

il Notiziario

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



anno XXV numero 3
luglio-settembre 2023

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70% - CV/RV, Aut. Tribunale Rimini n. 4/98 del 31/03/1998



**CHI
AGGREDISCE
UN MEDICO,
AGGREDISCE
SE STESSO.**

**DIFENDIAMO CHI DIFENDE
LA NOSTRA SALUTE**



Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Bari

www.omceo.bari.it



il Notiziario

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

Anno XXV, Numero 3
luglio-settembre 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:

prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini
dott. Mario Agostini presidente FEDER.S.P.eV Sezione di Rimini

Referenze iconografiche:

foto pag 9-11 servizio televisivo Icaro TV
foto pag. 17-18 foto dell'autore
foto pag. 33 dal web

In copertina: FNOMCeO

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

3/2023

sommario

Editoriale

4

LA SICUREZZA DEL LAVORO
IN SANITÀ

di Maurizio Grassi

6

Il punto redazionale

di Marco Grassi

8

Sanità Locale

CANDID CAMERA

di Giovanni Cananzi

9

Vita dell'Ordine

DA UN LICEO DELLA PROVINCIA
AGLI STATES: STORIA DI UN
RICERCATORE ITALIANO

di Laura Baffoni

12

Focus sulla professione

LA MICCIA LUNGA
E IL GRANDE BOTTO

dossier a cura di Marco Grassi

16

È COSÌ FACILE UCCIDERCI?

di Loreley Bianconi

19

Focus on

OBESITÀ E GENERE:
IL PESO DELL'EVIDENZA

di Laura Baffoni

23

MEDICINA GENERE SPECIFICA:
LO STATO DELL'ARTE

di Antonella Chiadini

28

Recensioni

ZONA D'OMBRA
DI RENATO LUIGI ROSSI

di Marco Grassi

Semiseria...mente

INDOVINELLO

REBUS

GIOCO CON NUMERI

di Saverino La Placa

30

31

Corsi, convegni, congressi e attività culturali

Spazio Ammi

8ª EDIZIONE

GIORNATA NAZIONALE

DELLA SALUTE DELLA DONNA

di Giovanna Tommasini Grassi

32

Spazio FEDERSpeV

LETTERA AL PRESIDENTE DELLA
REPUBBLICA

PENSIONI DI REVERSIBILITÀ

Presidenti Provinciali Federspev

34

37

Variazioni agli albi





LA SICUREZZA DEL LAVORO IN SANITÀ

di Maurizio Grossi

4

GLI EPISODI DI VIOLENZA nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari sono stati oggetto, anche recentemente, di numerosi articoli di cronaca, che ne hanno evidenziato la pericolosità anche dal punto di vista sociale. L'aggressione alla psichiatra Barbara Capovani davanti all'Ospedale Santa Chiara di Pisa è solo il più recente di una lunghissima sequenza di episodi violenti ai danni di medici e infermieri, che vanno dalle minacce a lesioni più o meno gravi. Il problema è internazionale, tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità segnala che fra l'8% e il 38% degli operatori sanitari ha subito una forma di violenza fisica nel corso della sua carriera e che sono ancora più numerosi coloro che sono stati aggrediti verbalmente.

Le aggressioni, verbali e fisiche, per la maggior parte dei casi sono **perpetrate da pazienti e visitatori**. Tale rischio, in base ai pochi e non omogenei dati disponibili in Italia, sembra in crescita negli ultimi anni e rappresenta uno degli aspetti a cui gli operatori sono maggiormente sensibili relativamente alle criticità inerenti la sicurezza della propria attività. Per gli addetti ai lavori i numeri descrivono però solo la punta di un iceberg. Per l'Ordine dei Medici e l'Ordine delle professioni infermieristiche

le aggressioni verbali non vengono quasi più denunciate anche se sono comunque motivi importanti di stress e causa di cambiamento del proprio ruolo professionale e abbandono dei reparti ospedalieri più a rischio, come il Pronto Soccorso, le Guardie Mediche o i Servizi di Psichiatria.

La violenza contro gli operatori sanitari non ha solo un impatto negativo sul benessere psico-fisico del personale, ma influisce anche sulla loro motivazione al lavoro. Di conseguenza, questa violenza compromette la qualità delle cure e mette a rischio l'offerta sanitaria. Porta anche a immense perdite finanziarie nel settore sanitario. Il nostro presidente nazionale, Filippo Anelli, dice: "La violenza non deve diventare un fatto normale, quasi banale, da accettarsi come rischio ineluttabile della professione. La violenza non è inevitabile: la violenza è un reato. È una violazione dei diritti umani, della dignità della persona; è un'ingiustizia sia a livello pubblico che privato. A questo dobbiamo educare le nuove generazioni". Il problema dunque è ben presente anche in Italia ed è per questo che si sono messe in campo da parte del Governo, delle Regioni, degli Ordini delle professioni sanitarie, una serie di iniziative per contrastare il fenomeno. La prima, molto importante, è l'istituzione di un Osservatorio

dedicato al tema della sicurezza (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3302_allegato.pdf)

Il Ministero della Salute con il decreto n. 13 del gennaio 2022 ha istituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie.

L'Osservatorio ha il compito di:

- a) monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni
- b) monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni
- c) promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti
- d) monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza sui luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza
- e) promuovere la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in équipe
- f) promuovere lo svolgimento di corsi di formazione per il personale medico e sanitario, finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti.

Altro importante provvedimento è stato l'aumento dei presidi di polizia nei luoghi di cura e nei

Pronto Soccorso. (<https://www.interno.gov.it/it/notizie/sicurezza-personale-sanitario-aumentati-50-i-presidi-polizia-presso-ospedali>)
 Sempre il nostro Presidente, Filippo Anelli, ha detto: "Si tratta di un efficace deterrente alle aggressioni contro il personale, accogliamo dunque con favore la risposta dell'Esecutivo, che ha ancora una volta dimostrato la sua sensibilità alla tematica. Certo, la violenza non si risolve solo con i presidi di Polizia, ma questi costituiscono un importante tassello per la loro funzione di deterrenza e prevenzione. Poter garantire la sicurezza dei professionisti sanitari è essenziale per assicurare, oltretutto, il godimento del diritto alla salute a tutti gli italiani. Infine ricordo che si riduce la conflittualità e la violenza nei confronti dei lavoratori della Sanità, anche migliorando l'offerta sanitaria. E qui le Regioni e le AUSL devono affrontare in modo strutturale le croniche criticità delle lunghissime liste d'attesa, del sovraffollamento dei Pronto Soccorso, della mancanza di posti letto, della mancanza di personale che generano disuguaglianza nella salute. E molte sono le evidenze che le disuguaglianze sanitarie minano anche il benessere della società. Alti livelli di disuguaglianze sanitarie impongono una maggiore domanda ai sistemi sanitari e ad altri settori della spesa pubblica. La disuguaglianza riduce la coesione sociale portando a più stress, paura e insicurezza per tutti. Quindi per contrastare la violenza sul personale sanitario monitoriamo tutti gli episodi di violenza, promuoviamo corsi di formazione per il personale medico e infermieristico, miglioriamo la sicurezza dei luoghi di lavoro, aumentiamo le risorse per il SSN per ridurre le disuguaglianze di salute.

il punto redazionale



di Marco Grassi

6

CARE COLLEGHE, CARI COLLEGGHI
Questo numero tardo estivo vi giungerà alle soglie di un autunno che si prospetta problematico.

I colleghi più anziani ricorderanno i «governi balneari» degli anni '70, governi di corto respiro «politico» deputati alla decantazione di problematiche la cui soluzione si riteneva opportuno «rimandare» a tempi migliori. Da tempo, fortunatamente, non esistono più «governi balneari», anche se la cattiva abitudine di «rimandare» è rimasta (sotto altre forme). Questo preambolo introduce **l'Editoriale** di Maurizio Grossi che affronta il tema della sicurezza del lavoro in Sanità. Un classico esempio di tematica lasciata eccessivamente a «decantare». Ne è la prova la foto scelta per la copertina di questo numero, utilizzata cinque anni fa dalla FNOMCeO per sensibilizzare opinione pubblica e decisori politici con l'iniziativa «La Cultura della Sicurezza in Sanità: a noi chi ci pensa?» Un interrogativo rimasto a lungo in sospeso e che non ha ricevuto risposte sostanziali se non dopo l'ultimo triste episodio della aggressione mortale alla psichiatra Barbara Capovani.

Un ulteriore contributo al tema è

offerto da Loreley Bianconi nella rubrica **Focus sulla Professione** che scrive «Non si può morire di lavoro e al lavoro, questa nostra professione è diventata troppo dura, pericolosa, soffocante». Che sia anche questa una delle motivazioni della crescente disaffezione dei medici italiani per il Sistema Sanitario Nazionale come datore di lavoro che si concretizza nella «mancanza di medici»? «Mancano i medici e, quindi, aumentiamo i posti a Medicina» è la risposta, apparentemente sensata, del Ministero Università e Ricerca in concerto con il Ministero della Salute. Il secondo articolo della rubrica analizza quanto questa possa rivelarsi fallace e pericolosa nel lungo periodo.

Nel breve non si potrà non assistere ad una riduzione della capacità formativa delle nostre Università, nonostante preparazione e motivazione degli studenti rimangano elevate anche con il supporto di iniziative di FNOMCeO e Ordini provinciali come il Progetto di Curvatura Biomedica. Anche quest'anno il nostro Ordine ha partecipato attivamente e al termine del percorso annuale ha offerto agli studenti liceali una giornata «extra» con la *lectio magistralis* del professor Antonello Bonci.

Vita dell'Ordine propone il resoconto della giornata di Laura Baffoni, coordinatore didattico del Percorso di sperimentazione Nazionale "Biologia con curvatura biomedica".

Sanità Locale evidenzia nell'articolo di Giovanni Cananzi qualche «sbavatura» organizzativa in alcuni servizi come quelli di prenotazione e appuntamenti. Vogliamo sperare sia solo occasionale «approssimazione» e non una ben più grave sciattezza organizzativa che in un campo come la sanità, dove l'imprevisto è dietro l'angolo, può facilmente creare disastri.

Medicina di Genere propone il tradizionale "Focus on" di Laura Baffoni che dettaglia le relazioni esistenti fra obesità e sindrome metabolica (come espressione di alterato metabolismo) in rapporto al genere e all'età e come introduzione al convegno del 30 settembre organizzato dal nostro Centro di Formazione sulla Medicina di Genere dal titolo "Obesità e genere: il peso dell'evidenza". Quest'ultimo importante incontro fa seguito al Convegno del 15 aprile scorso sullo stato dell'arte della Medicina di Genere (MdG) o, più propriamente, Medicina Genere Specifica (MGS), che ha chiamato a raccolta alcuni dei principali protagonisti a livello nazionale. A cinque anni dalla sua costituzione il nostro "Centro di Formazione sulla Medicina di Genere" è stato riconosciuto pubblicamente dalla prof.ssa Giovannella Baggio, Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, come «il più attivo in assoluto in Italia». Antonella Chiadini, nel tracciarne brevemente la storia, riepiloga e sintetizza i punti salienti degli interventi dei relatori del convegno.

