimist e Inner Wheel della nostra città, ha portato a termine la realizzazione di un'area verde all'interno del parco Marecchia con una donazione di 18 alberi e con l'obiettivo che questo spazio possa divenire con il tempo luogo d'incontro, non solo per le Associazioni coinvolte, ma per tutti i cittadini.

La tutela dell'ambiente è un compito che viene affidato a tutti noi e anche AMMI promuove la cura e la protezione dell'ambiente per la salvaguardia della salute.

L'8 febbraio 2022 è una data importante, il Parlamento inserisce la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi fra i principi fondamentali della Costituzione della Repubblica italiana anche nell'interesse delle future generazioni.

Uno dei grandi temi relativi alla tutela dell'ambiente è sostenibilità e salute.

Si parla sempre più frequentemente di sostenibilità ambientale. Che cosa s'intende per sostenibilità? Con questo termine s'intende la condizione di uno sviluppo in grado di assicurare il soddisfacimento dei bisogni della generazione presente senza compromettere la possibilità delle

generazioni future di realizzare i propri. Sostenibilità ambientale e salute sono due concetti interconnessi e precisamente la salute e il benessere delle persone sono strettamente legati allo stato dell'ambiente, quindi il miglioramento della qualità del nostro habitat può prevenire le malattie e migliorare la qualità della salute umana. Per assicurare la salute per tutti e per tutte le età è fondamentale proteggere il nostro pianeta promuovendo uno sviluppo socio economico basato sull'utilizzo sostenibile delle risorse ambientali.

Queste riflessioni dal punto di vista teorico rimangono sempre valide ma oggi, con una guerra nel cuore dell'Europa, come possiamo conciliare sostenibilità, salute e guerra?

Resta difficile conciliare sostenibilità e salute con una guerra in corso.

La **priorità sanitaria**, legata al Covid e la guerra nel cuore dell'Europa, ha preso il sopravvento lasciando purtroppo **in disparte** l'ambiente.

Tutti i conflitti oltre ai danni umani e ambientali diretti, provocati dall'uso delle armi, portano danni devastanti all'ambiente e alla salute e quindi solo la pace è in grado di creare società sostenibili e viceversa le società sostenibili favoriscono la pace come un'equazione la cui soluzione sembrerebbe semplice da trovare tuttavia come siamo testimoni tutti i giorni, in questo periodo, gli interessi collegati alla guerra vanno oltre la semplice logica.

53



variazione agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 25 NOVEMBRE 2021

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott. PLESCIA Costantino decesso (12.11.2021)

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa FLORENZANO Federica trasferimento a Forlì-Cesena

dott. MARGARITA Fabio trasferimento a Roma

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 22 DICEMBRE 2021

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott. DOMINGUEZ Horacio Arnaldo cessata attività

dott. GAROZZO Marcello trasferimento a Pesaro-Urbino

dott. MANZO Leonardo decesso (30.11.2021)

54

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 DICEMBRE 2021

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa DAL MOLIN Tania trasferimento da Vicenza

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott.ssa NICOLINI Marisa decesso (26.12.2021)

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 5 GENNAIO 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott.ssa MISEROCCHI Giulia di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott. BALDINI Emilio di Rimini

Nulla Osta ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott. BETTI Matteo trasferimento a Milano

Iscrizione elenco psicoterapeuti

dott.ssa URBINATI Lucia di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 19 GENNAIO 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott. GATTI Alberto di Borgo Maggiore (RSM)

dott.ssa RAGGI Francesca trasferimento da Modena

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott. FERSINO Antonio Salvatore decesso (07.01.2022)

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. LUCENTE Gabriele di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 31 GENNAIO 2022

Iscrizione REGISTRO MNC (Agopuntura):

dott.ssa STIEVANO Nicoletta di Bellaria – Igea Marina

dott.ssa VALENTI Viola di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 2 MARZO 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGH:

dott. BALDUCCI Davide trasferimento da Forlì-Cesena

dott. DE PASQUALE Marco trasferimento da Trento

dott.ssa DI LOSA Erika trasferimento da Varese

dott. FERRARA Davide trasferimento da Brindisi

dott.ssa NANNI Francesca trasferimento da Bologna

dott. PADOLINO Antonio trasferimento da Roma

dott. PANTANI Fabio
dott.ssa ZAVATTI Fiorella

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ARATARI Antonio
dott. BETTI Matteo
dott. BIGNARDI Luigino
dott. MONTEBELLI Bruno
dott.ssa ORSILI Ornella
dott. ZAMPARINI Riccardo

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BALDUCCI Davide
dott. PANTANI Fabio

Iscrizione Sezione Speciale dell'Albo

Elenco STP (Società Tra Professionisti):

Faini Medical Srl STP srl

trasferimento da Pesaro-Urbino
trasferimento da Verbanò Cusio Ossola

morosità
trasferimento a Milano
decesso (03.02.2022)
decesso (05.02.2022)
morosità
morosità

trasferimento da Forlì-Cesena
trasferimento da Pesaro-Urbino

di Montescudo-Montecolombo

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 30 MARZO 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa DIMICENCO Carolina
dott.ssa GORI Alice

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. MAZZANTI Maurizio Franco
dott. MINI Leonello

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI per trasferimento:

dott.ssa SEMPRINI PIRONI Federica

Nulla Osta ALBO ODONTOIATRI:

dott. FERRARINI Jacopo
dott. CASABIANCA Alberto

Diniego nulla osta al trasferimento

ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BELLETTI Gianluca

di Gemmano (RN)
di Riccione (RN)

trasferimento a Forlì-Cesena
decesso (05.03.2022)

trasferimento da Forlì-Cesena

trasferimento a Pesaro-Urbino
trasferimento a Bologna

trasferimento a Ferrara

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 5 APRILE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ALLEGRETTI Ulderico
dott.ssa BIAGETTI Rebecca
dott.ssa DICESARE Eleonora

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. PANTANI Marco

di Novafeltria
di Rimini
di Bellaria Igea Marina

trasferimento da Pesaro-Urbino

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 20 APRILE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa LAGHI Anna

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI

per trasferimento:

dott. ROMOLI Michele


Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CASABIANCA Alberto

di Rimini

trasferimento da Terni

trasferimento a Bologna



Il piano di Alice, effettivamente, non faceva una grinza, semplice e ben congegnato: il suo punto debole era che non aveva la minima idea di come realizzarlo.

Lewis Carroll, *Alice nel paese delle meraviglie*