

il Notiziario

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



anno XXVI numero 1-2
gennaio-giugno 2023





il Notiziario

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

anno XXVI numero 1-2
gennaio-giugno 2023

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. Pierangelo Del Corso *cardiologo*
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi *presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini*

Referenze iconografiche:

pag. 9 Archivio OMCEO
pag. 37 Giovanni Cananzi

In copertina: Archivio OMCEO

Grafica e stampa a cura di

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

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

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

Editoriale

4 **LA CRISI ESISTENZIALE DEL SSN**
di Maurizio Grossi

6 **Il punto redazionale**
di Marco Grassi

8 **Sanità Locale**
MELAMED - INNOVATIVO
PROGETTO DI FAD NELL'AUSL
ROMAGNA

9 **Vita dell'Ordine**
PREMIO IANO PLANCO
QUINTA EDIZIONE

11 **Focus sulla professione**
LA CRISI «ESISTENZIALE»
DEL SSN
dossier a cura di Marco Grassi

24 **Medicina di Genere**
FOCUS ON
di Laura Baffoni
MUTILAZIONI GENITALI
FEMMINILI: UNA PRATICA
DAVVERO IN DISUSO?
di Antonella Chiadini
TRATTAMENTO DELLA MALATTIA
CORONARICA NEI DUE SESSI
di Pierangelo Del Corso

37 **Medici ma non solo**
MANUALE MERCK
di Giovanni Cananzi

1-2/2023

sommario

Recensioni

39 **RINASCIMENTO A FERRARA**
ERCOLE DE' ROBERTI
E LORENZO COSTA
di Maurizio Della Marchina

Semiseria...mente

41 **INDOVINELLO**
REBUS
GIOCO CON NUMERI
di Saverino La Placa

42 **Corsi, convegni, congressi**
e attività culturali

Spazio Ammi

43 **DALL'AUTUNNO ALLA**
PRIMAVERA: "RACCONTI"
DELLA NOSTRA
VITA DI SEZIONE
di Giovanna Tommasini Grossi

Ricordando i colleghi

45 **SERGIO ALUIGI**
(22 LUGLIO 1928 – 19 NOVEMBRE 2022)
di Paolo Aluigi

46 **Variazioni agli albi**





LA CRISI ESISTENZIALE DEL SSN

di Maurizio Grossi

4

NEL REPARTI DI EMERGENZA il paziente in pericolo di vita viene monitorato costantemente con l'ausilio di strumenti per il rilevamento dei parametri vitali. Ogni qualvolta si superano i range di normalità impostati, gli strumenti generano allarmi che impongono l'immediato intervento medico. Ora pensiamo al nostro SSN, come se fosse un paziente in pericolo di vita in un reparto di Emergenza. Tutti i parametri fisiologici appaiono oltre i limiti di normalità e gli allarmi attivati. Si impone l'intervento urgente di chi è deputato al governo della Sanità italiana.

Primo parametro in "allarme": il Personale ovvero il capitale umano del SSN. Secondo il database OCSE aggiornato nel 2022, negli ultimi tre anni disponibili - 2019, 2020 e 2021 - sono all'estero 15.109 infermieri e 21.397 medici. Una "fuga" oltre confine quindi di oltre mille laureati nelle università italiane ogni anno che, oltre ad aggravare pesantemente le carenze di personale, hanno costi elevati e nessun ritorno: la formazione di un infermiere costa circa 22.500 euro sui cinque anni (13.500 sul triennio: circa 4.500 euro/anno) e

quella di un medico 41.000 euro sui sei anni di laurea che con i costi per la specializzazione sale a circa 150-160.000 euro pro-capite. Questo si traduce negli ultimi dieci anni in circa 1,5-1,6 miliardi "investiti" solo per la preparazione di medici che sono ormai patrimonio di altre nazioni.

Secondo parametro in "allarme": la Formazione. Tra il 2020 e il 2022 quasi un quinto (18%) dei posti di specializzazione in medicina non è stato assegnato. In alcuni settori, tipo medicina d'urgenza, radioterapia, medicina e cure palliative è andato perso più del 50% dei posti.

Terzo parametro in "allarme": il trattamento economico. In Olanda un giovane medico specializzato guadagna circa 73mila euro l'anno, nel Regno Unito da 75 a 110mila sterline (128mila euro). Per non parlare degli Emirati Arabi dove può guadagnare fino a 10mila euro al mese, non tassati e con in aggiunta, spesso, alcuni benefit tra cui la scuola internazionale per i figli. Ma anche nel resto d'Europa, in Germania, Svizzera, Austria, i compensi sono tre quattro volte superiori all'Italia.

Quarto parametro in "allarme": l'Organizzazione e pianificazione sanitaria. Tra il 2010 e il 2020, in Italia sono stati chiusi 111 ospedali e 113 Pronto Soccorso e sono stati tagliati 37 mila posti letto. Tutto questo mentre le esigenze epidemiologiche sono chiaramente mutate (aumento della popolazione anziana e aumento delle malattie croniche) imponendo la crescita dei posti letto ogni 100 mila abitanti e non la costante diminuzione. In Italia siamo ampiamente sotto la media europea di posti letto ogni 100 mila abitanti (350 contro la media di 500 posti letto ogni 100 mila abitanti dell'Europa).

Quinto parametro in sofferenza: il benessere del Personale Sanitario. Il lavoro è caratterizzato da altissimi livelli di stress psico-fisico con numerosi turni di notte e nel week-end specie in alcuni reparti come Pronto Soccorso, Anestesia. Ma condizioni di lavoro simili si ritrovano in tutti i reparti ospedalieri ed extra ospedalieri, un girone dantesco con turni e orari senza limiti, rarefazione delle progressioni di carriera, burocrazia asfissiante, svilimento del ruolo professionale, aumento delle denunce legali e delle aggressioni fisiche e verbali, totale assenza di valorizzazione economica. A queste condizioni i giovani si rifiutano di entrare in ospedale e i meno giovani fuggono. Come è facile capire, con tale quadro il nostro paziente, il SSN, è in imminente pericolo di vita. Come ho detto, urge e si impone un cambio di passo da parte di tutti coloro che hanno la responsabilità politica di intervenire, compresi gli Ordini professionali, i Sindacati medici, le Società scientifiche. Serve

un intervento strutturale e urgente sull'intero sistema sanitario per arrestare la deriva verso la frammentazione regionalistica e la privatizzazione che altro non fanno che aumentare la disuguaglianza all'accesso alle cure. Servono investimenti adeguati sulle dotazioni organiche, nei reparti ospedalieri e sul territorio. Il PNRR, accolto come una fortuna providenziale è di fatto privo di un preciso progetto per l'ospedale e per il Territorio e non pone rimedio ai problemi dei medici, tutto preso com'è a rimodernare il parco edilizio e tecnologico. Serve l'aumento dei posti letto ordinari. Serve mettere in campo tutte le condizioni per restituire appeal al lavoro del medico, riducendo il disagio, aumentando le retribuzioni, garantendo piena attuazione al contratto di lavoro, e garantendo alla componente femminile sanitaria (ormai maggioranza) adeguate protezioni e *benefit* (asili aziendali, congedi parentali, esenzione dei turni notturni in presenza di figli in età infantile, ecc.) per facilitare l'armonizzazione del lavoro con la vita privata e familiare. Serve una alleanza tra i cittadini e il personale sanitario tutto, per sostenere il nostro SSN, sistema complesso di strutture, servizi e persone, capace di attuare i dettati dell'articolo 32 della Costituzione quando afferma che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti."

5



di Marco Grassi

CARE COLLEGHE, CARI colleghi, anche quest'anno il numero inaugurale vi giunge alle soglie dell'estate ma, anche se in ritardo sulla abituale uscita trimestrale, ricco di contenuti e spunti di riflessione. **L'Editoriale** del Presidente introduce alcuni degli argomenti al centro delle preoccupazioni circa la «tenuta» del Sistema Sanitario Nazionale. «Tutti i parametri fisiologici appaiono oltre i limiti di normalità e gli allarmi attivati» scrive Maurizio Grossi. Il corposo dossier all'interno del Notiziario nella rubrica **Focus sulla Professione** tratta con dettaglio di cifre ogni capitolo di questa «sofferenza»: dalla insoddisfazione per le condizioni di lavoro dei medici ospedalieri alla fuga dei giovani medici dalle specializzazioni più «critiche» (come la medicina d'emergenza-urgenza), fino al fenomeno della «emigrazione di massa» di medici italiani (circa 1000 medici all'anno) verso lidi più ospitali (come condizioni lavorative ed economiche). Alla luce dei numerosi allarmi, di cui questo Notiziario ha già dato anche in passato ampio risalto, «urge e si impone un cambio di passo da parte di tutti coloro che

hanno la responsabilità politica di intervenire.» La lettura del Notiziario prosegue con le tradizionali rubriche. **Sanità Locale** informa su un innovativo progetto di formazione a distanza (FAD), che è stato inserito nelle attività di formazione per i MMG della Romagna e del Corso Regionale di Formazione per Medicina Generale in Romagna. **Vita dell'Ordine** relazione sulla manifestazione di chiusura dell'anno 2022: la premiazione del Premio Jano Planco d'oro andato quest'anno alla dottoressa Maria Mercedes (Mara) Rossi per il suo impegno professionale e sociale. **Medicina di Genere** ospita tre interventi. L'abituale «Focus on» di Laura Baffoni che spiega come il genere influenza la tossicità delle terapie anticancro e la necessità di rivedere le posologie dei farmaci. Antonella Chiadini ci ragguaglia sulla serata promossa dalla Commissione Pari Opportunità dell'Ordine sul tema delle mutilazioni genitali femminili (MGF), ossia «tutte le pratiche di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre alterazioni indotte agli organi genitali femminili effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche» L'incontro si è aperto con la



proiezione del docufilm «African dreamers - five true stories». Al termine della proiezione la dr.ssa Loreley Bianconi, coordinatrice della Commissione Pari Opportunità dell'Ordine, ha parlato a trecentosessanta gradi sugli aspetti culturali, sanitari, psicologici, statistici e preventivi di una prassi ancor diffusa per i motivi di cui sopra, che riguarda molte delle bambine immigrate nel nostro Paese. Infine, nel terzo articolo della rubrica il dr. Del Corso affronta l'argomento del trattamento della malattia coronarica nei due sessi. **Medici ma non solo**, ma anche pazienti...come ci racconta Giovanni Cananzi nel nuovo, inatteso capitolo del suo viaggio nella sanità nelle vesti di paziente. Quando vi giungerà questo Notiziario la **Recensione** di Maurizio della Marchina della mostra «Rinascimento a Ferrara

- Ercole De' Roberti e Lorenzo Costa» sarà ancora attuale poiché l'esposizione si protrarrà fino al 19 giugno 2023 e permetterà al pubblico di ammirare oltre cento opere dei più illustri e celebrati artisti del tardo Rinascimento estense, sapientemente guidati dai curatori Vittorio Sgarbi e Michele Danieli.

Dopo gli abituali rompicapo di **Semi-seriamente** come sempre curati da Saverino La Placa ci avviamo alla conclusione di questo numero.

Lo **Spazio AMMI Donne per salute** fornisce un dettagliato resoconto delle numerose iniziative organizzate o partecipate dall'associazione nell'ultimo scorcio del 2022 e primi mesi dell'anno in corso. L'AMMI ha anche rinnovato il Consiglio Direttivo del triennio 2023/2025 con la riconferma di Giovanna Tommasini Grossi cui vanno le felicitazioni e gli auguri da parte della Redazione per un proficuo proseguimento della sua attività.

Infine, **Ricordando i colleghi** offre lo spazio per condividere con il figlio Paolo il ricordo professionale e umano del dr. Sergio Aluigi, «storico» medico riminese, prima ospedaliero poi Medico di Medicina Generale.

“Urge e si impone un **cambio di passo** da parte di tutti coloro che hanno la responsabilità **politica** di intervenire.”

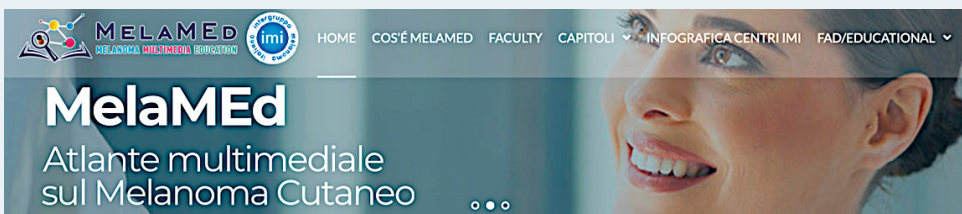


MELAMED - INNOVATIVO PROGETTO DI FAD NELL'AUSL ROMAGNA

8

SFRUTTARE LA TELEFORMAZIONE per la prevenzione del melanoma. È una delle strategie proposte dagli esperti dell' Intergruppo Melanoma Italiano (IMI) al XXVIII Congresso Nazionale (Firenze, 30 settembre al 2 ottobre 2022). L'idea è quella di formare i medici di famiglia attraverso le tecnologie in remoto per aiutarli a individuare i casi sospetti da inviare allo specialista. «Recentemente abbiamo avviato MelaMed (Melanoma Multimedia Education), un'iniziativa a carattere nazionale che si pone l'obiettivo di formare il medico nella prevenzione primaria e secondaria del melanoma cutaneo. Vuole inoltre fornire la relativa conoscenza delle basi essenziali dell'intero percorso diagnostico terapeutico del paziente», spiega Ignazio Stanganelli, presidente IMI, professore dell'Università di Parma e direttore della Skin Cancer Unit IRCCS IRST Istituto Tumori Romagna. Il progetto si avvale della piattaforma on line www.imi-melamed.it, che propone un'area di attività educazionali e un corso in formazione a distanza, con crediti

ECM, patrocinato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). La piattaforma dispone anche di una biblioteca virtuale, con un atlante multimediale di rapido accesso e facilmente consultabile, corredata di tutti i capitoli fondamentali sulla patologia. La condivisione per via telematica delle immagini in dermatologia come quella promossa con il progetto Melamed è utile nella collaborazione tra medico di medicina generale e specialista. La formazione a distanza asincrona del progetto contribuirà inoltre a una approfondita formazione professionale che porterà a migliorare l'appropriatezza diagnostica e una più rapida presa in carico del paziente con sospetto onco-dermatologico. Il progetto è stato identificato tra le attività di formazione di tutti gli operatori sanitari IRST e AUSL Romagna ed è stato inserito nelle attività di formazione per i MMG della Romagna e del Corso Regionale di Formazione per Medicina Generale in Romagna con valutazione dell'impatto formativo.