Recensioni suggerisce la lettura del libro "Zona d'ombra" per i tipi del Pensiero Scientifico Editore scritto dal collega (medico di medicina generale) Renato Luigi Rossi. Il libro tratta dei molti e inevitabili «non so» della Medicina «un "non certo" che i media tendono ad occultare o ignorare *tout court* con una offerta informativa enorme dove i progressi della medicina sono descritti in modo trionfale e i risultati negativi come frutto degli errori dei medici.»

Chiudono questo numero le consuete rubriche

Semi-seriamente di Saverino La Placa con i suoi indovinelli e giochi matematici e Spazio AMMI dove Giovanna Tommasini Grossi «racconta» la vita dell'associazione, sempre molto attiva nell'organizzare spazi di incontro e occasioni di approfondimento culturale come la conferenza "Medicina di Genere: la medicina delle differenze che garantisce equità ed appropriatezza in tema di Salute".

Infine lo **Spazio FEDER.S.P.e.V.** pubblica il testo della lettera che sarà inviata al Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, firmata da tutti i Presidenti Provinciali Federspev, per chiedere attenzione riguardo all'iniquo trattamento fiscale delle pensioni di reversibilità.

“

Non si può morire di lavoro e al lavoro, questa nostra professione è diventata troppo dura, pericolosa, soffocante.

”



CANDID CAMERA

di Giovanni Cananzi

8

STIAMO APRENDO LA VIA alla intelligenza artificiale, avremo la possibilità di aspirare alla perfezione con l'aiuto di questa meravigliosa opportunità.

Ho necessità di fare una TAC urgente, per me, per verificare la situazione dei miei reni provati dalla cistinuria.

Prenoto alla AUSL una TAC senza mezzo di contrasto in libera professione e mi viene dato l'appuntamento alle 6,15 del mattino di due giorni dopo.

Bene, mi sveglio molto presto e alle sei sono davanti all'Ospedale Infermi dove dovrei recarmi in radiologia.

Scopro che le porte di tutto l'ospedale aprono alle 6,30, faccio un giro ed è tutto chiuso, me lo conferma un cordiale barbone che beve birra seduto sui gradini: «Non aprono mai, qui fa un gran caldo, buona giornata».

Alle 6 e 10 riesco ad entrare dalla *reception* approfittando dell'ingresso della segretaria mattiniera e passando da scale interne raggiingo il reparto, chiuso.

Nel frattempo guardo sul telefonino e mi accorgo che era arrivato un *sms* in tarda serata: mi ha scritto la dottoressa per dirmi di posticipare alle 6,40.

Resto seduto davanti al reparto chiuso, osservando il rumoroso e festoso lavoro delle squadre delle pulizie, accanto a me siede una signora, collega di quello incontrato fuori, con le sue masserizie.

Alle 6,45 arriva una gentilissima infermiera che mi chiede di aspettare mentre finiscono le pulizie, poi mi fa entrare e dopo altri 15 minuti il tecnico esegue l'esame.

Le domande che si fanno strada nella mia mente: perché dare appuntamento quando l'ospedale è chiuso ed è fisicamente irraggiungibile il reparto.

Probabilmente è un esperimento etologico in cui si vede la capacità di adattamento e la inventiva di un soggetto sottoposto a stress.

Possiamo immaginare una valutazione tramite telecamere tipo *candid camera* in cui, come un topo nel labirinto, il malcapitato cerca di raggiungere in tempo un obiettivo irraggiungibile.

E le numerose *mail* di conferma sono scritte da una entità, forse A.I. che non sa che l'appuntamento è all'interno di un ospedale chiuso.

E in definitiva, perché tanta approssimazione in un campo come la sanità dove l'imprevisto è dietro l'angolo e non ha bisogno della sciatteria organizzativa per creare disastri?



DA UN LICEO DELLA PROVINCIA AGLI STATES: STORIA DI UN RICERCATORE ITALIANO

di Laura Baffoni

IL 2 MAGGIO si conferma una data felice per il Progetto di Curvatura Biomedica; infatti anche quest'anno l'incontro degli studenti dei quattro Licei che partecipano alla sperimentazione con una persona di spicco del mondo scientifico ha centrato il bersaglio! Questo momento, fortemente voluto dal nostro Presidente Dottor Maurizio Grossi, in accordo con il Consiglio dell'Ordine, ha l'obiettivo di fare incontrare i giovani che partecipano alla sperimentazione

con l'eccellenza biomedica italiana perché il loro percorso in Medicina e/o nelle Scienze Sanitarie sia un modello a cui possano ispirarsi.

"Non abbiate paura di seguire, ed inseguire, i vostri sogni!"

È questo l'invito che in diverse occasioni e a più riprese il dottor Grossi ripete ai giovani, siano essi studenti liceali o neo laureati, ed è questo lo spirito che ha animato l'incontro che lo scorso maggio si è svolto nell'Auditorium del Liceo Volta-Fellini intitolato a Rita Levi Montalcini.

9



L'incontro è stato sapientemente guidato dalla giornalista Simona Mulazzani che ha sottolineato come *Passione e Impegno* siano il filo conduttore della giornata; infatti passione ed impegno compaiono nelle parole del Presidente

dell'Ordine e delle altre Autorità convenute. Il Dirigente scolastico Paride Principi, che ha ospitato il convegno, in questo Percorso di Potenziamento ed Orientamento vede un'opportunità in più fornita agli studenti per orientare le loro scelte future; l'Assessore alla Sanità-

Professor Antonello Bonci, neuroscienziato conosciuto in tutto il mondo per i suoi studi sugli effetti a lungo termine dello stress e dell'esposizione alle droghe e all'alcool sull'attività cerebrale.

10

servizi alla persona e innovazione tecnologica del Comune di Riccione, dottor Gianluca Garulli, come medico, ha ricordato le grandi gioie che solo la Medicina con la sua portata umana e sociale sa regalare e che ripagano delle numerose fatiche e responsabilità che caratterizzano questa splendida professione; il Dirigente dell'Ufficio Scolastico dottor Mario Maria Nanni ha sottolineato l'importanza della scuola come luogo formativo. Infine, ma non certo ultima, passione ed impegno trapelano nella lettera di saluto e di incoraggiamento agli studenti del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Anna Maria Bernini che ha sottolineato come la scuola accompagni ogni studente nel suo percorso di crescita e lo prepari *"a vivere la più grande avventura che è la vita"* e che *"il futuro è un dono che non ci vede spettatori ma protagonisti, e dobbiamo crearlo giorno dopo giorno"*... e tutto ciò ha caratterizzato anche l'avventura professionale ed umana del Professor Antonello Bonci. Neuroscienziato conosciuto in tutto il mondo per i suoi studi sugli effetti a lungo termine dello stress e dell'esposizione alle droghe e

all'alcool sull'attività cerebrale, già nella scelta del titolo dell'incontro *"Da un Liceo della provincia agli States: storia di un ricercatore italiano"* ha mostrato la volontà di prendere per mano gli intervenuti per ripercorrere i momenti fondamentali della sua vita e le scelte non sempre facili o scontate, ma fortemente volute, che lo hanno portato a raggiungere i traguardi prefissati. Il professor Antonello Bonci ci ha raccontato che è nato in un piccolo borgo dell'entroterra riminese, Casteldelci, ha studiato al Liceo Volta Fellini e volendo fortemente iscriversi in Medicina, non si è arreso davanti alle prime difficoltà; la sua caparbità lo ha condotto a Roma, all'Università Cattolica, dove il suo percorso di studi e di ricerca lo ha portato ad occuparsi di Neurologia, e la Neurologia è stata l'arco che lo ha lanciato oltre oceano, negli Stati Uniti. Ha così iniziato una brillante carriera che lo ha portato a ricoprire cariche prestigiose; dapprima Professore di Neurologia presso la California University di San Francisco e, successivamente, Direttore Scientifico del National Institute on Drug Abuse del National Institute of Health. Con chiarezza ha tratteggiato

brevemente i suoi studi introducendoci all'*Optogenetica*, una tecnica che impiega proteine geneticamente codificate sensibili alla luce, che grazie ad un promoter vengono espresse nelle cellule. Utilizzata per studiare le cellule del cervello in base alla loro "identità chimica" (cioè non in base alla sede - area motrice, area del linguaggio - ma in base a quale tipo di neurotrasmettitore producono - come la serotonina o la dopamina), ha potuto studiare il comportamento cellulare usando la luce, "accendendo" o "spegnendo" selettivamente gruppi di cellule alla stessa velocità della trasmissione del segnale nervoso (millisecondi). Il professor Bonci è poi entrato nello specifico dei suoi studi sulle dipendenze spiegando che in uno studio sperimentale su ratti ai quali era stata indotta dipendenza da cocaina (selezionando quelli che

assumevano cocaina nonostante l'assunzione fosse preceduta da un piccolo shock elettrico doloroso), aveva osservato "uno spegnimento" della corteccia prelimbica, che nel ratto svolge un'importante funzione nel processo decisionale e nel controllo inibitorio delle azioni (l'equivalente funzionale nell'uomo è la corteccia dorso-laterale frontale), mentre era particolarmente attiva un'altra area legata al *craving*. Utilizzando tecniche di optogenetica riattivando la corteccia prelimbica aveva ottenuto la scomparsa del *craving* nella maggioranza dei ratti dipendenti da cocaina. Questo lavoro pionieristico ha aperto nuove prospettive sia nello studio delle dipendenze nell'uomo sia nel trattamento delle dipendenze e anche di altre patologie neurologiche e/o psichiatriche.

11





LA MICCIA LUNGA E IL GRANDE BOTTO

di Marco Grassi

12

Il 17/07/2023 il MUR (Ministero Università e Ricerca) fa sapere con una news sul proprio sito l'intenzione di proporre al Gruppo di programmazione per i Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia un aumento significativo dei posti.

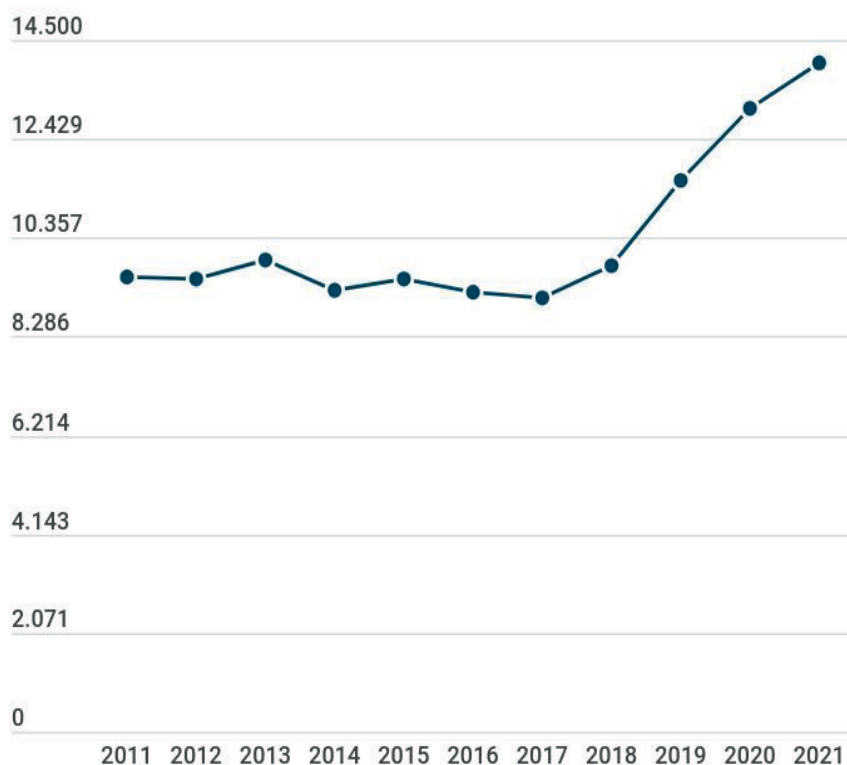
«È di 19.944 posti la proposta che il Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) avvanzerà domani al Gruppo di programmazione per i Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia in italiano e in lingua inglese. Un numero superiore alla richiesta giunta dalla Conferenza Stato-Regioni su parere del Ministero della Salute (18.133 posti) e che tiene conto del recepimento da parte degli Atenei del fabbisogno di nuovi medici così come emerso dal Gruppo di esperti istituito al MUR dal Ministro Anna Maria Bernini. Rispetto allo scorso anno accademico si tratta di oltre 4mila posti in più che verranno messi a disposizione degli studenti, la cui definizione e distribuzione per Università sarà oggetto di uno specifico

decreto ministeriale.

Lo scorso anno accademico, il 2022-2023, infatti, i posti totali sono stati 15.876 (14.740 posti in lingua italiana e in lingua inglese per i Paesi Ue + 1136 per i Paesi extra Ue). Dal prossimo anno, il Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) prevede la possibilità di arrivare a 19.944.» [1]

I posti disponibili a medicina negli ultimi 10 anni

Nel grafico possiamo vedere che i posti disponibili a medicina sono in aumento da alcuni anni, anche se l'incremento dei posti, per quest'anno, era atteso e c'è stato. Le Regioni chiedevano di arrivare a 14.332, mentre la FNOMCeO si era fermata alla soglia di 11mila nelle richieste. Alla fine, il MUR è arrivato a 14.020. L'aumento è stato di 948



13

grafico 1

● Posti disponibili

posti e si spiega, per quasi metà (400 posti), con l'apertura di nuove facoltà di medicina e chirurgia in particolare al Sud Italia. Parliamo dei nuovi corsi che partiranno all'Università Lum di Casamassima (Bari), all'Università Salento di Lecce, Università Basilicata di Potenza e Università della Calabria di Rende (Cosenza).

Per quasi un decennio, a partire dal 2009, i posti banditi si sono attestati intorno a 10.000, segnando, peraltro, un deciso aumento rispetto alla media del periodo precedente (7.500). A partire dall'anno accademico

2019/20 è iniziata una progressione impressionante che ha portato ai 15.000 posti messi a bando negli ultimi due anni e ai 20.000 preannunciati.

Mancano i medici e, quindi, aumentiamo i posti a Medicina

Il tema è se tale progressione ha un qualche senso. Già cinque anni fa (come passa, inutilmente, il tempo) scrivemmo su questo notiziario [2] quanto fosse inappropriata la proposta allora molto in voga, populista e demagogica, di abolire

il numero chiuso per l'accesso agli studi di Medicina e Chirurgia per far fronte alla carenza di medici. Sarebbe già superfluo sottolineare l'inconsistenza logica del ragionamento fallace sottostante la decisione intrapresa dal MUR "mancano i medici e, quindi, aumentiamo i posti a medicina" ma, come scritto cinque anni fa nell'articolo citato, la critica a questa decisione aveva e ha tuttora anche una solida base «numerica» (i numeri non mentono, a meno di «torturanti»). Semplificando al massimo, le decisioni di oggi di aumentare il numero di accessi a Medicina sconterà i suoi effetti fra circa dieci anni (la miccia lunga) quando terminerà il loro

corso di studi (dopo laurea e specializzazione) questa numerosa coorte di colleghi (il grande botto). Se per certi versi è incerto quale modello di sanità avremo fra 10 anni - con innovazione tecnologica, intelligenza artificiale, telemedicina che da un lato potrebbero ridurre le necessità di medici ma d'altro lato l'ulteriore senescenza della popolazione italiana e la maggiore richiesta di prestazioni potrebbe invece richiedere un numero ben maggiore di personale medico - è certo invece quanti medici usciranno dal sistema per raggiunti limiti di età nei prossimi decenni. La demografia dei medici attualmente in attività e di chi si appresta ad entrarvi è ampiamente nota.

Distribuzione del numero di medici ospedalieri e dei servizi dipendenti del SSN a tempo indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica

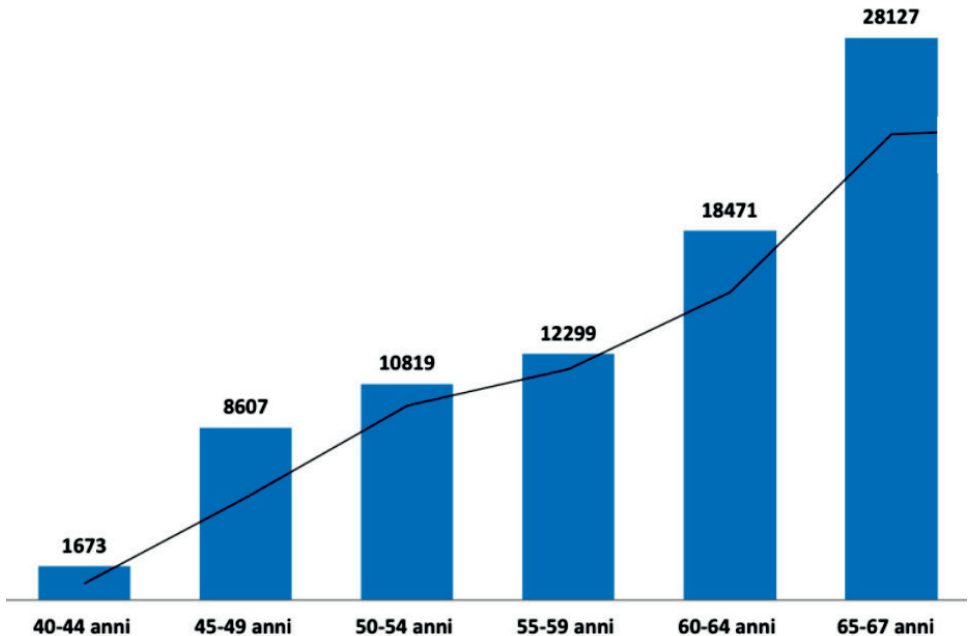


grafico 2

Dopo la «gobba pensionistica» dei *boomers*, che sta per terminare, e la loro completa sostituzione con medici di classi più giovani avremo per almeno vent'anni una saturazione dell'offerta di lavoro nel SSN (ospedali, servizi territoriali e Medicina Generale) con nuove entrate legate ad un fisiologico tasso di sostituzione (pensionamenti e abbandoni verso il privato o la libera professione). Il grafico 2 è sufficientemente autoesplicativo: nello scenario peggiore 20.000 medici, che entrerebbero nel sistema in un solo anno, potrebbero rappresentare da soli circa la metà dei fabbisogni di un intero decennio. E gli altri? Quali possibilità di inserimento lavorativo si prospettano? Realisticamente nel decennio 2033-42 potrebbero uscire circa 60/70 mila medici e rispetto a tali volumi andrebbero formulate scelte responsabili senza le quali il rischio (certo) è di ritornare al fenomeno della «pletora» medica degli anni '70 da cui siamo appena faticosamente usciti. [3]



Ma soprattutto c'è una responsabilità nei confronti dei giovani che si apprestano a intraprendere un impegnativo percorso di studi e delle loro famiglie che li sosterranno economicamente.



Scelte responsabili

Servono scelte responsabili che si devono innanzitutto ai pazienti (futuri). Un sistema formativo (laurea e scuole di specializzazione con relativo numero di corsi e docenti) attualmente ancora «tarato» su una popolazione studentesca delle «vecchie» dimensioni (7-8000 immatricolazioni all'anno) difficilmente potrà supportare nell'arco di un quinquennio il raddoppio degli studenti mantenendo quei livelli di qualità dell'insegnamento (e dell'apprendimento) che il numero programmato intendeva garantire e che difficilmente potrà essere mantenuto con le risorse formative attuali. Ma soprattutto c'è una responsabilità nei confronti dei giovani che si apprestano a intraprendere un impegnativo percorso di studi e delle loro famiglie che li sosterranno economicamente. Un impegno e un «investimento» di lungo periodo con ritorni incerti.

[1] <https://www.mur.gov.it/it/news/lunedì-17072023/università-mur-da-prossimo-anno-19944-posti-corsi-laurea-medicina-e-chirurgia>

[2] M. Grassi - La carenza dei medici, l'etica della politica e l'arte di programmare il termostato - Il Notiziario Anno XXI N° 4 pagg.13-16

[3] grafico adattato da <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7101669.pdf>

focus sulla professione

16



È COSÌ FACILE UCCIDERCI?

di Loreley Bianconi

Noi professionisti sanitari che ci dedichiamo alla cura del prossimo pretendiamo di lavorare in sicurezza. Purtroppo negli ultimi anni le cose sono cambiate, tanti operatori sanitari sono stati vittima di aggressioni verbali e fisiche non più tollerabili.

Una violenza assurda, ingiustificata, troppi i colleghi che hanno perso la vita per mano di un paziente o parente di un paziente, senza contare gli episodi violenti minori - spesso neppure segnalati - che toccano più spesso le professioniste donne, più vulnerabili ed esposte anche culturalmente.

L'ultima aggressione è toccata alla collega Barbara Capovani di cinquantacinque anni, direttrice dell'U.O. di Psichiatria dell'Ospedale S. Chiara di Pisa, uccisa per mano di uno squilibrato mentale.

Fino a poco tempo fa venivamo chiamati eroi oggi quotidianamente subiamo aggressioni fisiche e verbali.

Unica "colpa" di Barbara è stata il firmare la dimissione del paziente ricoverato in seguito ad un TSO (paziente che peraltro non aveva seguito lei direttamente) in quanto lo psichiatra che lo aveva curato quel giorno non era in servizio. Barbara ha solo firmato la dimissione con la diagnosi impostata dal collega ed è stato questo il motivo scatenante il brutale assassinio.

**Allora mi domando:
è proprio tanto facile
uccidere!?!**

Il 3 maggio 2023 a Pisa, l'Ordine dei Medici della città insieme alla FNOMceo ha organizzato un incontro - alla presenza del presidente Filippo Anelli, del vicepresidente Giovanni Leoni, del segretario Roberto Monaco, invitando i rappresentanti di tutti gli Ordini dei Medici e Odontoiatri d'Italia, i famigliari e i colleghi di reparto di Barbara - a cui è seguita una fiaccolata.