PREMIO IANO PLANCO QUINTA EDIZIONE

È GIUNTO ALLA QUINTA edizione il Premio Iano Planco d'Oro, premio istituito dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Rimini come riconoscimento a figure e sanitarie che si sono distinte per il loro impegno e la loro dedizione e che in particolare sono state portatrici dei valori etici della professione. Lo Iano

Planco 2022 è stato conferito alla dottoressa Maria Mercedes Rossi, per tutti Mara Rossi, nel corso della cerimonia tenutasi il 5 dicembre 2022 al Grand Hotel di Rimini alla presenza di una nutrita platea di pubblico e autorità militari e civili. La dottoressa Rossi ha raccontato il suo percorso professionale iniziato con il desiderio che sin da piccola aveva di diventare medico. «Io

9



sono di Coriano, sono partita dalla mia famiglia con mio babbo che era medico condotto e ufficiale sanitario a Coriano, quindi figura mitica per me. Poi ho incontrato il dolore con l'esperienza alla comunità Papa Giovanni XXIII e lì ho scoperto la mia vocazione a condividere la vita con gli ultimi. Sono stata responsabile come medico della zona di Rimini, sono poi dopo partita per lo Zambia come medico missionario dove sono stata ventun anni. Il programma più grande che ho coordinato è stato quello sulla AIDS prima e dopo l'avvento dei farmaci antiretrovirali. Da 13 anni sono invece alle Nazioni Unite a Ginevra

Motivazioni del premio Iano Planco d'Oro

attribuito alla **dottorssa Maria Mercedes Rossi**

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

Perché giovane Dottorssa ha da subito voluto vivere la professione come spazio per amare, condividere e mettere a disposizione le competenze acquisite nei paesi poveri del mondo;

Perché dal 1984 al 1987 è stata responsabile dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII a Rimini e poi in Zambia dal 1995 al 2008 dove ha svolto una intensa azione missionaria impegnandosi nella coordinazione di un programma molto esteso di cure sul territorio e prevenzione e cura dell'AIDS;

e New York a rappresentare la Comunità e portare le istanze di chi non ha voce in quelle "stanze dei bottoni"

È stato il presidente dell'Ordine il dottor Maurizio Grossi a spiegare le motivazioni di questo premio legato all'impegno costante di dare voce a chi voce non ne ha. Parole di stima nei confronti della dottorssa Rossi sono giunte infine anche con i saluti di Gianluca Ugolini sindaco di Coriano città natale di Mara e di Cristian Gianfreda assessore alle politiche sociali del comune di Rimini che con la dottorssa Rossi condivide l'esperienza della comunità Papa Giovanni XXIII.

Perché dal Marzo 2009 è rappresentante permanente dell'Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII alle Nazioni Unite, sedi di Ginevra e New York;

Perché con il suo impegno presso le Nazioni Unite cerca di dare voce a chi non ha voce, promuovendo ogni azione che possa rimuovere le cause che generano povertà, ingiustizia e emarginazione;

Perché ha indicato alla comunità medica e odontoiatrica riminese che si può fare medicina con autorevolezza professionale e con l'unica ambizione di rendere migliore il mondo promuovendo la giustizia e la pace.



LA CRISI «ESISTENZIALE» DEL SSN

a cura di Marco Grassi

INDAGINE SUI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI: 1 SU 3 È DISPOSTO A CAMBIARE LAVORO

«Più della metà (56,1%) tra medici e dirigenti sanitari è insoddisfatta delle condizioni del proprio lavoro e 1 su 4 (26,1%) anche della qualità della propria vita di relazione o familiare. Un sintomo inequivocabile di quanto il lavoro ospedaliero sia divenuto causa di sofferenza e di alienazione. Una insoddisfazione che cresce con l'aumentare della anzianità di servizio e delle responsabilità, tanto che i giovani medici in formazione (24,6%) si dichiarano meno insoddisfatti dei colleghi di età più avanzata (36,5%), tra i quali si raggiunge l'apice nella fascia di età tra i 45 e i 55 anni, un periodo della vita lavorativa in cui si aspetta quel riconoscimento professionale che il nostro sistema, però, non riesce a garantire.»[1]

Questi sono i principali risultati della survey condotta dall'Anao Assomed cui hanno risposto 2130 tra medici e dirigenti sanitari. Una indagine

che sebbene poco «scientifica», da un punto di vista della metodologia delle indagini demoscopiche, «fotografa» impietosamente il diffuso sentimento di frustrazione e disillusione che serpeggia negli ambulatori e nelle corsie ospedaliere. Possono sembrare risultati scontati ma oggi più che mai è importante controllare e misurare la «temperatura» dell'insoddisfazione dei colleghi riguardo alle condizioni del loro lavoro. Comprendere i motivi di un disagio diffuso, e prospettare possibili soluzioni, può contribuire a rallentare l'esodo dei medici ospedalieri verso il settore convenzionato o privato o verso l'estero, nonché a evitare forme di 'cottimo' dell'attività medica che contribuisce a generare contratti tanto (apparentemente) ricchi quanto poco chiari sulle norme, sicurezza e tutela medico-legale.

«Per quanto riguarda i cambiamenti desiderati nel lavoro, il podio è occupato da incrementi delle retribuzioni con il 63,9 % delle risposte, e da una

maggiore disponibilità di tempo per la famiglia e il tempo libero con il 55,2%.»[1]

Risultati, questi, ampiamente prevedibili. Semmai sorprende che le percentuali non siano più vicine al cento per cento, considerando che, ad oggi, i medici ospedalieri sono ancora con un contratto già scaduto e non attuato, 5 milioni di giornate di ferie non usufruite e 10 milioni di ore di straordinario non retribuite. Ma sono le risposte alla domanda finale sul futuro del proprio lavoro che rappresentano il segnale più inquietante della crisi della più antica professione di cura.

«Il 36%, ovvero quasi 1 su 3, specie nelle classi di età tra i 45 e i 55 anni, appare disposta a cambiare il lavoro attuale. Il 20% degli intervistati si dichiara ancora indeciso, segno del fatto che almeno una volta si è interrogato sul futuro della professione e sul suo ruolo all'interno del sistema. Forte è il rischio che, procedendo

la sanità pubblica per la impervia strada del definanziamento e della privatizzazione, vadano ad accrescere le fila delle migliaia di desaparecidos che già oggi abbandonano la professione in cerca di altri lidi o, perché no, di altri lavori».[1]

Dati questi da configurare quasi una patologia endemica che mina la «salute» del SSN. Oltre ad un sottofinanziamento pluridecennale pesano anche questioni di ordine organizzativo e di scelte politiche se il sistema non appare in grado di reggere l'onda d'urto combinata di nuove patologie infettive, di patologie croniche prodotte dal sensibile aumento della aspettativa di vita e dal progresso della medicina che, se da un lato ha prodotto vantaggi indiscutibili per la salute, ha anche contribuito a diffondere false convinzioni e aspettative irrealistiche.

[1] <https://www.anaao.it/content.php?cont=36984>

La migrazione internazionale di personale sanitario (principalmente medici e infermieri) è un fenomeno che è sempre esistito ma con numeri che sono sempre rimasti marginali e con motivazioni legate perlopiù a fattori contingenti e personali degli «emigranti».

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE: MEDICI IN FUGA

Come è orientata la scelta dei futuri medici specialisti italiani? Dalla rilevazione Anaao Assomed e Settore Anaao Giovani [comunicato stampa AnaaoAssomed] appare un quadro tanto allarmante quanto significativo di un «malessere» che sta colpendo non solo i medici in attività ma anche quelli in formazione. Dalla indagine risulta infatti una cospicua e pressoché completa adesione a quelle scuole di specialità in cui l'attività privata e ambulatoriale rientra tra i possibili sbocchi lavorativi, mentre vengono abbandonate o neppure prese in considerazione quelle prettamente «ospedaliere e pubbliche» che sono state protagoniste nella lotta pandemica, prima tra tutte la medicina d'emergenza urgenza che ha un tasso di non assegnazione dei contratti del

61%. Vale a dire che su 10 posti in specialità messi a concorso 6 posti non sono stati assegnati per mancanza di interesse. L'indagine ha preso in esame l'esito di 30.452 contratti statali banditi negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022). I «contratti non assegnati» sono i contratti che in sede concorsuale non sono stati assegnati perché nessuno li ha scelti mentre i contratti abbandonati sono stati assegnati ma lo specializzando ha abbandonato il corso o ha cambiato specializzazione tramite una nuova assegnazione. Ciò che salta immediatamente agli occhi di questa «classifica» dei contratti non assegnati e/o abbandonati suddivisa per specializzazione è la «fuga» dei giovani medici da tutte quelle branche che sono state le

	Contratti banditi	Contratti non assegnati		Contratti abbandonati		% Contratti totali non assegnati e abbandonati	
Endocrinologia e malattie del	415	0	0,0%	19	4,60%	19	4,6%
Radiodiagnostica	1472	4	0,3%	62	4,20%	66	4,5%
Psichiatria	1195	13	1,1%	40	3,30%	53	4,4%
Neurologia	620	1	0,2%	19	3,10%	20	3,2%
Pediatria	1682	3	0,2%	43	2,60%	46	2,7%
Malattie dell'apparato digerente	404	1	0,2%	10	2,50%	11	2,7%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed	230	2	0,9%	3	1,30%	5	2,2%
Oftalmologia	443	0	0,0%	8	1,80%	8	1,8%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	1275	1	0,1%	17	1,30%	18	1,4%
Dermatologia e venereologia	272	0	0,0%	1	0,40%	1	0,4%
Medicina termale	7	5	71,4%	1	14,30%	6	85,7%
Microbiologia e virologia	244	175	71,7%	16	6,60%	191	78,3%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	554	363	65,5%	26	4,70%	389	70,2%
Radioterapia	328	192	58,5%	30	9,10%	222	67,7%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	206	119	57,8%	11	5,30%	130	63,1%
Medicina e Cure Palliative	100	59	59,0%	2	2,00%	61	61,0%
Medicina d'emergenza urgenza	1884	1034	54,9%	110	5,80%	1144	60,7%
Medicina di comunità e delle cure	190	99	52,1%	10	5,30%	109	57,4%
Medicina nucleare	181	84	46,4%	15	8,30%	99	54,7%
Statistica sanitaria e Biometria	65	31	47,7%	3	4,60%	34	52,3%
Anatomia patologica	361	153	42,4%	28	7,80%	181	50,1%

più sollecitate durante la pandemia da SARS-CoV-2. Infatti presentano la maggiore entità di contratti non assegnati e abbandonati la medicina d'emergenza-urgenza con 1144 specialisti in meno rispetto ai 1884 contratti stanziati (60,7%), Microbiologia 191 in meno rispetto a 244 (78,3%), Patologia Clinica e Biochimica Clinica 389 in meno rispetto a 554 (70,2%). La tabella 1 mostra tutte le specialità che hanno avuto almeno la metà dei contratti non assegnati o abbandonati. Oltre alle già citate specialità mancheranno, rispetto al fabbisogno calcolato, la metà dei radioterapisti, specialisti in Medicina Nucleare, anatomo-patologi, palliativisti e medici di comunità. Non meno allarmante è la ridotta propensione dei giovani medici per alcune specialità chirurgiche che consolida una tendenza già nota da tempo: Chirurgia Toracica (-42%), Cardiochirurgia (-27%), Chirurgia Generale (-15%), Chirurgia Vascolare (-23%) Anestesia (-21%). Per converso (tabella 2) le specialità che vedono percentuali marginali di non assegnazione o abbandoni di contratti sono quelle a più alta praticabilità di attività libero professionale: dermatologia, cardiologia, oculistica, chirurgia plastica, pediatria.

Il commento del Segretario Nazionale Anaa Assomed Pierino Di Silverio

«Il segnale giunge chiaro e forte, corroborato dai numeri: la medicina sta diventando un affare selettivo, in cui le specialità più colpite e sotto pressione durante la pandemia da Covid-19, le specialità gravate da maggiori

oneri e minori onori sono in caduta libera, non hanno più appeal. Non è un problema di medici, ma di medici specialisti ed è un problema che avrà ripercussioni inevitabili sul futuro di un sistema di cure sempre più in crisi», commenta il Segretario Nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio.

“L'assenza di programmazione e l'assenza di investimenti sul professionista - prosegue - produce effetti devastanti rischiando di desertificare alcune branche ed essere in deficit in altre. Un risultato che dovrebbe far comprendere quanto sia urgente investire sui professionisti e per rendere appetibile una professione che oggi non affascina più. Il medico ha perso la sua identità sociale ancor prima che professionale relegato a mero prestatore di opera alla stregua di un venditore di prodotto, il Paziente si è trasformato in un cliente”.

“Occorre un cambio immediato di passo e di paradigma con investimenti extracontrattuali e legislativi che riconsegnino la sanità ai professionisti. Retribuzioni adeguate, depenalizzazione dell'atto medico, aumento delle assunzioni ed eliminazione del tetto di spesa al personale che agisce ancora oggi come una tagliola su regioni e aziende foraggiando il lavoro a cottimo. Occorre integrare e dare ruolo agli specializzandi, vera forza propulsiva di un sistema vecchio e stanco. Accoglierli negli ospedali con un vero contratto,

con diritti e doveri precisi e chiari, al fine di permettere loro una formazione adeguata e prospettive professionali reali, è l'unica strada, la strada maestra. Continueremo a batterci perché

questo avvenga, con tutte le forze in tutti i modi”, conclude Di Silverio.»

[1] <https://www.anaao.it/content.php?cont=37009>

LA CARENZA DI MEDICI È UN PROBLEMA CHE RIGUARDA TUTTA L'EUROPA

Un documento della European Junior Doctors Association (EJD) si propone di fornire una panoramica sullo stato della pianificazione della forza lavoro medica in Europa e di far luce sulle principali sfide che questa materia pone ai medici in formazione. L'Europa sta passando da un periodo di eccedenza di medici tra il 1980 e il 2000, in cui molti paesi hanno sofferto di disoccupazione medica, a un periodo di scarsità. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche e le tendenze

dei consumatori nel campo dell'assistenza sanitaria sono fattori che aumentano la domanda di assistenza sanitaria ad un tasso superiore a quello della crescita demografica. Si sta inoltre osservando un cambiamento di paradigma nella composizione della forza lavoro in termini di genere (il 51,5% della forza lavoro medica è attualmente di sesso femminile) e il consolidamento della libera mobilità dei medici nei Paesi dell'UE. Utile per una comprensione del report specificare la metodologia utilizzata per la sua compilazione (vedi box).

L'obiettivo dell'indagine è quello di esplorare le principali sfide della Medical Workforce Planning (MFWP) che i diversi Paesi e la percezione che ne hanno le diverse organizzazioni membri di EJD, concentrandosi sui punti in comune e sulle differenze. Un altro obiettivo è stato quello di comprendere le esigenze delle diverse organizzazioni nazionali di JD e raccogliere informazioni sulle fonti di informazione rilevanti.

Metodologia

Sondaggio a domande aperte che comprendeva tre domande:

1. Potrebbe spiegare, dal punto di vista della sua organizzazione quali sono le principali sfide relative al MFWP nel suo Paese?
2. Quale tipo di informazione sarebbe utile /vi piacerebbe avere in merito a questo argomento?
3. Ci sono documenti/rapporti rilevanti che ritenete possano essere interessanti? Se sì, potreste fornire il documento o il link ad esso.