Io c'ero in rappresentanza del Presidente del nostro Ordine insieme ai tanti colleghi provenienti da più parti d'Italia, ai moltissimi colleghi e operatori sanitari dell'Ospedale S. Chiara e a tantissimi cittadini. Diecimila presenze per



17

la fiaccolata silenziosa indetta in memoria della collega psichiatra. Questo succedeva a Pisa ma contemporaneamente in molte altre città si organizzavano incontri, fiaccolate, preghiere.

La manifestazione era "silenziosa" ma era palpabile il disagio e la rabbia in ciascuno di noi, nonché la preoccupazione e la paura per l'aumento esponenziale degli episodi di violenza uniti alla voglia di testimoniare e rivendicare il diritto alla sicurezza sul lavoro.

"È stato un grande abbraccio - ha spiegato il Presidente Fnomceo Filippo Anelli - che lungo tutto il paese ha stretto i 467 Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri italiani intorno alla famiglia, ai colleghi, gli amici di Barbara.

Ma è stato anche un monito ai nostri amministratori e governanti: i medici non permetteranno che questo straordinario strumento per rendere esigibili i nostri diritti costituzionali, il Sistema Sanitario Nazionale, venga ridimensionato o smantellato".

Prima della fiaccolata, importante e toccante l'incontro con i familiari di Barbara Capovani e con i colleghi di reparto che l'hanno definita "Psichiatra esperta e capace dall'aspetto fisico «fragile» ma forte di carattere, grande umanità e professionalità". Tre figli, la maggiore laureata in Medicina Chirurgia e specializzanda in ginecologia, il secondo studente in Medicina e la piccola di 9 anni.

Era presente anche la mamma novantenne che, nel suo grande dolore, ha dato un insegnamento di fermezza e dignità. La fiaccolata, da Piazza Vittorio Emanuele II ha attraversato tutta la città fino a Piazza dei Miracoli e da lì all'Ospedale di S. Chiara fino all'ingresso del padiglione di Psichiatria dove, il 23 aprile scorso dopo una giornata di lavoro, la dr.ssa Capovani Barbara - l'ultima di una lunga serie di vittime di violenza per mano di pazienti - è stata aggredita mentre prendeva la bicicletta per ritornare dai suoi cari. Le fiaccolate che si sono svolte in tantissime città, da Milano a Bari, da Cagliari a Firenze hanno voluto ricordare anche tutte le colleghe e colleghi che non sono più con noi. Questa mobilitazione da parte degli operatori sanitari è stata una grande dimostrazione di solidarietà ma anche di orgoglio professionale, e ha volto essere un richiamo alla politica sulle criticità dei servizi di Salute Mentale (che registrano il ripetersi di aggressioni agli operatori sanitari soprattutto se donne, in particolare in ambito psichiatrico), di continuità assistenziale, emergenziale ma anche in medicina generale e sulla crisi della sanità pubblica. Si muore da anni ma non è cambiato nulla sulla sicurezza degli ospedali e del territorio,

auspichiamo che venga attuata la presenza di polizia nei luoghi di cura in particolare nei Pronto Soccorso, come ha indicato il Ministro della Salute dr. Schillaci. Non si può morire di lavoro e al lavoro, questa nostra professione è diventata troppo dura, pericolosa, soffocante. Il nostro Sistema Sanitario Nazionale è irrinunciabile ma non può essere un incubo né lavorare né curarsi nel pubblico. Si tratta di un problema sociale, culturale e politico. I tagli di risorse e personale nell'ultimo trentennio, poi la pandemia, hanno aggravato lo stato di salute del Paese, i servizi sanitari pubblici sono allo stremo e fanno sempre più fatica a rispondere e intercettare i bisogni dei pazienti e questo può essere un ulteriore elemento di «slatentizzazione» di menti non equilibrate e di persone spesso con un basso livello socioculturale. Le difficoltà della sanità pubblica ricadono in particolare, ma non solo, sui medici ospedalieri che non lavorano più in serenità. Fino a poco tempo fa venivamo chiamati «eroi», oggi quotidianamente subiamo aggressioni fisiche e verbali.

La violenza non è accettabile. Occorre un cambio di rotta e lo dobbiamo a tutti quelli che sono stati uccisi svolgendo il proprio lavoro.





FOCUS ON Obesità e genere: il peso dell'evidenza

di Laura Baffoni

19

Metabolically Healthy Obesity Is a Misnomer: Components of the Metabolic Syndrome Linearly Increase with BMI as a Function of Age and Gender

Marcus Y et Al; *Biology* 2023, 12(5), 719; <https://doi.org/10.3390/biology12050719>.

DIABETE ED OBESITÀ secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono in forte aumento a livello globale, tanto da rappresentare una vera e propria epidemia e da più Autori è stata introdotta, per sottolineare la loro stretta correlazione, il termine di "Diabesità". L'obesità non è in tutto il mondo considerata una malattia (per esempio non lo è in Gran Bretagna!) e risente molto, nella sua valutazione, di retaggi sociali e culturali, essendo anche stata espressione di successo sociale in certe popolazioni. Diabete ed obesità rappresentano malattie legate allo stile di vita, e sono un problema di Sanità pubblica che richiede interventi di prevenzione sia a livello "sociale" sia a livello del singolo; di qui l'importanza di eliminare ogni falsa rassicurazione. Il 30 settembre si terrà il convegno organizzato dal nostro Centro di Formazione sulla Medicina di Genere dal titolo "Obesità e genere: il peso

dell'evidenza", per tale motivo ho scelto il lavoro israeliano di Marcus et al. che mette in relazione l'obesità con la sindrome metabolica (come espressione di alterato metabolismo) in rapporto al genere e all'età.

Lo studio è stato fatto su persone con un'età media di 40 anni che si sono sottoposte ad un check up sanitario di routine tra settembre 2002 e marzo 2013 nell'ambito di uno screening sanitario organizzato dal posto di lavoro, che quindi escludeva le fasce estreme della vita (i bambini ed i giovani da una parte e gli anziani dall'altra), dopo averne ottenuto il consenso informato (Tel-Aviv Medical Center Inflammation Survey). Scopo dello studio era valutare (a) il rapporto esistente tra l'indice di massa corporea (BMI) e i componenti della sindrome metabolica (SM) in funzione dell'età e del sesso; (b) la prevalenza dell'obesità metabolicamente sana (NMO) definita come obesità senza alcun criterio metabolico di SM; (c) l'effetto del genere sulla prevalenza e la distribuzione dei componenti della SM; (d) la prevalenza dell'ipertensione nelle donne e negli uomini in funzione del numero di componenti della SM. Gli Autori riportano che molti dati

in letteratura identificano la SM come precursore delle malattie cardiovascolari ed affermano che la sua identificazione possa fornire l'opportunità di intervenire precocemente su quei percorsi patologici condivisi che predispongono sia alla malattia cardio-vascolare che al diabete. Inoltre secondo gli Autori è necessario comprendere se la NMO esista veramente perché vorrebbe dire che alcuni soggetti con obesità sono in qualche modo protetti dalle conseguenze della SM e ciò giustificerebbe un approccio medico più indulgente nei confronti del paziente obeso, anche in considerazione della difficoltà e del limitato successo delle strategie volte ad ottenere un miglioramento/controllo del peso. Per la diagnosi di SM sono stati utilizzati i criteri ATP III e IDF (**vedi tab. 1- ndr**), e sono stati considerati soggetti metabolicamente sani

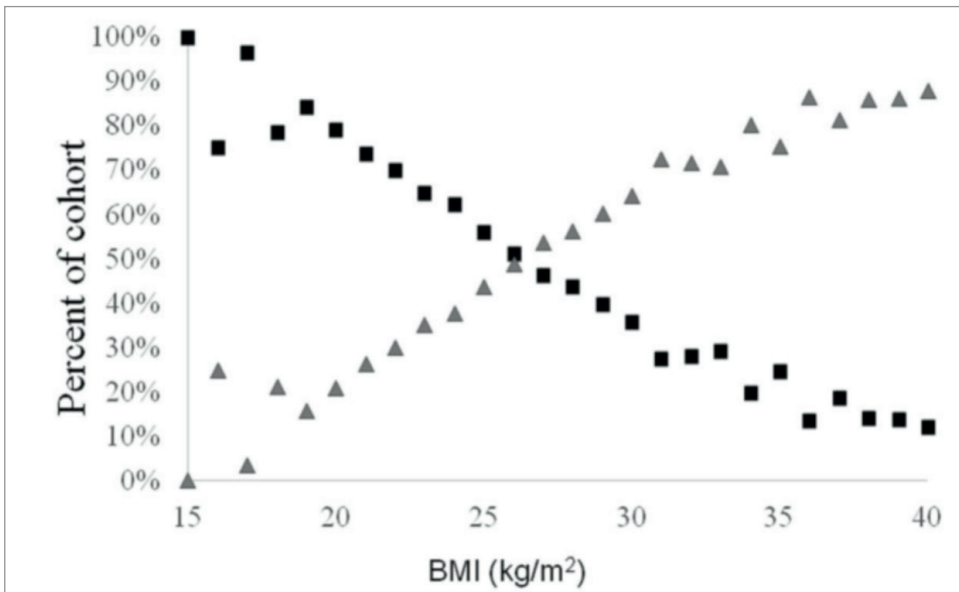
solo quelli che non avevano alcuno dei criteri metabolici per SM, escludendo tutti coloro che assumevano con beneficio una terapia antipertensiva, ipolipemizzante o antidiabetica. Delle 19.328 persone giunte al centro medico per un check up periodico sono stati arruolati per lo studio 14.093 soggetti apparentemente sani con un $BMI \geq 18.5 \text{ kg/m}^2$. Ogni soggetto è stato sottoposto alla raccolta di un'anamnesi patologica e farmacologica accurata, all'esecuzione dell'esame obiettivo comprendente la misurazione della pressione arteriosa, della circonferenza vita, del peso corporeo e dell'altezza, e all'esecuzione di un prelievo ematico a digiuno per valutare lo stato metabolico; gli esami (emoglobina glicosilata, trigliceridi colesterolo HDL e LDL, GOT, GPT, PCR) venivano effettuati sia perché

Criteri	ATP III (3 criteri)	IDF (obesità + 2 criteri)
Obesità	Circonferenza vita $\geq 102 \text{ cm}$ nell'uomo $\geq 88 \text{ cm}$ nella donna	Circonferenza vita specifica per popolazione (in Europa occidentale - 94 cm nell'uomo, - 80 cm nella donna)
Dislipidemia	Trig. $\geq 150 \text{ mg/dl}$ oppure in terapia specifica oppure HDL-C $< 40 \text{ mg/dl}$ nell'uomo HDL-C $< 50 \text{ mg/dl}$ nella donna oppure in terapia specifica	Trig. $\geq 150 \text{ mg/dl}$ oppure in terapia specifica oppure HDL-C $< 40 \text{ mg/dl}$ nell'uomo HDL-C $< 50 \text{ mg/dl}$ nella donna oppure in terapia specifica
Ipertensione	$\geq 130/85 \text{ mmHg}$ oppure in terapia specifica	$\geq 130/85 \text{ mmHg}$ oppure in terapia specifica
Glicemia	$\geq 100 \text{ mg/dl}$ (o diagnosi di diabete)	$\geq 100 \text{ mg/dl}$ (o diagnosi di diabete)

tabella 1

criteri necessari per la diagnosi di SM secondo ATP III e IDF, sia perché spesso alterati in patologie (steatosi epatica e diabete) correlate alla SM. Sono stati considerati metabolicamente sani coloro che in assenza di una terapia farmacologica non avevano alcun criterio metabolico della SM valutata secondo i criteri ATP III (6391; 3759 maschi 2632 femmine) e IDF (5174; 3051 maschi 2123 femmine); di queste due corti erano obesi rispettivamente con ATP terzo 122 maschi (3,1%) e 51 femmine (2,4%), e con IDF 23 maschi (0,8%) e 7 femmine (0,3%). Se si considerano i pazienti gravemente obesi, con BMI ≥ 36 kg/m², meno dell'1% dei soggetti analizzati non rispondeva ad alcun criterio per la SM. Gli Autori hanno rilevato che al crescere del BMI i valori della pressione arteriosa, colesterolo LDL, trigliceridi ed enzimi epatici, aumentano proporzionalmente

(anche nel range della normalità), mentre diminuisce il colesterolo HDL in maniera inversamente proporzionale, mostrando un andamento simile a quello rilevato con l'invecchiamento. Nell'ambito della normalità metabolica i soggetti obesi mostravano comunque un profilo peggiore rispetto ai non obesi, infatti tutti i classici fattori di rischio cardiovascolare modificabili presentavano livelli medi più favorevoli nel sottogruppo dei non obesi rispetto agli obesi. In particolare degno di nota è il rilievo di valori medi di pressione arteriosa sistolica più bassa nei non obesi di 3/6 mmHg (rispettivamente nei gruppi identificati con i criteri ATP III o IDF), e ciò è clinicamente rilevante, in quanto è stato dimostrato che anche una riduzione di 3 mmHg ha un impatto significativo sugli esiti cardiovascolari. Se si valuta la



■ % MS score = 0 ▲ % MS score > 0

figura 1

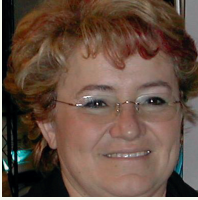
medicina di genere

relazione tra BMI e SM (fig. 1) si può osservare che con un BMI di 19kg/m² già il 16% dei soggetti aveva almeno 1 criterio della SM e tale prevalenza saliva al 75% per BMI pari a 29kg/m² (per definizione ancora soggetto non obeso), per contro se si analizzano i soli pazienti obesi la prevalenza della normalità metabolica passa dal 10% (BMI = 30 kg/m²) a <1% (BMI ≥ 36 kg/m²). Inoltre gli Autori hanno rilevato differenze legate al genere, infatti quello femminile mostrava un profilo di rischio più favorevole di quello maschile in particolare per quanto riguardava i valori pressori e il colesterolo HDL, e nessuna differenza significativa per la glicemia a digiuno, ma questo vantaggio scompariva dopo i 55 anni. Inoltre nel genere maschile ciascun criterio della SM compariva ad una età inferiore di 2-5 anni rispetto a quanto accadeva in quello femminile. Anche l'ordine di comparsa dei componenti della SM mostrava un dimorfismo legato al genere, infatti in quello femminile il primo criterio a comparire è l'obesità centrale. Ciò è coerente con gli studi che dimostrano che le donne hanno il doppio del rischio di essere in sovrappeso od obese, che può essere attribuito a differenze legate a fattori ormonali che influenzano il dispendio energetico e l'utilizzo dei substrati energetici, legati alle fasi del ciclo mestruale, all'utilizzo della contraccezione ormonale e alla menopausa. Nel genere maschile il primo criterio a comparire è l'ipertensione, anzi l'ipertensione può essere considerata un evento precursore della SM nel genere maschile e secondo Marcus et Al. ciò può significare o che l'ipertensione è veramente il primo segno della SM nel genere maschile prima

ancora dell'obesità centrale o che l'accumulo di grasso viscerale tipico della corporatura androide, anche se al di sotto della soglia definita di aumento della WC, possa già essere sufficiente a facilitare l'insorgenza e l'evoluzione dell'ipertensione nell'uomo.

Secondo gli Autori alla luce di tutto ciò, utilizzare il termine NMO non è solo improprio, ma fornisce false rassicurazioni ai soggetti con obesità, perché le componenti della SM tendono a comparire rapidamente con l'aumentare dell'età, infatti nello studio la prevalenza di NMO passa dal 20% e 4% nei soggetti di 30 anni, a seconda che siano utilizzati i criteri ATP III e IDF rispettivamente, a 5% e 1% a 50 anni. Inoltre il lavoro di Marcus et Al evidenziando le differenze significative tra il genere maschile e femminile implicitamente suggerisce la necessità di un'attenzione ed una valutazione diversificata da parte del medico nei due generi, e sembra anche mettere in luce che la dicotomia presenza/assenza dei criteri definiti per la SM non rappresenti adeguatamente il profilo di rischio metabolico che invece segue un "continuum" correlato all'accumulo di grasso viscerale e all'età, quindi ogni variazione anche nel range della normalità dovrebbe essere valutata con attenzione ed in particolare è da sconsigliare un approccio permissivo nei confronti dell'obesità.

Il limite principale dello studio è rappresentato dal fatto che essendo uno studio trasversale e non longitudinale, le relazioni causali fra aumento dell'età e progressiva comparsa dei vari componenti della SM possono solo essere ipotizzate.



MEDICINA GENERE SPECIFICA: lo stato dell'arte

di Antonella Chiadini



CENTRO DI FORMAZIONE
Medicina di Genere
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della provincia di Rimini

23

“Il Centro di Formazione in Medicina di Genere OMCeO Rimini nasce il 15 gennaio 2018 con delibera consigliare su proposta della Commissione MdG e Pari Opportunità per sviluppare la formazione professionale verso la Medicina Genere Specifica.

Con i colleghi del territorio e ospedalieri abbiamo intrapreso questo magnifico percorso, siamo cresciuti culturalmente e continueremo insieme con passione questa avventura”

L 15 APRILE SCORSO,

a cinque anni dalla sua costituzione, il nostro Centro ha organizzato un convegno sullo stato dell'arte della Medicina di Genere (MdG) o, più propriamente, Medicina Genere Specifica (MGS), chiamando a raccolta alcuni dei principali protagonisti.

Guidato da **Loreley Bianconi**, il Centro di Formazione in Medicina di Genere dell'Ordine di Rimini è stato uno dei primi sorti in ambito ordinistico, apprezzato a livello nazionale come punto di riferimento per la formazione professionale e in campo divulgativo. Si pregia della consulenza scientifica della **prof.ssa Giovannella Baggio**¹ che lo ha definito pubblicamente “il più attivo in assoluto in Italia”.

I lavori sono stati aperti dal presidente **dr. Maurizio Grossi**² che, oltre al saluto di rito, ha focalizzato - entrando nel tema in modo puntale come sempre - alcuni aspetti e in particolare la necessità di scardinare la classica cultura professionale, tutta centrata al maschile, auspicando che la prossima riforma sanitaria dia ampio spazio alla cultura di genere.

1 Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Professore Ordinario (fuori ruolo) Università di Padova (Cattedra di Medicina di Genere) c/o Azienda Ospedaliera Università di Padova

2 Presidente OMCeO Rimini

A seguire, la **prof.ssa Baggio** ha esordito definendosi una sorta di madrina della realtà riminese a cui si sente molto legata. La sua *lectio magistralis* sul percorso fatto finora, ha avuto come costante la 'leggerezza', nonostante il racconto abbia attraversato oltre vent'anni di cambiamenti ed evoluzioni epocali. Tanto per rimanere nella metafora artistica, quella sua capacità nel focalizzare i punti salienti e i particolari sostanziali che hanno innescato e sviluppato la cultura su genere e salute, si può davvero paragonare a quella dello storico dell'Arte!

Elena Ortona³ ha quindi illustrato la situazione attuale e la rete sulla MGS raggiunta in Italia che la pone ai primi posti in Europa e con una legge che non è presente in altri Paesi. Ortona ha elencato le finalità della MGS (individuare le differenze fisiopatologiche delle malattie, identificare i meccanismi che ne sono alla base e i fattori di rischio genere specifici per sviluppare percorsi di diagnosi e cura e garantire a ogni persona la migliore cura possibile rafforzando quel concetto di centralità della persona). Fin dal 2017 l'Istituto Superiore di Sanità (organo tecnico/scientifico del SSN) ha istituito un centro di riferimento sulla MdG per promuovere e produrre attività in ambito sanitario che tengano conto degli obiettivi di salute diversi per sesso e genere attraverso la ricerca, la formazione/comunicazione/divulgazione e la creazione della rete nazionale dei centri.

Per quanto riguarda la ricerca, il centro di riferimento ISS comprende le due sezioni di prevenzione e di fisiopatologia genere specifica che collaborano strettamente fra loro, e un'area trasversale sui fattori di salute che riguardano le popolazioni fragili, sempre in un'ottica di genere. Si studiano i fattori che determinano le differenze genetiche legate ai cromosomi sessuali e anatomici, epigenetici, il ruolo dei micro RNA, stili di vita, ambiente, diversa risposta all'esposizione a fattori tossici, antigeni ambientali, microbiota (che costituiscono quasi un anello di congiunzione fra stili di vita e quindi nutrizione e ormoni sessuali di cui ne influenza la sintesi) ma anche la fisiologia e lo studio cellulare. L'obiettivo è individuare marcatori diagnostici, prognostici e nuovi bersagli terapeutici genere specifici. L'attività di formazione e comunicazione si sviluppa tramite il sito internet ISS SALUTE con schede di consultazione per il cittadino, una sezione sulle fake news, INFO TRANS dedicato a benessere e salute delle persone trans gender, le pagine su EPICENTRO dedicate alla MdG e la newsletter periodica.

Il contributo alla rete nazionale per la MdG ha permesso che in Italia si creasse un substrato scientifico e culturale necessario e utile perché anche la politica comprendesse l'importanza della MdG. Politica che, per la prima volta in Europa, ha promulgato una legge: la n. 3/2018. Essa prevede l'inserimento nella medicina del parametro "genere" sia nella sperimentazione clinica dei farmaci (Art.1) che nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e formativi per studenti e professionisti della salute e a livello di popolazione (Art.3). La stessa legge ha previsto la predisposizione di un **Piano nazionale per l'applicazione e diffusione della MdG** realizzato congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Centro di riferimento MdG dell'ISS avvalendosi di

3 Direttore del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere ISS

un tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali con il contributo della rete degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di Aifa e Agenas.