Le risposte al sondaggio sono state analizzate per capire quali sono le principali tendenze che i diversi Paesi hanno espresso nelle loro risposte aperte. In primo luogo, sono stati evidenziati i punti in comune e alla fine sono state analizzate le differenze tra i Paesi.

Carenza di medici

«Tutti i paesi (CZ, DK, ES, FIN, GER, GR, IT, NL, PT, SLO, SPA, SWE, UK) hanno segnalato una carenza di medici, in particolare di specialisti. Negli ultimi decenni tutti gli intervistati hanno segnalato un aumento del numero complessivo di medici e un incremento della domanda di assistenza sanitaria.

REGNO UNITO: L'NHS ha da tempo un numero ostinatamente alto di posti vacanti; un problema che precede di gran lunga la pandemia.

SPAGNA: Il deficit di medici continuerà a peggiorare fino al 2027, quando le coorti derivanti dall'aumento dei laureati e degli specializzandi inizieranno a entrare nel mercato del lavoro. Dal 2027 al 2035 il deficit si ridurrà e si registrerà un piccolo surplus.

GERMANIA - In Germania si registra una carenza di medici in tutti i settori. Secondo indagini dell'Istituto Ospedaliero Tedesco (DKI), il 76% degli ospedali riesce a trovare a malapena i medici per

coprire i posti vacanti.

FINLANDIA - In Finlandia c'è una relativa carenza di medici. Il numero complessivo di medici è aumentato e continua ad aumentare ma sono suddivisi in modo disomogeneo tra assistenza primaria e specialistica, nonché tra servizi pubblici e privati.»

Dalle risposte dei corrispondenti locali e dalle statistiche ufficiali si evince che l'attuale carenza di medici rispetto al passato è «relativa». In realtà il numero dei laureati in medicina è aumentato e sta aumentando nella maggior parte dei paesi europei ma in maniera non proporzionale all'aumento delle accresciute esigenze di assistenza.

Sovraccarico di lavoro per i medici in formazione

«8 paesi (CZ, ES, GR, IT, PT, SLO, SPA, UK) hanno espresso che la mancanza di specialisti e i problemi di MWFP portano a un sovraccarico di lavoro per i medici in formazione. Ciò si traduce in un aumento delle ore di lavoro oltre il limite della direttiva europea sull'orario di lavoro (48 ore settimanali) in termini di orari di lavoro regolari e turni di guardia.

SLOVENIA - I medici in formazione sono abituati a coprire le lacune causate dalla mancanza di medici e da un sistema disfunzionale.

ITALIA - Anche se sulla carta i medici in formazione sono considerati studenti, gli ospedali universitari delegano la maggior parte dei loro servizi ai giovani medici in formazione.

PORTOGALLO - È stato difficile trattenere i medici negli ospedali pubblici a causa del deterioramento delle condizioni di lavoro, che ha portato a un eccesso di carico di lavoro per i medici in formazione. Questo, a sua volta, aggrava i tassi di abbandono da parte dei medici e crea un ciclo che si auto-rinforza.

REGNO UNITO - Il cumulo progressivo delle procedure e la pandemia hanno creato un ambiente di stress cronico e i carichi di lavoro eccessivi sono stati normalizzati richiedendo continuamente al personale di colmare lacune che non dovrebbero esistere. Il tributo fisico ed emotivo include una crescente prevalenza di stress, affaticamento e burnout. Affrontare e mitigare questo problema è una sfida importante per la pianificazione della forza lavoro.

GRECIA - L'anno di abilitazione post-laurea (6 mesi in ospedali regionali e 6 mesi in servizi rurali) sarà presto approvato come regolamento generale, obbligando de facto un servizio in territori carenti per i giovani medici, con il pretesto della formazione.»

Il quadro descritto dai corrispondenti evidenzia come in vari paesi europei, analogamente all'Italia, la presenza negli ospedali (universitari in Italia) degli specializzandi sia utilizzata surrettiziamente per coprire vuoti di organico e lacune organizzative con un sovraccarico di lavoro, spesso improprio, che mal si

concilia con la formazione e lo studio, scopo principale del corso di specializzazione.

Colli di bottiglia nelle transizioni della formazione medica

«8 paesi (DK, FIN, GR, IT, NL, PT, SPA, SWE) hanno comunicato problemi nella transizione tra le diverse parti della formazione, ad esempio l'accesso dalla formazione alla formazione post-laurea, oppure l'accesso dagli anni di base alla specializzazione. Questi problemi hanno fatto sì che un numero significativo di medici non abbia potuto lavorare o abbia ridotto il proprio impiego in contesti in cui i medici sono tuttavia necessari.

SVEZIA - La quantità di posti di specializzazione è troppo bassa. La quantità di posti per i programmi di abilitazione non è sufficiente. Questo rallenta il percorso per diventare medico specialista.

OLANDA - La sfida principale è lo squilibrio tra il numero di studenti di medicina che accedono alla facoltà di medicina e il numero di giovani medici (non in formazione). Abbiamo circa 6.000 giovani medici disoccupati o che lavorano al di fuori del settore medico.

GRECIA - Oggi esiste un processo di selezione che dipende solo dalla data di laurea in medicina/ dalla data di presentazione della domanda da parte del candidato. Questo crea lunghe liste

Dalla indagine risulta infatti una cospicua e pressoché completa adesione a quelle **scuole di specialità** in cui l'attività privata e ambulatoriale rientra tra i possibili **sbocchi lavorativi**.

d'attesa per alcune specialità/ ospedali di formazione, mentre altri posti meno "ricercati" rimangono vacanti per anni. Forse si dovrebbe introdurre un sistema più equo, con una valutazione dei candidati tramite un esame nazionale e/o un colloquio personale da parte dei supervisori dei programmi di formazione post-laurea.

ITALIA - Dal 2008 al 2013, il numero medio di medici laureati è stato soddisfatto da un numero simile di posti di formazione post-laurea, consentendo un accesso fluido alla specializzazione. Negli anni successivi questo rapporto ha iniziato a diminuire e nel 2020 l'equivalenza era inferiore al 65% (23.756 medici laureati concorrevano per 14.455 posti di specializzazione). Anche se alcuni provvedimenti sono stati intrapresi durante il 2021 e 2022, sussiste ancora un accesso disomogeneo tra settori, e alcune specializzazioni saranno carenti di medici a lungo termine.»

Il tema del passaggio dalla acquisizione della laurea (e abilitazione professionale) al percorso professionalizzante (in molti casi prerequisito per l'accesso al lavoro nel SSN) risulta essere critico non solo in Italia. Fra le maggiori criticità (sperimentate in Italia fino ad alcuni anni fa) lo squilibrio fra lauree, posti a disposizione nelle scuole di specialità e reale fabbisogno di specialisti. Laddove, come recentemente in Italia, si sono posti

Fra le maggiori criticità (sperimentate in Italia fino ad alcuni anni fa) lo squilibrio fra lauree, posti a disposizione nelle scuole di specialità e reale fabbisogno di specialisti.

correttivi aumentando i posti nelle scuole di specializzazione, si assiste al fenomeno dell'accesso disomogeneo con alcune specializzazioni «rifiutate» dai giovani medici.

Carenza di medici di famiglia

«7 paesi (DK, ES, FIN, IT, SPA, SWE, UK) hanno segnalato una carenza di medici di base o di medici di famiglia nella loro forza lavoro rispetto ai medici ospedalieri.

SVEZIA: L'assistenza sanitaria di base è sottodimensionata. Non ci sono abbastanza medici di base per prendersi cura della popolazione anziana.

DANIMARCA - La mancanza di medici di base significa che un'ampia fetta della popolazione non ha un medico di famiglia personale. Una nuova sanità proposta dal governo e sostenuta da un'ampia maggioranza dei partiti in parlamento cerca di affrontare il problema della

mancanza di medici di base.

FINLANDIA - Appare quindi piuttosto evidente che l'assistenza specialistica ha ricevuto sostanzialmente più risorse di forza lavoro rispetto all'assistenza primaria. Questo ha portato a una cronica mancanza di servizi nelle cure primarie.

PORTOGALLO - C'è una mancanza di medici di famiglia formati che, secondo la più recente stima del 2022, riguarda oltre il 10% della popolazione portoghese. Ciò si traduce in una maggiore difficoltà di accesso alle visite di assistenza primaria, così come alle visite specialistiche all'interno del sistema pubblico, che di solito sono eseguite da medici generici. Riteniamo che questa sia una delle cause dell'aumento dell'affluenza al pronto soccorso ospedaliero, che spesso è il modo più semplice per accedere all'assistenza sanitaria, a scapito del drenaggio delle risorse umane ospedaliere per i turni di emergenza e dell'aumento dell'arretrato nelle cure elettive ospedaliere.»

La difficoltà a sostenere il fisiologico turnover dei MMG è problema che non riguarda solo l'Italia. Anche nel più ricco e organizzato nord Europa, in particolare nei paesi scandinavi, si assiste al fenomeno di «abbandono» dell'attività di cura nella medicina di base da parte dei medici che si traduce in sempre più ampie percentuali

di popolazione (fino al 10%) con assistenza sanitaria di base ridotta o assente. Un quadro che ha a che fare con una programmazione insufficiente o non adeguata come testimoniato da 9 paesi (CZ, DK, ES, FIN, GER, GR, IT, PT, SPA, UK) che hanno dichiarato che la mancanza di dati e la pianificazione inadeguata sono tra le principali preoccupazioni per le loro organizzazioni. Infine il problema dell'abbandono (volontario o per pensionamento anticipato) dei medici.

I medici abbandonano la forza lavoro: le grandi dimissioni?

«3 paesi (IT, SLO, UK) segnalano che un problema emergente è l'abbandono della forza lavoro da parte dei medici, che si dimettono dalla professione a causa dei problemi legati al sovraccarico di lavoro. È necessario condurre ulteriori ricerche in quest'area per comprendere la complessità del fenomeno e le misure adottate che potrebbero interessare i diversi Paesi europei.

SLOVENIA - Il fatto è che sempre più medici lasciano il Paese o la professione in cerca di condizioni di lavoro migliori. Si vede anche che un medico in burnout, che lavora in un ambiente malsano, è meno utilizzato e questo spinge un giovane medico a perdere entusiasmo fino all'abbandono o all'emigrazione.

REGNO UNITO - Una recente indagine della BMA (novembre

2021) ha rilevato che più di 6 medici su 10 soffrono di stress e ansia da lavoro. Nel nostro sondaggio di settembre, un membro della BMA su cinque ci ha detto che intendeva lasciare del tutto l'NHS e più di due su cinque intendevano andare in pensione anticipata.»

Se il quadro complessivo descritto nel presente report appare alquanto sconsolante nondimeno ci si può esimere dal trarre i dovuti insegnamenti ed esprimere proposte che devono tuttavia superare il vaglio della «politica».

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1675686569.pdf>

LA GRANDE FUGA: MEDICI ITALIANI ALL'ESTERO

Nel 2019, poco prima dello scoppio della pandemia di COVID, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri (FNOMCeO) lanciò una iniziativa mediatica dal significativo slogan «Offre l'Italia» con l'obiettivo di sensibilizzare gli italiani sul problema della carenza di medici di medicina generale e specialisti, e sulle possibili soluzioni.

“Laureata a Milano, medico a Berlino. Offre l'Italia”. “Laureato a Bari, anestesista a Parigi. Offre l'Italia”. Sono questi gli slogan che campeggiavano sui manifesti della campagna della Fnomceo,

lanciata a Roma, in occasione della Conferenza stampa di apertura degli Stati Generali della Professione medica. Accanto, le foto di due giovani medici in camice bianco. Più sotto, i numeri: “Ogni anno, 1500 medici vanno all'estero. E non tornano. Costano all'Italia oltre 225 milioni”. Allora il focus dell'iniziativa era rivolto a risolvere il cosiddetto «imbuto formativo», cioè la discrepanza fra il numero di laureati e le borse di studio di specializzazione che impedivano a molti medici di accedere a quella formazione che consente poi l'ingresso al lavoro nel Sistema Sanitario

**LAUREATA A MILANO,
MEDICO A BERLINO.
OFFRE L'ITALIA.**

OGNI ANNO 1500 MEDICI VANNO A SPECIALIZZARSI ALL'ESTERO. E NON TORNANO. COSTANO ALL'ITALIA OLTRE 225 MILIONI.

GOVERNO. SERVONO PIÙ POSTI DI SPECIALIZZAZIONE.

FNOMCeO
Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri

La scarsa attrattività del nostro Servizio nazionale è il vero sanitario motivo per cui i medici si trasferiscono all'estero o preferiscono fare i "gettonisti".

Nazionale (SSN). Successivamente, e principalmente come conseguenza delle difficoltà incontrate durante l'emergenza COVID, le borse di studio di specializzazione sono aumentate ma non è diminuito, se non marginalmente, il fenomeno della «fuga» di medici italiani all'estero. La migrazione internazionale di personale sanitario (principalmente medici e infermieri) è un fenomeno che è sempre esistito ma con numeri che sono sempre rimasti marginali e con motivazioni legate perlopiù a fattori contingenti e personali degli «emigranti». È invece relativamente recente l'aumento dimensionale del fenomeno, così come sono radicalmente mutate le motivazioni all'espatrio e relative conseguenze sui sistemi sanitari.

Migrazione internazionale di medici e infermieri

Il numero e la quota di medici formati all'estero - e in alcuni paesi anche infermieri - che lavorano nei paesi dell' Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) ha continuato a

crescere nell'ultimo decennio. Nel 2019, circa il 18% dei medici in media nei paesi OCSE aveva conseguito la laurea in medicina in un altro paese (Figura 1), rispetto al 15% di un decennio prima. Per gli infermieri, in media il 6% aveva conseguito una laurea in infermieristica in un altro Paese nel 2019 [2]. Questi sviluppi si sono verificati in parallelo con un aumento significativo del numero di laureati in medicina e infermiere formati a livello nazionale in quasi tutti i paesi OCSE che indica una domanda sostanziale di medici e infermieri.

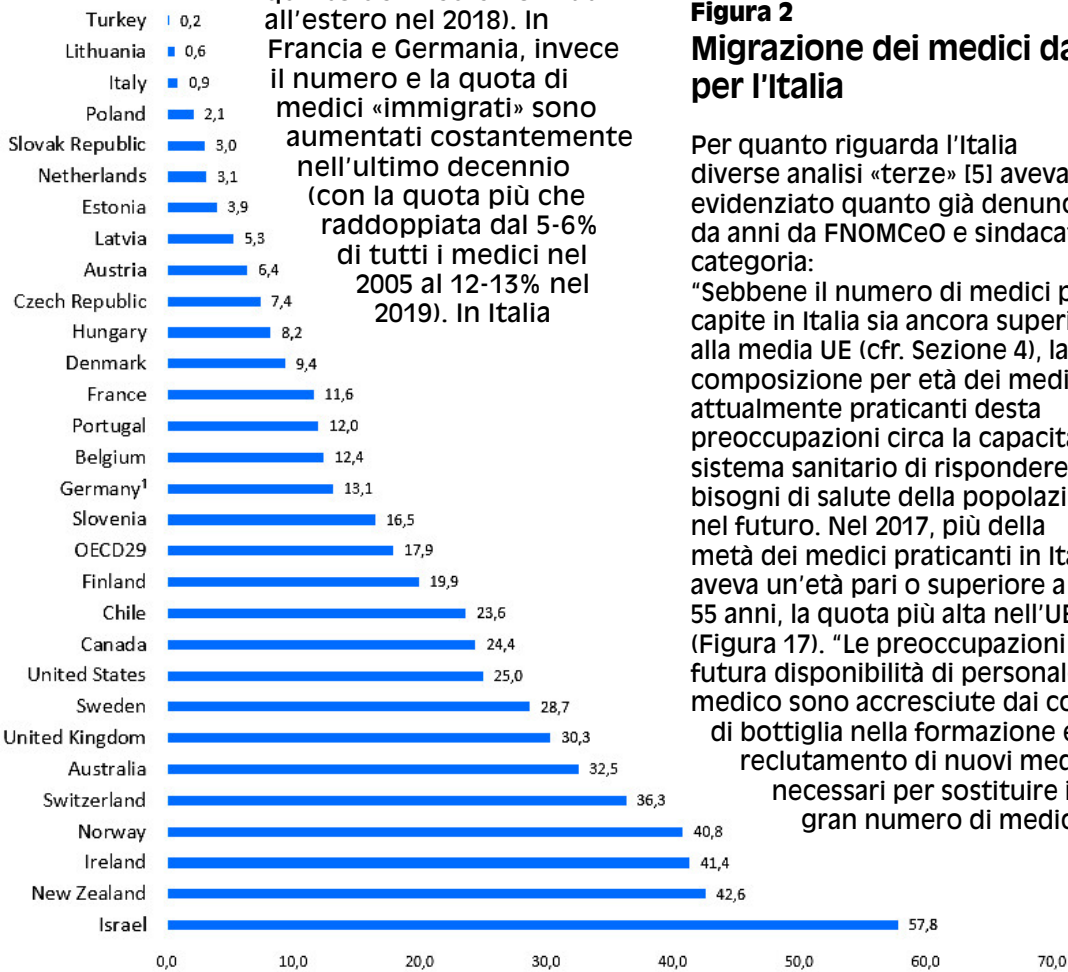
Figura 1 (a pag. 22)

Nel 2019, la percentuale di medici formati all'estero variava dal 2% o meno in Turchia, Lituania, Italia e Polonia a circa il 40% in Norvegia, Irlanda e Nuova Zelanda e quasi il 60% in Israele. Nella maggior parte dei paesi OCSE, la quota di infermieri formati all'estero è inferiore al 5%, ma Nuova Zelanda e Svizzera hanno percentuali intorno al 25% e Australia e Regno Unito intorno al 15-20%. Tuttavia, in alcuni casi, i medici e gli infermieri formati all'estero sono costituiti da persone nate nel paese che hanno studiato all'estero ma sono tornate. In un certo numero di paesi (tra cui Israele, Norvegia, Svezia e Stati Uniti), questa quota è ampia e in crescita, in particolare per i medici formati all'estero. Nel 2019 in Israele, ad esempio, quasi il 50% dei medici e infermieri formati all'estero erano israeliani di nascita.

Tra il 2005 e il 2019 la percentuale di medici formati all'estero in alcuni paesi OCSE ha subito una evoluzione [3]. Mentre la quota è rimasta relativamente stabile

in quei paesi che avevano già una elevata percentuale di tali medici (nel Regno Unito, circa il 30%, e negli Stati Uniti, circa il 25%), in Europa, la quota di medici formati all'estero è aumentata rapidamente anche se in alcuni casi come Norvegia (40%) e Svezia (28,6%) non si tratta solo di immigrazione di medici (in Norvegia più della metà dei medici formati all'estero sono però nativi che ritornano dopo aver studiato all'estero; in Svezia, il numero di medici formati all'estero ma nativi è quadruplicato dal 2006, rappresentando quasi un quinto dei medici formati all'estero nel 2018). In Francia e Germania, invece il numero e la quota di medici «immigrati» sono aumentati costantemente nell'ultimo decennio (con la quota più che raddoppiata dal 5-6% di tutti i medici nel 2005 al 12-13% nel 2019). In Italia

Figura 1



invece il numero di medici formati all'estero è rimasta costantemente bassa nel tempo [figura 2]. I numeri «bruti» non danno ragione delle motivazioni sottostanti al fenomeno e neppure sulle diverse percentuali di medici formati all'estero fra i vari paesi. Una analisi dei flussi di emigrazione/immigrazione dei vari paesi e la loro evoluzione nel tempo può essere spiegata con le politiche di accesso agli studi di Medicina (numero chiuso) e/o con una programmazione che non ha tenuto conto della evoluzione dei bisogni di salute.

Figura 2
Migrazione dei medici da e per l'Italia

Per quanto riguarda l'Italia diverse analisi «terze» [5] avevano evidenziato quanto già denunciato da anni da FNOMCeO e sindacati di categoria: "Sebbene il numero di medici pro capite in Italia sia ancora superiore alla media UE (cfr. Sezione 4), la composizione per età dei medici attualmente praticanti desta preoccupazioni circa la capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni di salute della popolazione nel futuro. Nel 2017, più della metà dei medici praticanti in Italia aveva un'età pari o superiore a 55 anni, la quota più alta nell'UE (Figura 17). "Le preoccupazioni sulla futura disponibilità di personale medico sono accresciute dai colli di bottiglia nella formazione e nel reclutamento di nuovi medici necessari per sostituire il gran numero di medici che

presto andranno in pensione. Queste strozzature si traducono anche in grandi flussi migratori in uscita di neolaureati in medicina e giovani medici che iniziano la loro carriera. I dati desunti dal database dell'OCSE sull'ingresso nelle varie nazioni di medici dall'estero (disponibile online) [6] per quanto riguarda l'Italia (come paese di provenienza) sono riassunti in **figura 3** (a pagina 24) e sono sufficientemente autoesplicativi senza necessità di entrare troppo nei dettagli o in analisi sofisticate: ogni anno oltre mille colleghi si trasferiscono all'estero e se alcune «mete» tradizionali come il Regno Unito, causa Brexit hanno minore appeal per maggiori difficoltà burocratiche, vengono sostituite da altre come Spagna e Svizzera. Sulle motivazioni di questa «fuga» già nel 2017 veniva sottolineata la ricerca di migliori condizioni (anche economiche) di lavoro. "Tra il 2010 e il 2016 il numero dei laureati in medicina delle scuole mediche italiane è passato da circa 6.700 a oltre 8.000. Tuttavia, molti di questi neolaureati non sono stati in grado di trovare uno stage e un posto di formazione specialistica per completare la loro formazione perché il numero di posti è limitato a un livello significativamente inferiore al numero di laureati, quindi molti hanno deciso di andare all'estero per completare la loro formazione specialistica. Inoltre, un certo numero di medici di nuova formazione in Italia si è trasferito all'estero anche per approfittare di migliori opportunità di lavoro, poiché gli stipendi di base dei medici in Italia sono molto bassi (tra 2.000 e 2.500 euro al mese, anche per i chirurghi generali). Di conseguenza, tra il 2010 e il 2018, oltre 8.800 neolaureati in medicina o medici con formazione completa sono emigrati

Year	2019	2020	2021
Country of origin			
Albania	5	10	13
Argentina	2	4	12
Austria	28	21	17
Bulgaria	16	36	26
Germany	14	13	6
Hungary	8	4	4
Romania	43	53	54
Brazil	6	2	4
Spain	25	17	32
Slovak Republic	1	3	9
Croatia	3	2	7
Cuba	2	1	2
Czech Republic	..	3	3
Ecuador	1	3	5
Egypt	7	1	2
Latvia	2	6	6
Poland	5	3	2
Finland	2	1	..
France	1	4	2
United Kingdom	5	2	2
Lithuania	2	2	1
Altri paesi	82	102	90
Totale	260	293	299

Figura 2

per trovare tirocini o posizioni regolari altrove in Europa." [5] Analisi e relativi «allarmi» che la politica tutta ha disatteso fino al punto di «quasi» non ritorno in cui ci troviamo. Come arrestare questa emorragia? E come bilanciare la carenza di medici? Ancora: ampliare l'accesso alla Facoltà di Medicina, come prospettato recentemente dal Ministro della Salute [7] può essere la soluzione? Il presidente FNOMCeO ha espresso al riguardo «La programmazione – ha premesso Anelli – deve riguardare il prossimo decennio. Attualmente

siamo ai primi posti in Europa per il rapporto tra medici e abitanti: ne abbiamo 4 ogni mille, contro la media Europea di 3,8. Negli Usa il rapporto scende a 2,5 medici ogni mille abitanti. Se vogliamo mantenere questo rapporto – ha spiegato – vanno bene i 14.000 posti a Medicina, se aumentiamo avremo più medici. Resta però il fenomeno della scarsa attrattività del nostro Servizio sanitario nazionale che è il vero motivo per cui i medici si trasferiscono all'estero o preferiscono fare i gettonisti, per un miglior equilibrio tra lavoro e vita privata. Un'organizzazione, questa, a

turni – ha commentato – che compromette quel rapporto continuativo che è tipico della professione medica ed è una distorsione del sistema". "Il numero programmato – ha concluso Anelli – va quindi mantenuto, anche perché abbiamo vissuto il dramma dell'imbutto formativo, con migliaia di medici laureati, abilitati, che non potevano specializzarsi e quindi lavorare. Da qui il disagio, la voglia di fuggire all'estero, ma anche le difficoltà di tante famiglie. Credo non sia giusto penalizzando i giovani». [8]

Figura 3

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Austria	9	6	5	4	1	4							29
Belgio	32	61	58	65	115	83	81	59	57	104	71	67	853
Canada	23	17	18	25	16	20	22	22	26	12	17		218
Francia		80	110	105	147	183	165	157	124	107	97		1275
Germania	73	98	84	98	110	105	110	107	123	134	126		1168
Irlanda	12	7	11	11	29	29	33	32	19	31	21	29	264
Israele	28	51	37	62	47	73	70	81	108	90	88	56	791
Norvegia	5	10	8	9	8	9	12	8	5	8	13	9	104
Olanda	7	6	12	..	5	10	6	..	7	15	7		75
Svezia	12	22	12	13	13	16	15	8	8	11			130
Spagna	39	50	26	28	64	9	55	11	5	166	173	90	716
Svizzera	191	194	218	263	237	208	272	228	214	229	259		2513
UK	373	386	454	609	790	328	266	220	226	215	199	186	4252
USA	19	36	24	12	23	18	21	18	20	27	23		241
Totale	823	1024	1077	1304	1605	1095	1128	951	942	1149	1094	437	12629

[1] Figura 1 Fonte: Statistiche sanitarie OCSE 2021 <https://stat.link/n53hlo>
[2] Fonte: Statistiche sanitarie OCSE 2021 <https://stat.link/bxymws>
[3] <https://stat.link/6fzwub>
[4] Figura 2 <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336>
[5] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://doi.org/10.1787/cef1e5cb-en>.
[6] Figura 3 Fonte <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336>
[7] https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=111124
[8] Ufficio Stampa e Informazione FNOMCeO 16/2/2023



FOCUS ON
di Laura Baffoni

"Sex and Gender Differences in Anticancer Treatment Toxicity: A Call for Revisiting Drug Dosing in Oncology"
Özdemir BC, Gerard CL, Espinosa da Silva C.
Endocrinology. 2022 Jun 1;163(6):bqac058. doi: 10.1210/endo/bqac058.

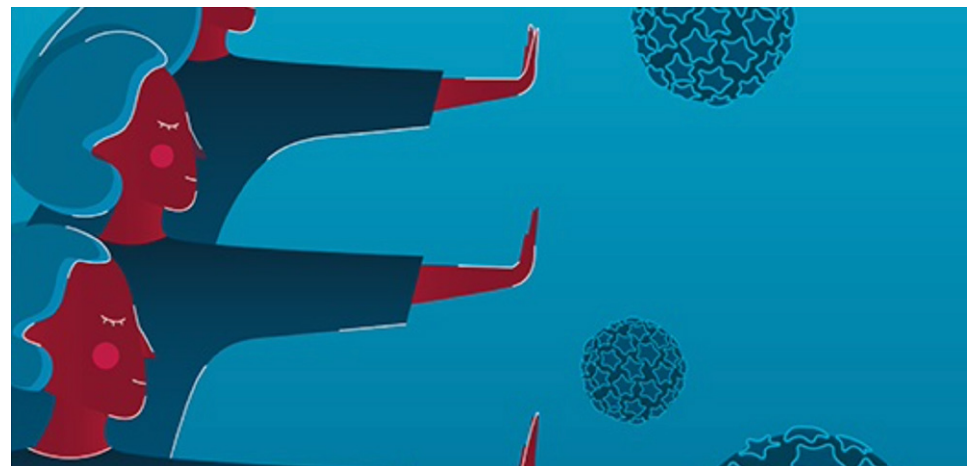
LE NEOPLASIE PRESE complessivamente rappresentano la seconda causa di cronicità e mortalità nel mondo, e la ricerca di nuovi ed aggredibili bersagli terapeutici rappresenta una grossa fetta della ricerca farmacologica; purtroppo i trattamenti anti neoplastici sono gravati da una bassa tollerabilità dovuta all'elevata frequenza di effetti avversi correlati alla terapia, quindi ogni sforzo per ottimizzare l'efficacia e la tollerabilità di tali farmaci è un imperativo nella ricerca clinica. È certo che l'Oncologia negli ultimi decenni ha fatto straordinari progressi grazie all'introduzione, nella diagnostica tumorale di routine, della valutazione del profilo molecolare e, nel trattamento, dell'immunoterapia. Nonostante i significativi progressi nelle opzioni terapeutiche per la maggior parte dei tipi di cancro, mancano strategie

di dosaggio personalizzate che tengano conto del sesso e del genere del paziente, per ottimizzare il rapporto tra efficacia e tossicità in ogni paziente. In questa mini-review Özdemir, Gerard e Espinosa da Silva, per identificare tutti i dati relativi alle differenze di sesso osservate nella tossicità delle terapie antitumorali, hanno eseguito nel gennaio 2022 una ricerca bibliografica su PubMed utilizzando i termini "differenze di sesso", "genere", "cancro" e "tossicità da farmaci". Gli Autori (come riportato anche nella review commentata nel precedente numero del nostro Notiziario, n.d.r.) evidenziano come in letteratura i termini sesso e genere siano spesso utilizzati erroneamente in maniera interscambiabile e specificano che nel loro lavoro utilizzano i termini "femmina", "donna" e "donne" per riferirsi a persone a cui è stato assegnato il sesso femminile alla nascita e che socialmente si identificano come donne; e, allo stesso modo, i termini "maschio", "uomo" e "uomini" per riferirsi a persone a cui è stato assegnato il sesso maschile alla nascita e che socialmente si identificano come uomini. Gli Autori riportano i dati raccolti sugli studi sulla tossicità dei farmaci antitumorali partendo dalle

“criticità sesso e genere correlate” per arrivare alle “prospettive”, che si riassumono in tre momenti essenziali: 1) le donne hanno un aumentato rischio di avere reazioni avverse rispetto agli uomini, 2) nei due sessi la somministrazione di farmaci antitumorali allo stesso dosaggio, o dopo correzione per la superficie corporea, è un ostacolo al cammino verso una terapia personalizzata, 3) la valutazione della massa magra/muscolare può essere il nuovo parametro da utilizzare per un dosaggio più personalizzato.