Il Piano identifica due sezioni:

1. una di inquadramento generale su cosa si intende per MdG, gli ambiti prioritari d'intervento, l'importanza di un approccio di genere in sanità, il contesto internazionale e nazionale sulla MdG;
2. una più specifica su principi e obiettivi, strategie di governance per la sua implementazione e le azioni per le quattro aree d'intervento in cui si articola:
 - Area A) Percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
 - Area B) Ricerca e innovazione
 - Area C) Formazione e aggiornamento professionale
 - Area D) Comunicazione e informazione, specificando attori coinvolti e indicatori per ogni azione.

25

Per attuare le azioni di promozione, applicazione e sostegno alla MdG previste dal Piano è stato istituito, presso l'ISS, l'Osservatorio dedicato alla MdG che coinvolge gli altri enti vigilati dal Ministero della Salute e numerosi altri soggetti nazionali. L'obiettivo è assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano con costanti aggiornamenti in base ai risultati da fornire al Ministro della Salute per il report annuale alle Camere sulle azioni attuate sul territorio nazionale. Sei i gruppi di lavoro: percorsi clinici, ricerca e innovazione, formazione universitaria e aggiornamento professionale, comunicazione e informazione per target specifici (popolazione, personale sanitario, giornalisti), farmacologia di genere, disuguaglianza di salute legate al genere e stesura dei protocolli di ricerca preclinica, clinica e farmaceutica, preparazione di percorsi diagnostico-terapeutici che tengano conto delle differenze di genere. A livello di Regioni, a inizio 2020, si è costituito un tavolo tecnico-scientifico formato dai rispettivi referenti regionali esperti nominati dagli Assessori alla Salute con l'obiettivo di costruire, attivare e condividere percorsi di formazione, divulgazione e politiche sanitarie in ottica di genere. La situazione è ancora a macchia di leopardo. Anche gli Ordini professionali, che rappresentano gli attori del Piano nazionale, partecipano alla formazione e diffusione della MdG tramite la nomina di un proprio referente impegnato a sviluppare una cultura di genere. A livello universitario, il MIUR (Ministero dell'Università e della Ricerca) ha iniziato a inserire nei programmi formativi temi di genere sia nei progetti di ricerca sia negli indirizzi universitari, anche qui non ancora in modo uniforme sul territorio. Circa l'80% dei corsi di Medicina e Chirurgia italiani ha inserito o sta inserendo l'approccio sesso/genere negli obiettivi e negli insegnamenti della propria formazione.

È ormai assodato il fatto che i sistemi sanitari debbano basarsi sui bisogni reali delle persone ed essere adeguati ai progressi della medicina, una medicina che ha evidenziato come donne e uomini presentano differenze significative in tutte le branche mediche e nella risposta alle terapie. La MGS può migliorare l'appropriatezza, ridurre le spese sanitarie e diventare motore di sviluppo del Paese.

Grande interesse ha suscitato la **TAVOLA ROTONDA "Dove stiamo andando? Il piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere: quali criticità da affrontare e quali obiettivi da raggiungere"**.

Il tema è stato approcciato a 360° a partire da **Teresita Mazzei**⁴ che ha parlato su "La responsabilità degli Ordini Professionali e il ruolo della Farmacologia" e, a seguire, da **Cecilia Politi**⁵ su "Le Società Scientifiche". Per la FNOMCeO è intervenuto **Franco Lavallo**⁶ su come la Federazione ha scelto di affrontare la MdG affinché tutti i medici arrivino a praticare una MGS acquisita come patrimonio formativo professionale trasversale e non come branca specialistica a sé stante, affermando che:

26

"solo quando arriveremo a cancellare la parola 'genere' e rimarrà unicamente la parola 'medicina', potremo sentirci orgogliosi del nostro lavoro nell'approccio individualizzato al paziente nella sua specificità. La Federazione lavora per raggiungere quanto prima questo obiettivo chiedendo a ogni ordine provinciale di individuare un referente per arrivare a tale risultato e raccordarsi con altre istituzioni".

**Dove stiamo andando?
Il piano per l'applicazione
e la diffusione della
Medicina di Genere: quali
criticità da affrontare
e quali obiettivi da
raggiungere.**

Sulla formazione Lavallo è stato molto determinato nel riservare alle università il compito di preparare gli studenti di medicina e lasciare la formazione della comunità professionale in capo agli ordini sia come ECM per gli operatori sanitari (con il meccanismo premiante di 1,3 crediti/ora per i corsi in MdG) sia come formazione dei formatori. La Federazione, sempre molto attenta alle diversità e disuguaglianze, sta lavorando sulle mutilazioni genitali femminili con un tavolo tecnico al riguardo.

4 Professore ordinario (fuori ruolo) Università degli Studi di Firenze, Cattedra di Chemioterapia, Facoltà di Medicina e Chirurgia

5 Responsabile Area Medicina di Genere F.A.D.O.I.

6 Delegato FNOMCeO nell'Osservatorio Ministeriale per la MdG

Il **prof. Walter Malorni**⁷ ha illustrato la complessità della ricerca biomedica nei due aspetti: preclinico e clinico, sottolineando come lo sviluppo e la scoperta di un farmaco sia un percorso lungo e complicatissimo. Su 5-10mila composti solo 250 arrivano alla fase preclinica e 5 forse alla fase clinica. Occorrono poi altri 6-7 anni per arrivare all'approvazione: 12 anni in totale. L'industria farmaceutica è partita circa a metà dell'Ottocento, ma solo dopo la tragedia del Talidomide è stata promulgata una legge sulla sperimentazione dei farmaci dal punto di vista di efficacia e sicurezza. Malorni ha poi rilevato come sia ancora troppo esiguo l'inserimento di soggetti femminili nelle varie fasi della ricerca, sia per gli animali sia per l'uomo, arrivando a chiedersi se si dovrà arrivare ad un altro 'talidomide' per cambiare tale situazione.

La visione internazionale sulla MdG è stata affrontata da **Anna Maria Moretti**⁸, prima italiana presidente dell'International Gender Society (IGM), nominata nel 2022 in occasione del convegno internazionale di Padova. Moretti ha tracciato i focus su cui è impegnata la società internazionale IGS (aspetti clinici, ricerca, salute pubblica-prevenzione, comunicazione e rete delle società scientifiche internazionali, internazionalità della ricerca, pubblicazioni); ne ha elencato gli obiettivi (conoscenza, incremento dei curricula formativi per soggetti capaci di parlare e insegnare la MdG) e gli impegni (revisione dello statuto per facilitare l'adesione delle società scientifiche internazionali; revisione del sito per rendere conto dell'importanza dell'IGM, dare spazio alle società scientifiche e far conoscere in tempo reale cosa si fa in altri paesi; attività scientifiche come ricerche, pubblicazioni monotematiche; definizione dei programmi di formazione avvalendosi anche dei nuovi strumenti; coinvolgimento di Grecia, Francia e Svizzera ma anche Malta, Spagna in una più ampia visione internazionale; aumento delle società scientifiche aderenti; adesione dei giovani; attivazione di una newsletter e candidatura dell'Italia come sede del prossimo convegno internazionale).

27

A chiudere la Tavola rotonda **Loreley Bianconi** che - nel puntualizzare le competenze istituzionali tra Stato, Regioni/ASL, Comuni in tema di assistenza sanitaria - ha rimarcato che la Medicina è un'arte, l'arte di prendersi cura dei pazienti in tutti i loro aspetti, biologici, psicologici, socio culturali e socio economici. E il rapporto medico-paziente è uno strumento di quest'arte, l'ampiezza e la qualità della formazione medica sono fondamentali per poter affrontare la cura delle persone con adeguatezza ed equità. Al centro del lavoro del medico deve esserci la presa in carico del paziente e dei suoi bisogni sanitari (prevenzione, cura e terapia). Dunque - conoscendo e applicando il concetto di genere - si garantisce ad ogni persona la cura migliore nel rispetto di differenze che vanno anche oltre le classiche categorizzazioni maschio/femmina per arrivare ad un'effettiva «personalizzazione della terapia» da coniugarsi ai vari livelli organizzativi.

Una mattinata interessante, intensa e produttiva, come dimostrato dai diversi interventi nella discussione finale.

7 Direttore scientifico Centro per la Salute Globale Università Cattolica del Sacro Cuore Roma, Università di Roma Tor Vergata, già Direttore del Centro di Riferimento per la Medicina di Genere ISS

8 Presidente Società Internazionale di Medicina di Genere, Presidente GISeg



ZONA D'OMBRA di Renato Luigi Rossi Il Pensiero Scientifico Editore 2022

di Marco Grassi

28

IL PARADIGMA biomedico-positivista e deterministico (certezza, prevedibilità, controllo da parte di una scienza esatta e dalle promesse illimitate) domina l'immaginario e le aspettative delle persone. I concetti medici sono di solito percepiti a un livello estremamente semplificato di codifica: le persone ragionano generalmente in termini di nessi causali lineari e rigidi appresi o modulati dall'esperienza quotidiana e risolvono (o quantomeno tentano di risolvere) problemi in maniera pragmatica col maggior risparmio di tempo e di energie. Anche i concetti medici sono di solito percepiti ad un livello di codifica estremamente semplificato secondo una logica on/off. Una diagnosi, una terapia, uno stile di vita sono considerati secondo una logica tutto o nulla: o funziona o non funziona, una malattia o c'è o non c'è. Nella realtà, tuttavia, non esiste solo il bianco e il nero ma più spesso una scala di grigi e quanto più il «grigio» si avvicina agli estremi della scala maggiore è l'incertezza nel definirlo. Analogamente in medicina, soprattutto nelle cure primarie, l'abilità a tollerare l'incertezza è invece essenziale. Non a caso l'autore del libro "Zona d'ombra" è un medico di medicina generale

che, con coraggio, esperienza e competenza, accompagna il lettore in un viaggio attraverso situazioni cliniche esplicative dell'incertezza che, nelle sue parole, «accompagna sempre il medico nel suo agire quotidiano», anche se spesso la sua importanza è sottorappresentata e le conseguenze, se non ignorate, almeno sottovalutate. Renato Rossi descrive storie (pazienti, familiari, medici), casi reali in cui i dati biografici (*habitus* psicologico e capacità di far fronte alla malattia/essere malato, contesto psico-sociale, familiare e lavorativo) rivestono importanza tanto quanto i dati biologici. Storie che evidenziano i limiti della scienza e le difficoltà dei medici nell'affrontare/ammettere il "non certo". Questo è inoltre inevitabilmente connesso con l'errore per cui, come scrive l'autore, «parlarne è sempre doloroso e ogni medico trova difficoltà ad ammettere di aver sbagliato». Un "non certo" che i media tendono ad occultare o ignorare *tout court* con una offerta informativa enorme dove i progressi della medicina sono descritti in modo trionfale e i risultati negativi come frutto degli errori dei medici.