1. Il sesso di un paziente è un modulatore chiave delle risposte ai farmaci e molteplici lavori, che hanno valutato popolazioni diverse, hanno dimostrato che le donne hanno un rischio da 1,5 a 2 volte maggiore di sviluppare reazioni avverse ai farmaci (ADR) in tutte le classi di farmaci e hanno una probabilità significativamente maggiore di essere ricoverate in ospedale a causa di ADR rispetto agli uomini. Molteplici elementi contribuiscono all'aumentata segnalazione di ADR nelle donne, come le differenze tra i due

sessi nella farmacocinetica e nella farmacodinamica, nella composizione del microbiota intestinale, nell'esposizione agli ormoni sessuali endogeni specifici, nelle differenze sessuali nella supplementazione di ormoni sessuali esogeni (ad es. contraccettivi orali, terapie ormonali sostitutive in menopausa), nella presenza di tassi più elevati di politerapia nelle donne con un conseguente rischio maggiore di potenziali interazioni farmaco-farmaco e anche nelle differenze di genere nella segnalazione o nel ricordo di ADR (le donne sono segnalatrici più frequenti); ma il primo fattore è probabilmente correlato al fatto che molti studi clinici sui farmaci di Fase I e Fase II sono condotti prevalentemente sugli uomini e i dosaggi ottimali dei farmaci che derivano da questi studi non sono sempre generalizzabili alle donne. Per esempio l'80% dei farmaci ritirati dal mercato statunitense, tra il 1997 e il 2000, rappresentava un rischio per la salute maggiore per le donne che per gli uomini e il 37% dei farmaci approvati dalla FDA tra il 2000 e il 2002 presentava differenze di



nesso in farmacocinetica, efficacia o eventi avversi; nonostante ciò non si erano ritenute queste differenze clinicamente rilevanti e non era stata formulata alcuna raccomandazione sull'adattamento della dose in base al sesso. Le donne presentano concentrazioni di farmaco nel sangue significativamente più elevate e tempi di eliminazione del farmaco più lunghi rispetto agli uomini per una stessa dose di farmaco per effetto di differenze nella farmacocinetica tra i due sessi: nelle donne si osservano differenze nel volume plasmatico e nella perfusione degli organi, una maggiore presenza di grasso corporeo, una maggiore presenza di farmaci agli eritrociti ed i livelli più bassi di ematocrito nelle donne), una differente espressione degli enzimi che metabolizzano i farmaci, per esempio è stato riportato che l'isoforma CYP3A (coinvolta nel metabolismo di circa il 50% dei farmaci) ha un'attività superiore del 25% nelle donne. Al contrario, i livelli di espressione (regolati nel ratto dagli steroidi sessuali) della pompa di efflusso del farmaco P-gp codificata dal gene MDR1 sono più alti negli uomini e potrebbero in parte spiegare il minor tasso di tossicità osservato negli uomini. Gli uomini inoltre hanno una funzione renale media del 20% maggiore rispetto alle donne e diverse analisi farmacocinetiche hanno evidenziato che le donne hanno una capacità di eliminazione inferiore per vari farmaci antitumorali (es: agenti citotossici - *paclitaxel*, *5-fluorouracile*, *doxorubicina* -, inibitori della tirosin-chinasi - *imatinib*, *sunitinib* - e anticorpi monoclonali - *bevacizumab* e *rituximab* -), che si traduce in livelli

plasmatici più elevati (**tab.1**). Nonostante queste ben documentate differenze legate al sesso, la maggior parte delle analisi sull'eliminazione e la distribuzione dei farmaci antitumorali non include nemmeno il sesso come covariata, come si evidenzia in un lavoro che ha analizzato 256 studi di popolazione sugli agenti antitumorali, di cui solo 80 hanno riferito che il sesso era incluso come covariata nei modelli analitici.

2. Un recente studio su oltre 23.000 pazienti (38% donne) in 202 studi clinici di fase II e III ha rilevato che le donne avevano il 34% in più di rischio di tossicità grave da terapie antitumorali rispetto agli uomini e l'aumentato rischio si manteneva anche quando i dati venivano analizzati per tipo di trattamento (chemioterapie, terapie mirate, immunoterapie), tipo di evento avverso (sintomatico o ematologico) e tipologia di trattamento (avanzato vs adiuvante). Tali tossicità non possono dipendere solo dalla differente attitudine alla segnalazione legata al genere, ma possono essere spiegate sia dall'aumento dell'esposizione al farmaco attraverso la regolazione ormonale delle proteine coinvolte nel metabolismo del farmaco sia dall'effetto diretto degli ormoni sessuali sul bersaglio del farmaco, ma la mancanza di una raccolta sistematica di informazioni sullo stato ormonale dei pazienti (menopausa, contraccettione ormonale...) fa sì che l'entità degli effetti ormonali rimanga sconosciuta. Inoltre, anche il *background* genetico, l'etnia, nonché le differenze nella varietà e nella composizione del microbiota intestinale e nella dieta probabilmente contribuiscono alle

Farmaco	Farmacocinetica		Tossicità		Efficacia	
	M	F	M	F	M	F
5-Fluorouracile	Clearance aumentata					
5-FU + LV				+ Alta		
Adjuvant FOLFIRI (PETACC-3)				+ Alta		
Adjuvant FOLFOX/CAPOX/ FOLFIRI (ACCENT database)				+ Alta		
First line FOLFIRI/FOLFOX (ARCAD database)				+ Alta		OS e FS =
First-line FOLFIRINOX (prospective trial)				+ Alta		OS + alta
First-line FOLFIRI + bevacizumab/FOLFOX + bevacizumab/FOLFOXIRI + bevacizumab (TRIBE trials)				+ Alta		ORR e PFS =
First-line FOLFOX + bevacizumab (SOFT trial)				+ Alta		OS e PFS =
Capecitabine						
Adjuvant capecitabine (BILCAP trial)				+ Alta	OS + alto	
Paclitaxel	Eliminazione + 20%					
First-line paclitaxel + carboplatin				+ Alta		PFS + alta
Oxaliplatin						
First-line S-1 + oxaliplatin (G-SOX trial)				+ Alta		OS e PFS =
First-line (?) S-1 + oxaliplatin + bevacizumab (SOFT trial)				+ Alta		OS e PFS =
Cisplatin						
Cisplatin-based therapy (prospective)				+ Alta		
First-line ECF, ECX, EOF, EOX				+ Alta		OS + alta
First-line S-1 + cisplatin (G-SOX trial)						OS e PFS =
First-line cisplatin-based therapy (ECOG 1594 trial)				+ Alta		OS e PFS + alte
Doxorubicin	Clearance aumentata			+ Alta		
Irinotecan	Nessuna differenza				OS e ORR + alte	
First-line FOLFIRI + bevacizumab (XELAVIRI trial)						
Temozolomide						
Retrospective data						ORR + alta
Adjuvant temozolomide (repository data)						OS + alta

tab.1

differenze osservate tra i due sessi; ne è un esempio la profilazione del microbioma in individui abbinati per età e dieta che indica come la composizione del microbiota possa essere influenzata dal genere in modo dipendente dalla massa corporea. Tuttavia, data la

complessità dell’interazione tra risposte immunitarie, microbioma e ormoni sessuali, è difficile analizzare il contributo individuale di ciascuno di questi fattori
Le dosi di chemioterapia raccomandate sono quelle con il miglior rapporto beneficio/rischio

(massima efficacia alla massima dose tollerabile - MTD). Tuttavia, è stato dimostrato che la dose del farmaco è direttamente correlata alla sua tossicità negli studi di fase I; e considerando che le donne sono costantemente sotto-rappresentate in tutte le fasi negli studi clinici, le dosi raccomandate che scaturiscono dagli studi clinici potrebbero non essere generalizzabili e l'MTD potrebbe essere inferiore nelle donne. Attualmente infatti le raccomandazioni sul dosaggio per i farmaci antitumorali non sono sesso-specifiche e la maggior parte degli agenti sono somministrati in dosi fisse (ad es. inibitori della tirosin-chinasi) o in base al peso corporeo (ad es. alcuni anticorpi come *bevacizumab* e *ipilimumab*) o alla superficie corporea (-BSA - ad es. agenti citotossici). In aggiunta, vi è una popolazione in aumento di pazienti oncologici anziani, obesi o sottopeso che sono spesso sotto-trattati a causa di riduzioni arbitrarie delle dosi calcolate (in base al peso corporeo o alla BSA) e all'uso di un peso corporeo idealizzato o per non superare la dose massima, sebbene sia stato dimostrato che il dosaggio basato su BSA è sicuro per i pazienti obesi. Riguardo l'obesità è stato ipotizzato che in alcuni tipi di cancro rivesta un ruolo protettivo avendo i pazienti obesi una risposta migliore al trattamento rispetto ai pazienti magri: è il cosiddetto “paradosso dell'obesità”, paradosso perché è noto come l'obesità sia anche un fattore di rischio per l'insorgenza del cancro e per la comparsa di tossicità da trattamento antineoplastico. I calcoli basati sulla BSA non forniscono la finestra terapeutica ottimale per entrambi i sessi, perché questo approccio non tiene conto delle differenze nella composizione

corporea e nella farmacocinetica nei due sessi. Inoltre anche alcune delle formule per il calcolo della BSA sono state sviluppate in soggetti maschili e le varie formule utilizzate possono portare a risultati diversi con una variabilità anche di 0,5 m2. In alcuni tipi di neoplasie, come quelle ematologiche, sono state utilizzate con successo strategie alternative di dosaggio della chemioterapia, cioè regimi dose-dense e regimi guidati dalla tossicità o dalla risposta alla terapia; per contro non sono state ancora adottate strategie routinarie basate sulla farmacocinetica o sulla tipizzazione genica degli enzimi che metabolizzano il farmaco, laddove siano noti polimorfismi genetici. Ciò è dovuto a diversi fattori, primo fra tutti la mancanza di un range terapeutico stabilito per la maggior parte dei farmaci citotossici, la scarsità di studi genetici che caratterizzino l'espressione di varianti di enzimi specifici e gli insufficienti progressi compiuti nello studio dei fattori responsabili delle differenze farmacocinetiche legate al sesso. Ancora meno noto è quanto conosciamo sugli inibitori della tirosin-chinasi (TKI), infatti è sconosciuto l'impatto del sesso sul tipo, sulla frequenza e sulla gravità della tossicità dei TKI ed anche la dose efficace è soggetta ad ampie variazioni. Infatti a seconda della via di segnalazione mirata (ad es. EGFR, ALK, VEGFR, BRAF), i TKI mostrano un'ampia variabilità nella riduzione della dose (4-70%) e nei tassi di interruzione per tossicità (6-24%); inoltre secondo una meta-analisi degli studi di fase I sui TKI, il trattamento con dosi intermedie (40-80% della MTD) è associato a una migliore sopravvivenza rispetto a dosi inferiori o superiori

(ad esempio nello studio METEOR, che studiava il TKI *cabozantinib* nel carcinoma a cellule renali, l'analisi dei sottogruppi per età ha mostrato che i pazienti di età compresa fra 65 e 74 anni e > 75 anni, che assumevano una dose media giornaliera di 41 mg e 33 mg rispettivamente, una dose ridotta rispetto alla dose standard raccomandata di 60 mg al giorno, mostravano un tasso di risposta simile a quello della popolazione totale dello studio che riceveva *cabozantinib*).

3. Il metabolismo dei farmaci è influenzato dalla composizione corporea, in particolare dalla massa magra (non grassa) metabolicamente attiva, che è significativamente più alta negli uomini (rappresenta l'80% della massa corporea dell'uomo e il 65% della donna) e che diminuisce con l'aumentare dell'età. Diversi sono i lavori che dimostrano che una bassa massa muscolare si associa ad un tasso di tossicità significativamente più elevato. Per esempio in una meta-analisi di 28 studi che includevano oltre 6000 pazienti con carcinoma

renale metastatico, i pazienti con una ridotta massa magra trattati con TKI mostravano un aumento significativo della tossicità da farmaci e della mortalità; e in uno studio retrospettivo su 107 bambini la probabilità di grave tossicità ematologica delle chemioterapie era inversamente correlata alla massa muscolare. Inoltre, l'utilizzo della composizione corporea come parametro di dosaggio per i farmaci antitumorali è suggerito da uno studio prospettico con 60 pazienti con cancro del colon sottoposti a trattamento adiuvante con 5-FU, che ha rilevato che 20 mg di 5-FU/kg di massa corporea magra era la soglia per lo sviluppo di tossicità complessiva.

L'alto tasso di tossicità dei trattamenti antitumorali ha un impatto negativo sulla qualità della vita dei malati di cancro; è pertanto necessario esplorare strategie per ridurre gli eventi avversi senza ridurre l'efficacia. Nell'era della medicina di precisione occorre tenere in considerazione le differenze esistenti fra uomini e donne relativamente alla composizione corporea che a parità di dose somministrata possono esporre le donne a livelli di farmaco più elevati e quindi ad un maggior rischio di tossicità; per poter fare questo occorre *in primis* aumentare la rappresentanza delle donne negli studi clinici, ma anche predefinire analisi dei sottogruppi in base al sesso sia per la risposta, sia per la tossicità dei farmaci. Infine utilizzare la composizione corporea/ massa magra, al posto della BSA, per scegliere le dosi efficaci, essendo più rappresentativo delle variabili sesso specifiche, potrebbe migliorare il rapporto fra efficacia e tossicità nel cammino verso una cura sempre più personalizzata.

Le donne presentano concentrazioni di farmaco nel sangue significativamente più elevate e tempi di eliminazione del farmaco più lunghi rispetto agli uomini per una stessa dose di farmaco.



MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: UNA PRATICA DAVVERO IN DISUSO?

di Antonella Chiadini

SERATA ASSAI INTERESSANTE quella di martedì 14 marzo promossa dalla Commissione Pari Opportunità dell'Ordine, inserita tra le iniziative della rete provinciale per l'8 marzo - Giornata internazionale della Donna. Tema dell'incontro le **mutilazioni genitali femminili (MGF)**, ossia **"tutte le pratiche di rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre alterazioni indotte agli organi genitali femminili effettuate per ragioni culturali o altre ragioni non terapeutiche" (definizione OMS 2008)**. L'Assemblea generale Onu le riconosce come **VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI**. Questa pratica riguarda le bambine prevalentemente nella fascia che va dal periodo perinatale alla preadolescenza ed è di origine antichissima, impropriamente ascritta alla cultura islamica. La tematica è delicata e tocca l'etica, la morale. A differenza di come viene considerata in Occidente, nei paesi d'origine la scissione è segno di identità culturale, punto di forza e di valore che dà prestigio alla donna, le fa assumere un ruolo riconosciuto nella comunità, aspirare al matrimonio e al ruolo di moglie e madre che le permetterà la piena integrazione nella collettività. In molte culture

il termine significa letteralmente **purificazione**. Costituisce dunque un rito di inclusione sociale che segna il passaggio all'età adulta. Conoscere il fenomeno permette di cercarlo e, data l'età in cui viene praticata, il pediatra in particolare ha un ruolo importante anche nella prevenzione.

L'incontro si è aperto con la proiezione del docufilm **"African dreamers - five true stories"** presentato da Francesco Cavalli - direttore di Icaro Communication e co-regista.

Bellissime ma amaramente vere le storie documentate con fatti di vita e interviste dirette a cinque ragazze rispettivamente del Kenya, Costa d'Avorio, Tanzania, Repubblica Democratica del Congo, nell'ambito di un progetto umanitario del gruppo di giornalisti locali 'Hic sut leones'. Le cinque protagoniste - Wangare, Grace, Deborah, Marveille e Mariam - sono state seguite per tre anni e hanno raccontato la loro vita marchiata da pregiudizi, violenze e riti ancestrali che negano diritti universali. Le MGF le costringono a convivere con tracce profonde permanenti che mettono a rischio la loro salute fisica e psichica.

Al termine della proiezione la **dr.ssa Loreley Bianconi**, coordinatrice della Commissione

Pari Opportunità dell'Ordine, ha parlato a trecentosessanta gradi sugli aspetti culturali, sanitari, psicologici, statistici e preventivi di una prassi ancor diffusa per i motivi di cui sopra, che riguarda molte delle bambine immigrate nel nostro Paese.

Entriamo nel dettaglio delle MGF.

Le MGF vengono classificate in 4 tipologie. I tipi I e II sono le più frequenti; il tipo III è di grado più alto, il tipo IV comprende varie forme di mutilazione di alto grado.

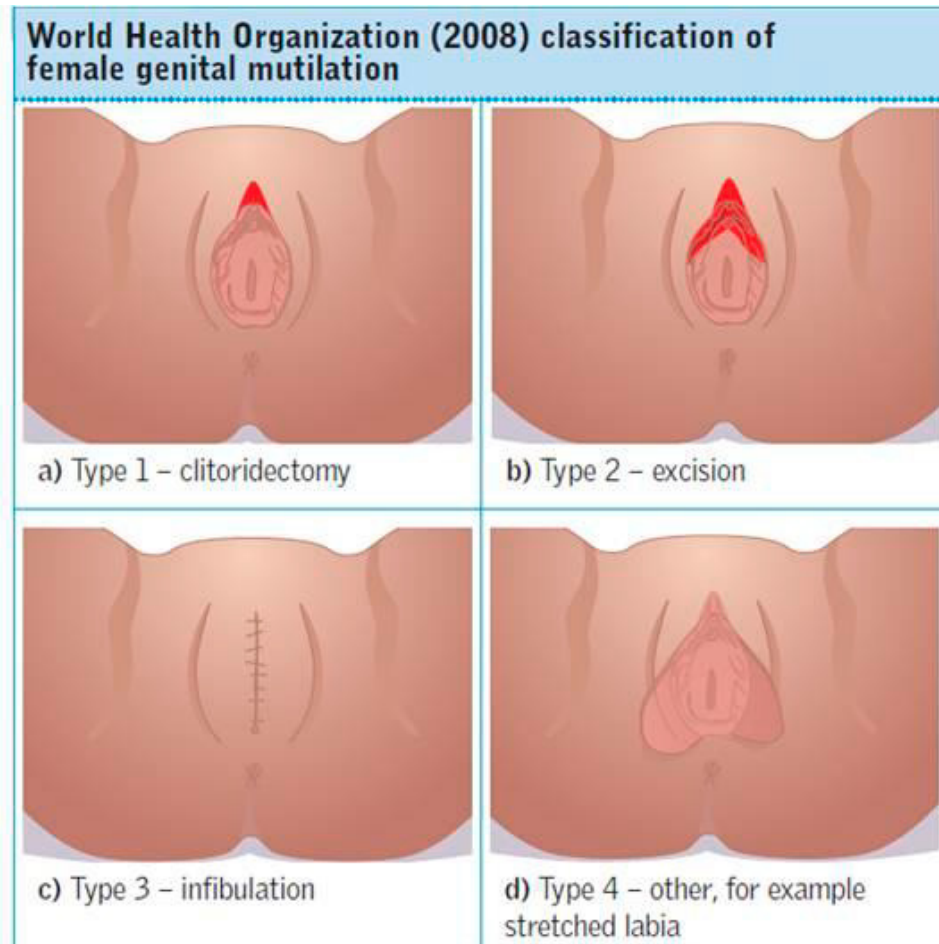
Tipo I Clitoridectomia: asportazione

del glande e di parte dell'asta del clitoride

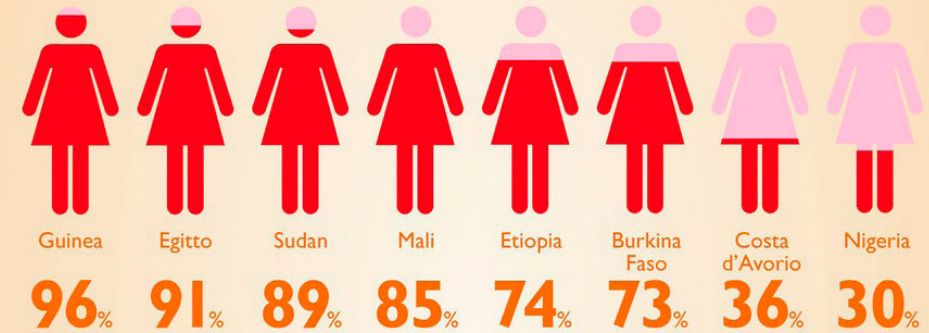
Tipo II Escissione: rimozione parziale o totale del clitoride e piccole labbra con o senza escissione delle grandi labbra

Tipo III Infibulazione: restringimento dell'orifizio vaginale con chiusura ermetica coprente creata tagliando e avvicinando le piccole e/o grandi labbra con o senza escissione del clitoride. Viene lasciato solo un pertugio per urine e sangue mestruale

Tipo IV comprende varie pratiche di manipolazione dei genitali femminili come: forare, trapassare o incidere



Le mutilazioni genitali femminili in alcuni paesi del continente africano



il clitoride e/o le labbra; produrre una tensione del clitoride e/o delle labbra; cauterizzare il clitoride e i tessuti intorno; scorticare i tessuti attorno all'orifizio vaginale (tagli "anguria") o tagliare la vagina (tagli "gishiri"); introdurre sostanze o erbe corrosive nella vagina per causare un sanguinamento o allo scopo di restringerla; ogni altra pratica che possa rientrare nella definizione di MGF.

IMPORTANTE: la mutilazione riguarda la punta del clitoride e/o solo parte dell'asta, mentre il moncone sottostante rimane al di sotto della cicatrice. Questo è un fatto importante perché consente di poter ridare alla donna una certa sensibilità praticando la **riesposizione chirurgica del clitoride**; oggi è inoltre possibile intervenire con il laser in modo più rapido e in blanda sedazione.

DIFFUSIONE E PRATICA

Per comprensibili motivi è difficile una quantificazione numerica delle MGF; perlopiù si parla di stime. La diffusione è alta in 28 paesi africani, ma anche in India e Medio Oriente.

Nel **mondo** l'ONU stima che siano più di 200 milioni le donne che hanno subito MGF di cui 44 milioni hanno meno di 15 anni. Sono 3 milioni le bambine sotto i 15 anni che rischiano ogni anno di essere mutilate.

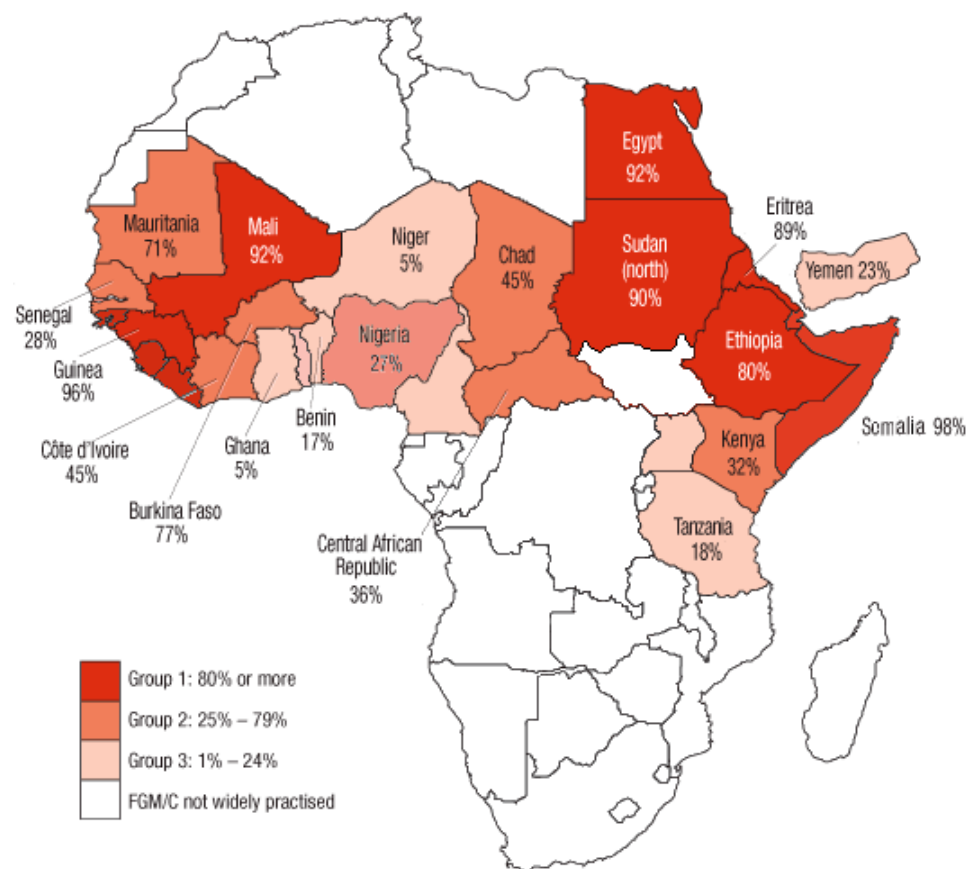
In **Africa** primeggiano Burkina Faso (71% soprattutto tipo II e III), Mali, Guinea (96% delle donne), Egitto (92% soprattutto tipo II, tipo III nella parte meridionale), poi Sudan (per il 40% sono mutilazioni di grado più elevato ossia III e IV grado), Somalia (> 70%), Nigeria (22%), Senegal.

In **Europa** si stimano 500 mila le donne mutilate e 180 mila a rischio di essere sottoposte al trattamento.

In **Italia** un'indagine Uni Milano Bicocca del 2016 stimava tra 60 e 81 mila donne mutilate, oggi si parla di circa 87.000 donne, di cui 7.600 minorenni, uno dei dati più elevati in Europa. Basti pensare alle dinamiche dei flussi migratori anche da parte delle donne africane o all'aumento di adozioni di bambine da paesi dove si pratica l'infibulazione. Ogni anno sono quasi 5 mila le bambine a rischio tra il 15% ed il 24% delle bambine/ragazze tra 0 e 18 anni appartenenti a famiglie

provenienti da paesi escissori. In Emilia-Romagna la presenza di migranti provenienti da questi paesi non è elevata ma è comunque difficilmente quantificabile. La durata della migrazione influisce sulla diffusione della pratica. Le campagne di contrasto alle MGF hanno prodotto un certo declino, perlomeno in alcuni Paesi. Tuttavia, secondo i dati UNICEF, in Burkina Faso la percentuale di ragazze tra i 15 e i 19 anni sottoposte alla pratica è passata dall'89% nel 1980 al 58% nel 2010, in Egitto dal 97% nel 1985 al 70% nel 2015. Ancora una volta la correlazione con l'istruzione è fondamentale e gioca un ruolo primario nel favorire i cambiamenti sociali: più le madri sono istruite, minori sono i rischi che le figlie

vengano mutilate e più le ragazze frequentano la scuola, più facilmente possono confrontarsi con altre persone che rifiutano tale pratica. Nonostante in quasi tutti i Paesi a tradizione escissoria, esistano leggi che condannano le mutilazioni genitali femminili, la pratica continua ad essere diffusa laddove non siano presenti azioni di promozione di un effettivo cambiamento sociale e culturale. Lo strumento sanzionatorio da solo non agisce in modo efficace come prevenzione delle MGF. L'AGENDA dello Sviluppo Globale prevede l'eradicamento delle MGF entro il 2030. **Le motivazioni** a proseguire in questa pratica variano a seconda dei Paesi e sono legate principalmente



a tradizioni e false credenze quali: preservano la verginità, sono garanzia di fedeltà, rendono la donna più fertile, sono garanzia di igiene, di riconoscimento sociale/economico, sono legate a ragioni estetiche, aumentano il piacere sessuale maschile, prevengono le morti prenatali.

L'età in cui vengono praticate varia tra i 5 e i 14 anni in Africa ed Egitto. In Malesia, Congo, Eritrea, Yemen viene eseguita anche in poca neonatale. Infatti in Yemen costituisce la principale causa di mortalità perinatale.

Fattori di rischio
Paese di provenienza a tradizione escissoria,
Viaggio, anche transitorio, per ritorno nel paese di origine,
Madre o sorelle sottoposte a pratiche di MGF.

Deve far scattare il campanello d'allarme: richiesta diretta di aiuto; frasi come: 'procedura speciale' opp. 'riconosciuta come donna'

Segni di recente avvenuta infibulazione
Difficoltà a camminare, a sedersi o stare in piedi
Passa più tempo in bagno e ha difficoltà ad urinare
Ha problemi vescicali o mestruali frequenti/insoliti
Rientra a scuola dopo una lunga assenza con cambiamento di umore o comportamento
È particolarmente restia a sottoporsi a visita medica
Ha chiesto aiuto o consiglio ma senza esplicitare l'MGF per imbarazzo o paura

Cosa può fare il pediatra
Fin dai primi incontri sfruttare il

discorso sull'igiene femminile
Accertarsi di eventi correlati in famiglia (es. circoncisione nei figli maschi)

Approccio diretto "... so che nel suo paese si pratica... lei cosa ne pensa?"

In Pronto Soccorso in genere chi accompagna il minore anche se per problematiche connesse alle MGF, non sempre rivela la condizione di salute e la situazione in atto. Il counselling deve tener conto del rispetto per la tradizione ma anche del rispetto per la legge.