Il libro, scritto bene e altrettanto ben documentato, fornisce diverse prospettive per inquadrare il

Zona d'ombra

Dubbi e incertezze
tra pazienti
e medicina dell'evidenza

 Il Pensiero Scientifico Editore

«problema incertezza» a partire dalla diagnosi, non sempre agevole, raggiunta con difficoltà, talvolta impossibile nonostante ricoveri e numerosi accertamenti diagnostici (caso limite i cosiddetti MUS Medically Unexplained Symptoms) ma che per il paziente è ritenuta «dovuta» come frutto di un percorso logico che deve consentire sempre una risposta. Nel libro vengono poi affrontate le altre cause di incertezza della pratica medica come i fenomeni biologici variabili da persona a persona documentando altresì come le soglie di normalità e di intervento di parametri come glicemia, pressione arteriosa, colesterolo sono cambiati nel corso degli anni con relative incertezze nella pratica quotidiana. Gli stessi accertamenti di laboratorio, radiologici e strumentali sono spesso motivo di dubbio per l'intrinseca variabilità analitica e biologica degli esami di laboratorio e la variabilità delle performance dei test diagnostici in termini di sensibilità e specificità. Incertezze che vengono analizzate dall'autore fornendo argomenti di discussione sulla gestione di risultati alterati ma che possono normalizzarsi nel tempo

o di reperti quali gli «incidentalomi» che conducono inevitabilmente alla «cascata diagnostica» che riporta spesso al punto di partenza. Infine, il libro fornisce un'utile chiave di interpretazione della «zona d'ombra», compatibile con l'evoluzione del rapporto medico-paziente e paziente-sistema di diagnosi e cura – rapporti che attualmente non godono purtroppo di ottima salute. È essenziale una condivisione «positiva» dell'incertezza, variabile sempre presente quanto inevitabile, che non va occultata o «risolta» attraverso la «medicina difensiva» ma accettata e affrontata come occasione di confronto con il paziente che va informato e reso partecipe dei molti «non so» della Medicina per arrivare ad un reale «consenso informato» e quindi ad una condivisione delle scelte. Una forma di «negoiazione» che è una caratteristica peculiare della metodologia clinica della Medicina Generale, frutto di una relazione fra il «sapere scientifico» del medico e il «sapere profano» del paziente, esperto di se stesso, dei suoi disturbi, delle sue preferenze, desideri, aspettative. Metodologia che anche in questo ambito di diagnosi e cura si va sempre più perdendo, con i pazienti sempre più orientati alla conferma diagnostica strumentale con gli accertamenti che, anziché strumento di conoscenza, sono divenuti oggetti di conoscenza «in sé», rischiando di perdere il loro significato originale di strumento, sia per il paziente che per il medico, di aiuto alla diagnosi e alla comprensione della malattia. Rossi non ci fornisce consolatorie certezze, però sicuramente alla fine del libro il lettore potrà affrontare con maggiore consapevolezza la zona d'ombra, diventata un po' meno oscura.

semiseria... mente



di Saverino La Placa

30

INDOVINELLO

ARMANDO È CELIBE E FIGLIO UNICO. Quando morì il padre ereditò una grande casa nella quale tutti gli anni trascorre l'estate. In un giorno di aprile i vigili urbani videro che le luci della casa erano accese e andarono a controllare; quando i vigili suonarono alla porta aprì una ragazza che disse loro che lo zio era occupato e non poteva riceverli e li pregò di tornare il giorno successivo per salutarlo. I vigili, però, non credettero alla storiella: perché?

GIOCO CON NUMERI

MI SAPRESTE DIRE qual è il numero intero che, diviso per la sua metà, dà come risultato il suo doppio?

REBUS (10, 8, 10)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: **"La campana"**.

Spiegazione del rebus: "N" "EUROPA" "TIA" "ASSO" "NA" "LE" (**Neuropatia Assonale**).

Spiegazione del gioco con numeri: **"Si imposta il sistema $4x - 5y = 12$; $x + y = 12$ e risolvendo si ha: $y = 4$ e $x = 8$ ".**

corsi, convegni e attività culturali

CONVEGNO ECM "OBESITÀ E GENERE: IL PESO DELL'EVIDENZA"

Save the date: sabato 30 settembre 2023

Hotel Sporting di Rimini

Sul sito dell'Ordine www.omceo.rn.it sarà pubblicato il programma dettagliato dell'evento e la modalità di iscrizione.

GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA OMCEO RIMINI

Save the date: Domenica 8 ottobre 2023

Grand Hotel di Rimini

CONVEGNO "OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA (OTI) PER IL MMG E LO SPECIALISTA"

Rimini 4 novembre 2023 /sede da definire

Segreteria Scientifica: Dott. Luigi Targa, Direttore Sanitario,

Resp.le Centro Med Iperbarica, Domus Medica RSM, mail: ltarga7@gmail.com

31

The poster features a blue and white geometric design with a large white triangle on a blue background. The title 'Obesità e genere: il peso dell'evidenza' is written in white and pink. Logos for 'MEDICINA DI GENERE' and 'FNOMCeO' are at the top. The program includes a list of speakers, a schedule of topics and times, and contact information for the organizing center.

**Obesità e genere:
il peso dell'evidenza**

Con il patrocinio di
FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Moderatori:
Michela Semprini e Pierangelo Del Corso

8.30/9.00
Iscrizione partecipanti
Saluto del Presidente OMCEO Rimini, *Maurizio Grossi*
Introduzione della Coordinatrice Centro di Formazione
Medicina di Genere OMCEO Rimini, *Loreley Bianconi*

9.00/9.40
Obesità: una sfida globale per tutte le età, con
sfaccettature di genere, *Maria Rosaria Rizzo*

9.40/10.20
Obesità: genere e comorbidità, *Livio Luzi*

10.20/10.50
Discussione

10.50/12.10
Trattamenti personalizzati in base al genere
Approccio internistico, *Valeria Zaccheroni*
Approccio chirurgico, *Andrea Lucchi*
Approccio psicoterapeutico, *Fausta Sacchetti Rossi*

12.10/13.00
Discussione

13.00
Conclusioni e Questionario
di apprendimento
ai fini ECM

Convegno promosso
dal Centro di Formazione
Medicina di Genere OMCEO
Rimini

**Sabato
30 settembre 2023**

Hotel Sporting Rimini
Viale Vespucci, 20

La partecipazione al corso è gratuita e sono stati riconosciuti n. 5,2 crediti ECM ministeriali per n. 70 Medici Chirurghi e Odontoiatri
Informazioni e iscrizioni on-line sul sito www.omceo.rn.it



8^a EDIZIONE GIORNATA NAZIONALE DELLA SALUTE DELLA DONNA

di Giovanna Tommasini Grossi

32

LA VITA DELLA SEZIONE RIMINESE AMMI "Donne per la Salute" nella primavera - estate 2023, è stata caratterizzata da alcuni significativi eventi ed iniziative.

8^a EDIZIONE
GIORNATA NAZIONALE DELLA
SALUTE DELLA DONNA

In occasione **dell'8^a Giornata Nazionale della Salute della Donna (22 aprile 2023)** è stata organizzata una conferenza **"Medicina di Genere: la medicina delle differenze che garantisce equità ed appropriatezza in tema di Salute"**.

Relatrici, nonché nostre socie AMMI, la **Dott.ssa Laura Baffoni**, specialista in Medicina Interna e facente parte del *Centro di Formazione "Medicina di Genere" OMCEO di Rimini* e la **Dott.ssa Loreley Bianconi** - Medico di Medicina Generale e Coordinatrice del Centro di Formazione "Medicina di Genere" OMCEO di Rimini.

La medicina di genere (MdG), o meglio, la medicina genere-specifica è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali

(definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Una crescente mole di dati epidemiologici, clinici e sperimentali indica l'esistenza di differenze rilevanti nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie comuni a uomini e donne, nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici, nonché negli stili di vita e nella risposta ai nutrienti. È sempre più evidente e riconosciuta in medicina, sanità e ricerca la necessità di un'attenta valutazione di sesso e genere.

Oggi, parlare di Medicina di Genere, come dicono le Relatrici, significa sottolineare la richiesta di intraprendere approcci terapeutici sempre più personalizzati nella cura della persona, che quindi valutino l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana, sulla risposta alla terapia e sulla comparsa di effetti collaterali.

Quindi, perché tutti possano raggiungere il loro pieno potenziale di salute e benessere è necessario introdurre il concetto di Equità in Salute. Ed è proprio partendo da questo concetto che è stato discusso il ruolo dei determinanti sociali come fattori di disuguaglianza: il livello di mortalità per stessa patologia è molto più elevato negli strati di popolazione

economicamente svantaggiati e con bassi livelli socioculturali. Pertanto occorre attuare una medicina che si basi sull'appropriatezza della diagnosi e della cura in un'ottica di genere e che dia a ciascuno secondo necessità. Questo è un obiettivo non solo politico ma anche etico.

Un altro appuntamento culturale importante, che ci ha visto numerose, si è svolto a fine maggio 2023 con la visita alla mostra **"L'Arte della Moda" L'età dei sogni e delle rivoluzioni. 1789-1968** presso il Museo Civico San Domenico di Forlì.

Una sorprendente esposizione dedicata all'affascinante rapporto fra arte e moda.

Una mostra imponente con oltre 200 capolavori d'arte e 100 abiti che attraversano il tempo dall'epoca della rivoluzione francese fino a quella più recente del '68.

L'arte e la moda s'influenzano reciprocamente in un gioco delle parti che fa dell'arte lo specchio della società e della moda l'espressione di comunicazione, di cambiamento, di contemporaneità.

Ed ecco l'estate, sinonimo di allegria, vacanze, tempo libero, amici...

Come è nostra consuetudine, tutti gli anni festeggiamo questo tempo con la "cena d'estate" che solitamente chiude quella stagione intensa di attività e incontri.

Quest'anno abbiamo scelto il ristorante "Il Mulino" luogo dal sapore antico, dal momento che il ristorante è ricavato da un vecchio mulino ad acqua del 1400, lungo la riva sinistra del fiume Conca.

"Cena d'Estate tra le Note" perché la musica è stata protagonista della serata. La musica è quel linguaggio universale che è con noi da sempre ed è in grado di trasmettere emozioni, ricordi, pensieri.

D'estate poi la musica assume sempre un altro sapore: sa di buono, di fresco, sa di fiori e mare, sa di onde e sabbie e suoni delicati. Sa del canto delle cicale e dei grilli.

Ed è proprio questa musica che ci ha permesso di rivivere appieno la nostra vita associativa con spensieratezza ed allegria.



33



spazio FEDER.SP.eV.

di Mario Agostini Presidente di Sezione Rimini

Il testo della lettera che sarà inviata al Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, firmata da tutti i Presidenti Provinciali Federspev, per chiedere attenzione riguardo all'iniquo trattamento fiscale delle PENSIONI DI REVERSIBILITÀ.

Oggetto: TASSA SULLA VEDOVANZA

Illustrissimo Signor Presidente della Repubblica
On. le Dott. Sergio Mattarella

34

ci rivolgiamo a Lei ed all'Istituzione che rappresenta, nella veste di pensionati aderenti alla FEDER.S.P.eV. (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove), perché riteniamo che abbiate a cuore il superamento delle ingiustizie e l'attenzione alle persone deboli e bisognose.