COMPLICANZE Immediate

dolore acuto e danno tissutale: il clitoride è estremamente innervato e molto sensibile; la pratica viene fatta senza anestesia perciò il dolore immediato è molto importante;
emorragia acuta: causata da lesione dell'arteria clitoridea da asportazione del clitoride o per lesione delle piccole e grandi labbra che può provocare significativo danno vascolare con emorragie anche importanti. L'emorragia può essere immediata o comparire dopo circa una settimana per distacco dell'escara o distacco di un coagulo;
shock emorragico: una bambina di 10 anni ha una volemia di circa 800 ml, se non si interviene subito è possibile il decesso in tempo relativamente breve;
infezioni (tetano, HIV, epatite/sepsi, gangrena);
edema dei genitali post traumatico o post infezione;
ritenzione urinaria acuta per lesioni, edema, paura, ostruzione meccanica;
disuria/stranguria per infezione o ostruzione parziale all'apertura uretrale;
fratture (clavicola, omero, femore);

morte quanto più piccola è la bambina.

Tardive e a lungo termine

disfunzioni urinarie (3 volte superiori nelle MGF di tipo III che coinvolgono le grandi labbra);

problemi sfera genitale: complicanze vulvo-vaginali (prurito, vaginosi), complicanze mestruali; sterilità (nel tipo 3 il rischio di infertilità da fattore tubarico è 3 volte superiore).

problemi della sfera sessuale: dolore nel rapporto sessuale, riduzione del desiderio, perdita della insensibilità sessuale e incapacità di raggiungere l'orgasmo, anomalie

di cicatrizzazione (cheloidi, cisti da ritenzione con possibili ascessualizzazioni), endometriti ed endometriosi, infezioni pelviche, necessità di ripetuti interventi chirurgici, complicanze psicologiche (depressione, ansietà, disturbi post traumatici da stress).

Problemi al momento del parto in donne con MGF:

la mutilazione va aperta e poi richiusa, travaglio prolungato (1,5v superiore),

COSA DICE LA LEGGE

Le MGF sono considerate una forma di violazione del diritto alla protezione di una ragazza in quanto eseguite su un minore che non può esprimere o negare il consenso o rifiutare la pratica.

La legge che contrasta giuridicamente le MGF è la **n.° 7 del 2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di MGF"**. Le MGF sono illegali costituisce reato di "chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili è punito con la reclusione da 4 a 12 anni". La legge è stata approvata all'unanimità ma arriva dopo ben 10 anni come ratifica della IV Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sulle donne del 1995 (!). Il reato è punito sia se commesso in Italia che se commesso all'estero da cittadino italiano o straniero residente in Italia su cittadina italiana o su cittadina straniera residente in Italia (il colpevole è punito su richiesta del Ministero di Giustizia ed è uno dei pochi casi in cui il reato commesso all'estero viene punito in Italia). La Legge impone anche una serie di misure preventive, servizi di sostegno per le vittime di MGF e iniziative di informazione e formazione.

Nel Codice Penale il tema è trattato nell'articolo 583 bis che ne dà la definizione come "clitoridectomia, escissione, infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti analoghi" e aggiunge "al fine di limitare la vita sessuale della donna".

Sono aggravanti il fatto che la pratica sia commessa a fini di lucro, che sia su minore o da parte del genitore e del tutore e in questo caso si ha la decadenza dell'esercizio della responsabilità genitoriale e l'interdizione perpetua da qualsiasi ufficio inerente la tutela, la curatela o l'amministrazione di sostegno.

Art. 583 ter per il sanitario che pratici la mutilazione è prevista anche la pena accessoria dell'interdizione da 3 a 10 anni e ne viene data comunicazione all'Ordine professionale.

NUMERO VERDE 800500558 per informazioni, segnalazioni, ecc.

lacerazione vaginale (1,4v superiore), taglio cesareo (1,6v superiore), parto operativo (1,6v superiore), emorragia post partum da lacerazione vaginale (2v superiore), estrazione difficoltosa (2v superiore).

Come si può intervenire

Trattamento chirurgico

(équipe:chirurgo pediatrico, ginecologo, chirurgo plastico): deinfibulazione, riesposizione del clitoride, ricostruzione sia funzionale che cosmetica in base alla tipologia di mutilazione (clitoride, uretra e vagina, plastica labbra);

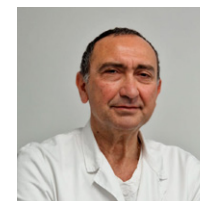
De-infibulazione laser: oggi è possibile intervenire con il laser in

pochi minuti e in lieve sedazione per riesporre il moncone sottostante del clitoride e liberarlo da pelle e briglie aderenti;

Medicina rigenerativa con le cellule staminali: in fase di studio.

È molto importante la prevenzione: capire per poter dialogare (es. proposta di rituali alternativi, campagne di sensibilizzazione, dibattito su interventi minimi).

Di grande interesse e puntualità è stato infine, l'intervento dell'avvocata Veronica Magnani dell'associazione "Noi Donne" che ha approfondito gli importanti aspetti legislativi che i medici devono conoscere nell'esercizio della propria attività (vedi box a pag. 36).



TRATTAMENTO DELLA MALATTIA CORONARICA NEI DUE SESSI

di Pierangelo Del Corso

IN MERITO ALLA STRATIFICAZIONE del rischio cardiovascolare è noto come alcuni di questi fattori abbiano un maggior influsso sul sesso femminile; ad esempio l'obesità aumenta il rischio di coronaropatia più che negli uomini (64% e 46% rispettivamente), così come il rischio s'incrementa dopo la menopausa. Anche l'appartenenza ad una classe socio-economica meno agiata, influisce maggiormente sul rischio cardiovascolare femminile rispetto a quello maschile. Le donne spesso presentano una sintomatologia giudicata "atipica" e percepiscono

come minore, rispetto agli uomini, il proprio rischio cardiovascolare. Tale situazione potrebbe motivare il ritardo con cui ci si presenta in Ospedale e si inizia la terapia del caso. Per quanto attiene i comuni test diagnostici, l'accuratezza diagnostica, ad esempio, dell'ecg da sforzo è inferiore nelle donne ed anche gli studi di imaging sotto sforzo sono spesso di qualità sub-ottimale verosimilmente per il fatto che le donne presentano più frequentemente rispetto agli uomini una coronaropatia non ostruttiva (66% vs 26; p < 0,001) inoltre tale patologia è stata riconosciuta avere una rilevante

importanza prognostica. Le donne hanno un'incidenza maggiore di fattori di rischio, coronaropatia meno estesa, più frequenti rotture di placche e diametri coronarici inferiori rispetto agli uomini. La dissezione coronarica spontanea è diagnosticata in più del 90% dei casi in pazienti di sesso femminile. Per quanto riguarda l'aspetto tecnico nel trattamento della cardiopatia ischemica nelle donne, vanno considerati, ad esempio, i seguenti fattori: maggior rischio di complicanze a livello del sito di accesso vascolare e di sanguinamento peri-procedurale - vasi coronarici di dimensioni ridotte, maggior tortuosità, maggior tendenza alla dissezione ed alla perforazione - maggior rischio di mortalità operatoria nelle pazienti sottoposte a by pass aorto-coronarico - maggior rischio di scompenso cardiaco e sviluppo di disfunzione ventricolare sinistra in seguito ad infarto miocardico - maggior rischio di insufficienza renale acuta e nefropatia da contrasto

“ Ricordiamo come le donne siano soggette ad una **mortalità più elevata** rispetto agli uomini per quanto riguarda la cardiopatia ischemica come anche altre **patologie cardiovascolari**. ”

-ridotto utilizzo di tecniche di rivascolarizzazione mediante condotti arteriosi multipli nelle pazienti sottoposte a by pass coronarico. Per concludere ricordiamo come le donne siano soggette ad una mortalità più elevata rispetto agli uomini per quanto riguarda la cardiopatia ischemica come anche altre patologie cardiovascolari. Ad oggi manca una spiegazione condivisa che giustifichi tale dato. Le donne più frequentemente sottovalutano la propria sintomatologia, hanno una diversa soglia del dolore e, una volta che compaiono i disturbi, si presentano dallo specialista generalmente più tardi rispetto agli uomini. Al momento non esistono raccomandazioni specifiche per un work-up diagnostico né per un trattamento differenziato rispetto al sesso. Siamo in attesa di studi, alcuni peraltro in corso, che siano dedicati esclusivamente alle donne.

Bibliografia

Trattamento della malattia coronarica nei due sessi. Antonino Di Franco, Giorgia Bonalumi, Mario Gaudino; G Ital Cardiol 2022;23(11):836-844



MANUALE MERCK

di Giovanni Cananzi

DOVE ERAVAMO RIMASTI? Il mio viaggio nella sanità continua con un nuovo, inatteso capitolo. Alle 4,40 di un giovedì notte che seguiva una consueta giornata di lavoro, palestra, arrabbiate, cioè tutto normale, mi sveglia un dolore forte a spalla e torace con sudorazione profusa. Vi ricordate il Manuale Merck alla voce "infarto del miocardio/ sintomi"? Dolore viscerale profondo, retrosternale con irradiazione alla spalla o braccio spesso accompagnata da sudorazione. Allora alle 4,40 mi sveglia Merck in persona e mi ricorda il paragrafo, trovandosi bene, resta con me una mezz'ora, mi alzo, smanio, giro per casa e alle 6,30 decido di andare in Pronto soccorso. Arrivo in un momento di apparente calma. ECG in *triage* e troponina ai limiti superiori. Mi vede una dottoressa gentilissima e tre ore dopo ancora ECG negativo e troponina un po' più alta, nel frattempo gli altri due "giovani dolori stenocardici" arrivati con me vengono dimessi. Io, invece, vado in Cardiologia dove la cardiologa, che era stata allieva di mia madre al liceo, fa ECG, ecocardio, e mi chiede la mia storia che, come sapete, è un saltabeccare non senza incidenti da una specialità all'altra.

Visto il quadro clinico decide per la terza troponina che, senza essere altissima è il doppio della precedente. Torno in P.S., chiamo Maurizio il presidente, parlo con Chiara, giovane e preparatissima collega e con Andrea cardiologo che è a Roma, e arriva la cardiologa dal Reparto: ricovero... Mia moglie va a casa a prendere lo spazzolino da denti e Andrea da Roma mi comunica che la coronarografia la facciamo subito: tranquillo. E così entro nel terzo millennio, esco dai miei abiti ed entro in una sala operatoria modernissima in cui tutto appare come un meccanismo perfettamente rodato in cui gli eventi si susseguono come l'acqua di un torrente di montagna: salta su rocce impossibili con naturalezza. Non sento ansia, invidia, quella sì, vorrei che il mio paziente avesse la stessa rassicurante serenità quando è nel mio studio per una piccola chirurgia. La procedura in poco tempo volge al termine e l'organo che avevo considerato *golden* nel mio basso standard in realtà è un po' acciaccato, anatomicamente con alcuni rami sottili e serpiginosi e con placche ateromasiche il cui distacco parcellare ha indotto la sintomatologia. Il mio compagno di stanza che ha avuto un guaio più avanzato tace,



dormicchia nella stanza già buia mentre mi chiamano i colleghi che ho allertato per avere notizie. Comincia la notte in un reparto che non dorme mai. Le infermiere hanno una capacità di ascoltare che non viene fornita con il corso di formazione. Nella fragilità del momento in cui ti reputi fortunato rispetto a quello che poteva accadere ma a forza di bicchieri mezzi pieni cominci a sentire un po' di bruciore allo stomaco. La notte inizia con i prelievi e la vita ferve dietro le quinte. Monitoraggio *wifi* continuo, presenza costante senza sensazione di pericolo, questa è classe. Durante la notte, insonne come sempre per me in ospedale, pensi e combatti con le paure, leggi libri scaricati sul telefonino, ti guardi la pelle del braccio e scopri che è uguale a quella di tuo padre, vecchio. Si fa strada la consapevolezza che ogni *step* della vita sanitaria è una abdicazione da territori conquistati o riconquistati come in una brutta partita di Risiko quando l'avversario è evidentemente fortissimo. Arriva la mattina, i prelievi, gli infermieri, in ordine, efficienti e

poi i colleghi e scopri pian piano di essere entrato a fare parte di una nuova *chat* "protocollo ischemici" con farmaci ad ore fisse, non più la palestra a sputare sangue ma passeggiata aerobica, scoagulato come un rubinetto con le guarnizioni usurate, la testa di un giovane in un ~~un~~ corpo più fragile. Il vicino di letto finge di dormire e piange, io no, ho conosciuto una realtà fatta di colleghi brillanti, un reparto strepitoso, una vita con piccole nuove rinunce. Invece sì, piagnucolo anche io. Il codice di *triage* era azzurro: da vedere in un'ora /paziente fragile, chi ha parlato?

P.S:
Dopo parecchi mesi arriva un settembre freddo a Rimini. Willy Nile canta "New York Rockin'" all'ombra di Castel Sismondo nell'arena Francesca da Rimini della nostra, ora, bellissima città. Ci sono, e mentre ascolto mi metto una mano in tasca in mezzo ad amici con le felpe di vecchi concerti, vecchi come noi, e trovo la compressa di rosuvastatina delle 10.



RINASCIMENTO A FERRARA ERCOLE DE' ROBERTI E LORENZO COSTA

di Maurizio Della Marchina

LO SPLENDIDO PALAZZO dei Diamanti di Ferrara, capolavoro ineguagliato di Biagio Rossetti, cinquecentesco capolavoro caratterizzato dal bugnato di 8500 blocchi di marmo bianco, è stato di recente sottoposto ad una attenta e complessa opera di restauro appena terminata ed è stato aperto al pubblico il 18 febbraio con la mostra "Rinascimento a Ferrara".

L'esposizione si protrarrà fino al 19 giugno 2023 e permetterà al pubblico di ammirare oltre cento opere dei più illustri e celebrati artisti del tardo Rinascimento estense, sapientemente guidati dai curatori Vittorio Sgarbi e Michele Danieli. Questa mostra può essere considerata il passo iniziale di un più vasto processo che considera la produzione artistica del periodo 1471 – 1598, ovvero quella della fase storica intercorrente fra l'elevazione della città a capitale del Ducato Estense e quella del suo passaggio al pieno controllo dello Stato della Chiesa. Le pregevoli opere esposte provengono dai più vari musei ed importanti collezioni del mondo e permettono di porre la nostra attenzione ed ammirazione ai dipinti di Ercole De' Roberti,

uno dei più validi esponenti del Rinascimento pittorico italiano, erede della Officina Ferrarese, e della temperie culturale del Palazzo Schifanoia; egli lasciò la propria impronta artistica sia a Bologna che, e soprattutto, a Ferrara alla corte del magnifico Borso d'Este. Il suo erede artistico fu indubbiamente Lorenzo Costa che, dapprima seguendo le impronte del maestro, ne continuò il lavoro, ma che, di seguito, ebbe

RINASCIMENTO A FERRARA

Ercole de' Roberti
e Lorenzo Costa

FERRARA
PALAZZO DEI
DIAMANTI

—
18 FEBBRAIO
19 GIUGNO
2023



un'evoluzione pittorica differente, caratterizzata da una più convinta morbidezza del tratto, da una calma interiore ed esteriore che rivelavano nettamente gli influssi leonardeschi e quelli del Perugino. Le oltre venti opere

del De' Roberti in esposizione, permettono di seguire il percorso dell'artista dalla fase giovanile del polittico Griffoni, dipinto in collaborazione con Francesco Del Cossa, e dai ritratti di Giovanni II e Ginevra



42



43

Bentivoglio che testimoniano la sua cifra di prestigio pittorico nella realtà bolognese al periodo in cui, divenuto pittore di corte degli Estensi, manifestò la propria valentia con opere quali "La raccolta della manna", "L'istituzione dell'Eucarestia", "Porzia e Bruto" e "Lucrezia, Bruto e Collatino" in cui esprime la sua arte con una raffinatezza davvero non comune.

I lavori del Costa non sono meno di impatto, con veri capolavori come le "Storie degli Argonauti" e "L'Adorazione del Bambino", di seguito accompagnati dalla "Sacra Famiglia", dalla "Veronica", dal "Ritratto del Cardinale" e dalla sua ultima opera conosciuta, la "Madonna e Santi", dipinta in Sant'Andrea a Mantova nel 1525. Il percorso espositivo si amplia inoltre ad altri illustri compagni di viaggio artistico del rinascimento artistico padano ed italiano quali

Andrea Mantegna, Cosmè Tura, Nicolò dell'Arca, Marco Zoppo, Antonio da Crevalcore, Guido Mazzoni, Boccaccio Boccaccino, Francesco Francia ed il Perugino, che contribuiscono ad allargare l'orizzonte artistico ed espositivo ed a rendere maggiormente attrattiva questa mostra, davvero di alto profilo.

Oltre **cento** opere dei più illustri e celebrati artisti del tardo **Rinascimento estense**, sapientemente guidati dai curatori Vittorio **Sgarbi** e Michele **Danieli**.



di Saverino La Placa

44

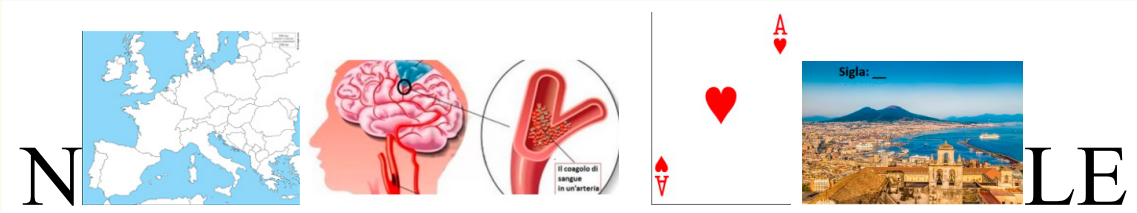
INDOVINELLO

MI SAPRESTE DIRE QUAL È QUELLO strumento musicale che ha una corda sola?

GIOCO CON NUMERI

SILVIO, CON LA SUA CANNA DA PESCA, va a pescare con il suo amico Erio. Fanno una specie di scommessa secondo la quale se il pescatore ad ogni lancio della lenza non pesca niente deve dare 5 euro al suo amico, se invece pesca 1 pesce riceve esattamente 4 euro. Dopo 12 lanci della lenza Silvio riceve 12 euro. Quanti lanci sono andati a vuoto?

REBUS (10,8)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: **"Chiudi il rubinetto"**.

Spiegazione del rebus: "MANI" "CA" "RETTO" "IN" "U" "MI" "DO"
(**Manicaretto in umido**).

Spiegazione del gioco con numeri: **"Ha guadagnato 400 euro in totale, ossia 200 euro per ciascuna vendita"**.

34° CORSO DI AGGIORNAMENTO IN MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

organizzato da A.R.A.R. in collaborazione con S.I.M.F.E.R.

28/31 maggio 2023 - Riccione

Segreteria Organizzativa: A.R.A.R. (Associazione di Ricerca e Aggiornamento in Riabilitazione) Tel. 051.0826692 mail: corsodiriccone@ararassociazione.it

GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA OMCEO RIMINI

Save the date: Domenica 8 ottobre 2023

Grand Hotel di Rimini

45



DALL'AUTUNNO ALLA PRIMAVERA: "RACCONTI" DELLA NOSTRA VITA DI SEZIONE

di Giovanna Tommasini Grossi

46

L 2022 SI È CONCLUSO realizzando, nel mese di novembre, una iniziativa molto importante: il **25 novembre**, "Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le Donne", è stata inaugurata una "Panchina Rossa" nell'Area Artemide, presso il Parco XXV Aprile di Rimini (Parco Marecchia). La donazione della "Panchina Rossa" è stata promossa dalle Associazioni femminili del territorio: Soroptimist International Club di Rimini - Inner Wheel International Club Rimini e Riviera - AMMI Donne per la Salute sezione di Rimini e con la partecipazione dell'Assessorato all'Ambiente del Comune di Rimini. La Panchina Rossa, simbolo di rifiuto della violenza nei confronti delle Donne, ha come scopo quello di invitare, chi dovesse passarvi accanto, a fermarsi, a riflettere, a non dimenticare, a continuare a stare in guardia e di rappresentare un monito per le donne a denunciare



tutti gli abusi che troppo spesso rimangono nascosti tra le mura domestiche. Sempre nel mese di novembre hanno avuto luogo le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo del triennio 2023/2025. Sono state riconfermate la sottoscritta con il ruolo di Presidente, Paola Cerchione Malatesta come Vicepresidente, entrano nel ruolo di Tesoriera Laura Baffoni Strocchi e nel ruolo di Segretaria Maddalena Patella Gorini. Saranno Consigliere le riconfermate Mariella Buffoni Fascia e Laura Lasi Frisoni. Ricoprirà il ruolo di Past President Lorenza Bonifazi Marsciani.

Domenica **11 dicembre** ci siamo incontrate per il Pranzo di Natale: un incontro gioioso che ci ha fornito l'opportunità di presentare alle socie il nuovo Consiglio Direttivo e di condividere un momento di amicizia e di festa.

8 febbraio, Interclub con Inner Wheel all'Hotel Imperiale dove lo scrittore e giornalista Sergio Barducci ha presentato il suo libro "Ti parlo di noi". Una storia che ha interessato la sua famiglia e dove lo scrittore fotografa un privato collettivo: quello dell'Italia degli anni 80 travolta dalla massiccia diffusione della tossicodipendenza. Una dolorosa vicenda umana che non tutti hanno sempre il coraggio di svelare. **24 febbraio** visita guidata alla



mostra fotografica celebrativa del centenario della nascita di Amedeo Montemaggi (1923 - 2023) dal titolo "Rimini Ritrovata" alla Galleria dell'Immagine - Palazzo Gambalunga. Ci ha accompagnate la Professoressa Sabrina Foschini, curatrice della mostra e Andrea Montemaggi figlio dello stesso Amedeo. Una mostra che ci ha riportato indietro agli anni Cinquanta. Cento immagini inedite in bianco e nero che rappresentano testimonianze visive della Rimini divisa in due sezioni: "la città" e "la marina". Nelle immagini riaffiorano la società e i paesaggi della Rimini della ricostruzione, i primi anni del boom turistico, tradizioni culturali scomparse, avvenimenti mondani, la moda e i personaggi di quell'epoca.

28 febbraio Al Teatro Galli "Concerto per la Vita" decima edizione. Il Rotary, tramite questo concerto, finanzia e rende pubblico il lavoro di ricerca svolto in tutti questi anni riguardo la Corea di Huntington ed altre malattie neurodegenerative. Ricerca che ha come figura di riferimento la Professoressa e Senatrice a vita Elena Cattaneo. Pure la nostra Associazione ha contribuito con una donazione. Al concerto, che quest'anno è stato dedicato a Lucio Dalla nell'ottantesimo anniversario

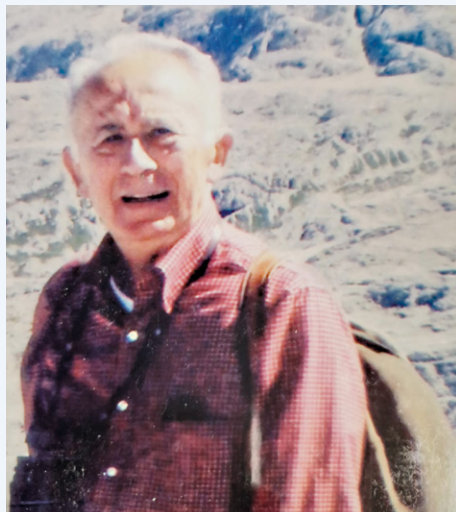
della sua nascita, hanno partecipato alcune di noi.

8 marzo abbiamo reso pubblico il nostro sito AMMI "Donne per la Salute" Rimini
Indirizzo del Sito:
www.ammirimini.wordpress.com

9 marzo In occasione della celebrazione della Giornata Internazionale della Donna abbiamo organizzato in collaborazione con Inner Wheel e con il Comune e la Provincia di Rimini la conferenza in Cineteca Comunale dal titolo: "Leonessa" e "Medichessa" imprese e ricette di Caterina Sforza, Signora di Forlì. Il relatore è stato Stefano De Carolis, medico e direttore della "Scuola di Storia della Medicina" dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Rimini, che ha presentato questa figura con grande competenza e maestria riscuotendo molto interesse e successo. Il dottor De Carolis ci ha illustrato la figura di Caterina Sforza, figura inusuale per una donna dell'epoca, combattente fiera e spregiudicata, modello di forza e determinazione che ebbe un importante ruolo nel nostro territorio, mostrando moderni caratteri di governo, ma anche una donna che si occupò a lungo di erboristeria, medicina, cosmetica e alchimia. Caterina lasciò numerosissime ricette che illustrano procedimenti per combattere le malattie e per conservare la bellezza del viso e del corpo. Una figura che ha fatto la nostra storia e rappresenta uno dei personaggi femminili più singolari del Rinascimento.

47





SERGIO ALUIGI

(22 luglio 1928 –
19 novembre 2022)

di Paolo Aluigi

essendo più possibile la doppia attività mantenuta fino ad allora, ha optato per quest'ultima. Innamoratissimo della professione, era stimato ed apprezzato per la grande competenza, costruita in tantissimi anni di reparto, per la sua umanità e generosità. Tra le sue passioni extra-professionali devo sicuramente ricordare, negli anni giovanili la ginnastica artistica (fu allievo di Romeo Neri ed eccelleva al corpo libero), l'amore per la campagna, per la caccia (nessuno è perfetto) poi sostituita, negli anni, con le sole escursioni nella natura incontaminata dei paesaggi montani, insieme ad affiatati compagni di viaggio. Grandissimo conoscitore della Grande Guerra (suo babbo fu ferito sul Carso), collezionista di armi antiche, aveva una buona manualità che utilizzava, nei ritagli di tempo, con ottimi risultati, come restauratore e "mobiliere". È stato un babbo attento e sempre presente, che ha trasmesso insieme alla mamma, a tutti noi figli e nipoti, il senso e l'unione di famiglia. Mi piace chiudere il ricordo con quello che spesso mi diceva «rifarei mille volte tutto quello che ho fatto nella mia vita, qualunque cosa si faccia, ci vuole passione, impegno e umiltà sempre!»

NATO A GRADARA (PU) nel 1928, da bambino si trasferisce a Rimini. Si laurea a Bologna nel 1955.

Si specializza prima in Igiene e Sanità Pubblica nel 1960, poi, nel 1966, a Parma, in Neurologia, specialità che coltiverà con grandissima passione per tutta la sua lunga carriera. Una delle sue primissime esperienze è stata quella di medico di miniera a Perticara, località che raggiungeva in sella ad una Lambretta di seconda mano, esperienza che ricordava spesso con immenso piacere per l'attività professionale, veramente a 360°, come lo era un tempo. Medico ospedaliero prima nella sede storica del vecchio Ospedale di Rimini, poi nel nuovo ospedale in "Medicina", sempre a fianco del Prof. Bruno Marabini, fino al 1982 quando, dovendo forzatamente decidere tra Ospedale e Medico di Medicina Generale, non

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 14 DICEMBRE 2022

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ARCIUOLO Giuseppe
trasferimento da Bologna

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BONDINI Silvia
trasferimento a Milano
dott.ssa RUSSO Anna
dott.ssa ZANNONI Alessandra

cessata attività
cessata attività

Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI:

dott. PRUCCOLI Jacopo

di Rimini

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

MTF ITALIA S.R.L. STP

di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 31 GENNAIO 2023

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BREDDEMANN Greta
dott. LIVI Alessandro

di Riccione
di Cattolica

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott.ssa CARDINI Francesca
dott. PALMA Francesco Paolo
dott. SAGGESE Francesco

da Terni
da Monza-Brianza
da Parma

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. MUCCINI Andrea
dott. VOTTARI Domenico

di San Mauro Pascoli
di Riccione

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BARONE Massimo
dott.ssa BRUSCHI Giovanna
dott. CINA Vincenzo Pietropaolo
dott.ssa GABELLINI Anna Lia
dott. PISELLI MENGHINI Massimo Maria

decesso (19/12/2022)
decesso (04/01/2023)
cessata attività
decesso (09/12/2022)
cessata attività

dott. TONINI Marcello	cessata attività
dott. VOLPONES Giambattista	cessata attività
DINIEGO ISCRIZIONE:	
dott. MEZZETTI Maurizio	da Bologna
VARIAZIONE CODICE FISCALE:	
dott.ssa SHALBAROVA Medina	variazione codice fiscale

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 27 FEBBRAIO 2023

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:	
Dott.ssa GIORGINI Lucia	di Riccione
Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:	
Dott.ssa GERARDI Ernestina	da Ravenna
Dott.ssa ROVIDA Laura	da Cremona
Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:	
Dott. BATTISTINI Angelo	decesso (04/02/2023)
Dott.ssa CATENA Selene	cessata attività
Dott. RICCHIUTI Mauro Sergio	trasferimento a Pesaro-Urbino
Dott.ssa TOMESANI Nicoletta	trasferimento a Bologna
Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:	
Dott.ssa ASEEVA Daria	di Rimini
VARIAZIONE COGNOME:	
Dott.ssa ROLI RENATA	
(da ROLI MORGANTI RENATA)	variazione cognome

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 MARZO 2023

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:	
dott. BATTARRA Alessandro	di Misano Adriatico
dott.ssa CASALI Celeste	di Novafeltria
dott.ssa PRETELLI Alice	di Cattolica
Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:	
dott. MASTRANGELO Vincenzo	da Caserta
dott. PRISTERA' Raffaele	da Bolzano
dott.ssa ZAHLANE Desiree	da Parma
Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:	
dott. MORAVA Andi	di Riccione
Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:	
dott. BERARDI Bruno	



“

Non si può sfuggire alle
responsabilità del domani,
trascurando il presente.

Abraham Lincoln

”