Richiamiamo pertanto la Sua sensibilità ed attenzione sull'attuale regime di tassazione delle pensioni di reversibilità (sono tali sia le pensioni indirette per morte del *de cuius* in attività lavorativa, sia quelle a favore dei superstiti in caso di morte della persona già in pensione).

Tali pensioni sono prestazioni previdenziali (non regalie o forme assistenziali), che derivano dai contributi obbligatori versati a valore corrente dal lavoratore alla propria gestione previdenziale, infatti è compresa l'aliquota IVS, cioè invalidità, vecchiaia, superstiti. In parole semplici, il lavoratore paga i contributi non solo per assicurare a sé stesso la pensione in caso di invalidità e vecchiaia, ma anche per garantirla ai propri superstiti, *in primis* il coniuge e i figli.

Come tutte le prestazioni previdenziali, anche le pensioni di reversibilità costituiscono un reddito imponibile e vengono quindi tassate come redditi di pensione. Fanno eccezione le sole pensioni di reversibilità percepite dai familiari delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata.

Il trattamento economico di reversibilità riconosciuto dall'INPS (o da altro Ente previdenziale) ad alcuni familiari (come individuati dalla legge) del lavoratore o pensionato defunto è soggetto a tassazione ordinaria, quindi non si tratta di redditi esenti da Irpef, ma sottoposti a molteplici abbattimenti.

Il primo "taglio" alla pensione di reversibilità è rappresentato dall'aliquota di reversibilità stabilita dai vari Enti previdenziali: per l'INPS l'aliquota di reversibilità è del 60% a favore del coniuge superstite (il caso più frequente); per l'ENPAM (Ente Nazionale Previdenza Assistenza Medici) è del 70% e su tale diritto non operano le decurtazioni legate ai redditi del coniuge superstite, di cui diremo. L'aliquota di reversibilità subisce incrementi percentuali (fino al 100%), qualora oltre al coniuge nel nucleo superstite esistano uno o più figli o altri superstiti.

Il secondo taglio, che formalmente non è una "tassa", ma di fatto assume la connotazione di prelievo tributario, è rappresentato dalla legge Dini (L. 335/1995, art.1, c.41), che assoggetta la misura percentuale della reversibilità

al reddito del coniuge superstite. Sono considerati a tal fine: i redditi da lavoro e pensione propria, i fabbricati diversi dalla casa di proprietà abitata dal coniuge superstite, altri redditi personali. Non sono computati invece i trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni, eventuali altre pensioni di reversibilità, i redditi da capitale, interessi bancari, ecc.

Naturalmente i limiti di cumulabilità "non si applicano qualora il beneficiario faccia parte di un nucleo familiare con figli di minore età, studenti ovvero inabili".

Se invece il coniuge superstite è solo, sull'aliquota di reversibilità operano questi tagli:

- nessun abbattimento se i redditi non superano complessivamente le 3 volte il minimo INPS, che nel 2023 vale 563,74 €, e cioè $563,74 \times 3 \times 13$ mensilità = 21.985,86 €/anno;
- taglio del 25% se i redditi superano le 3 volte il minimo INPS fino al limite delle 4 volte il minimo, e cioè da 21.985,87 a 29.314,48 €/anno;
- taglio del 40% se i redditi superano le 4 volte il minimo fino al limite delle 5 volte, e cioè da 29.314,49 a 36.643,10 €/anno;
- taglio del 50% se i redditi superano le 5 volte il minimo INPS, quindi nel 2023 i 36.643,10 €.

Con le disposizioni anzidette, l'aliquota di reversibilità (60% in caso di coniuge superstite solo) è ridotta al 45% (in caso di taglio del 25%); al 36% (in caso di taglio del 40%); al 30% (in caso di taglio del 50%).

Il terzo taglio deriva dal sistema di tassazione e dalle aliquote Irpef oggi in vigore (23% fino a 15.000 €; 25% da 15.001 a 28.000 €; 35% da 28.001 a 50.000 €; 43% oltre 50.000 €), che prevede una aliquota diversa per ogni scaglione di reddito. La pensione di reversibilità, andando a cumularsi con gli altri redditi del coniuge superstite, verrà così tagliata in base all'aliquota Irpef marginale. In questo modo è facile superare la soglia reddituale di 28.000 €/anno, o di 50.000 €/anno, con scatto dell'aliquota fiscale rispettivamente del 35%, ovvero del 43%, cui sono ancora da aggiungere i prelievi di competenza regionale e comunale (addizionali all'Irpef).

La pensione di reversibilità, già ridotta dalla legge Dini fino al 30%, può così scendere anche sotto il 20%.

Questa non è più una tassazione "progressiva", ma un prelievo esoso, con spogliazione di diritti previdenziali acquisiti.

Se poi il beneficiario della reversibilità è anche pensionato (ad esempio pensione diretta di vecchiaia o anticipata), la ritenuta Irpef viene determinata sull'ammontare complessivo delle pensioni erogate dall'INPS, o da altri Enti, registrate nel Casellario Centrale delle Pensioni, e assoggettate alla tassazione ordinaria.

Si registra così il quarto ed ultimo taglio sulle pensioni di reversibilità, quello che riguarda la perequazione annuale delle pensioni in godimento. Secondo l'ultima legge di bilancio (L. 197/2022) la perequazione delle pensioni di importo complessivo oltre le 10 volte il minimo INPS (cioè da 5.243,81 €/mese lordi in poi) sono rivalutate nel 2023 solo del 32% (+ 2,336%) rispetto al 100% (+ 7,300%) dell'inflazione accertata dall'Istat.

Per i pensionati con redditi inferiori a 55.000 € annui spetta una detrazione per aver percepito redditi da pensione, oltre naturalmente alla *no tax area* per i redditi fino ad 8.000 €/anno, nonché una minima norma di salvaguardia è prevista anche per i tagli grossolani della legge Dini sulle pensioni di reversibilità, ma tutto ciò non inficia minimamente i ragionamenti finora sviluppati.

Prova ne sia che la Corte dei Conti, nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021, ha chiesto di ripensare il sistema di tassazione delle pensioni, denunciando il persistere di “sbilanciamenti” sui redditi medi, nonché “andamenti irregolari e distorsivi delle aliquote marginali effettive”, affermazioni che si confanno alle pensioni di reversibilità.

Inoltre, nella bozza del disegno di legge delega sulla riforma fiscale, all'art. 3, riguardante la *Revisione del sistema di imposizione personale sui redditi*, al punto1, sub b2, si legge “ridurre gradualmente le variazioni eccessive delle aliquote marginali effettive derivanti dall'applicazione dell'Irpef”.

Tuttavia la suddetta raccomandazione è stata ignorata nelle recenti discussioni presso le Commissioni competenti sulla revisione del sistema fiscale.

Tutto ciò premesso e considerato, sarebbe più giusto ed equilibrato:

- sottoporre le pensioni di reversibilità ad un prelievo fiscale semplificato, sulla falsariga della cedolare secca operante sugli affitti di casa registrati;
- ovvero sottoporre le pensioni di reversibilità alla tassazione separata rispetto alle altre pensioni, nonché alla propria specifica indicizzazione annuale, originando esse da vissuti di lavoro e contribuzione del tutto peculiari;
- ovvero ancora sottoporre tutte le pensioni degli ultra 75enni alla riduzione del prelievo fiscale del 5% fino agli 80 anni, e del 10% dagli 80 anni in poi, rispetto alle aliquote fiscali ordinarie. Sarebbe un modo per bilanciare, almeno parzialmente, il taglio al nostro sistema di welfare e di perequazione delle pensioni, specie quelle medio-alte, che ha imperversato negli ultimi 15-20 anni.

Evidentemente le ipotesi anzidette, da noi proposte, hanno impatto economico diverso ed andranno calibrate nei tempi e nei modi compatibili con i bilanci degli Enti gestori e con gli equilibri dei conti pubblici dello Stato. On. le Presidente, se Lei si farà coinvolgere dal nostro appello e dalle nostre buone ragioni, anche attraverso le Sue prerogative, cioè “sollecitando e stimolando il Parlamento ed il Governo ad intervenire su determinate questioni”, avrà dimostrato che la Sua lotta contro le ingiustizie e a difesa dei deboli (le vedove ed i vedovi sono tali sul piano umano, emotivo, sociale, economico, con l'aggravante del decadimento psico-fisico da età) è effettiva e concreta, non solo narrazione propagandistica.

Malauguratamente, in caso contrario, l'Italia continuerà ad essere il Paese europeo che, sul piano fiscale, tratta peggio i propri pensionati, dimenticando il servizio da loro reso in attività di lavoro ed il fondamentale sostegno al bilancio dello Stato in condizione di quiescenza. Non è una “bella patente”.

La ringraziamo anticipatamente e Le auguriamo salute e buon lavoro.

variazione agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 maggio 2023

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ANTONINI Agnese	di Rimini
dott.ssa BERTI Mirea	di San Marino
dott. CARDELLINI Lorenzo	di Cattolica
dott. CARLINI Andrea	di Riccione
dott.ssa DEL MAGNO Aurora	di Riccione
dott.ssa DONATI Chiara	di Poggio Torriana
dott.ssa MASINI Alessandra	di Cattolica
dott.ssa RIGHINI Giorgia	di Rimini
dott. SERAFINI Andrea	di Rimini
dott. VENTURINI Enea	di San Marino

37

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott.ssa CAMELA Federica	da Bologna
dott. GASPERONI Lorenzo	da Forlì-Cesena

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. FERRI Massimo	decesso (05.05.2023)
dott.ssa MARCACCIO Maria Luisa	trasferimento a Bologna
dott. SERVADEI Roberto	decesso (21.05.2023)

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DELL'11 LUGLIO 2023

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ANTONELLI Matilde	di Rimini
dott.ssa BIANCHI Alessia	di Santarcangelo di Romagna
dott.ssa CAMPANA Marta	di Rimini
dott.ssa DENICOLO' Maria Vitoria	di Santarcangelo di Romagna
dott. DE DONATO Giordano Saverio	di Rimini
dott.ssa DELVECCHIO Cecilia	di Rimini
dott.ssa GALLAVOTTI Paolina	di Santarcangelo di Romagna
dott. GAROIA Federico	di Riccione
dott.ssa GAUDENZI Francesca	di Riccione
dott.ssa MAGNANI Viola	di Bologna - domicilio a Rimini
dott.ssa MUGGIOLI Greta	di Rimini
dott. PASKOV Todor Vassilev	di Novafeltria
dott.ssa ROCCHI Maria	di Rimini
dott. ROVELLI Nicolò	di Montefiore Conca

variazione agli albi

dott. SCAPAROTTI Riccardo
dott. TAMBURINI Filippo
dott. TONINI Leonardo
dott.ssa VENTURI Matilde

di Rimini
di Rimini
di Santarcangelo di Romagna
di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGI:

dott. ANGELI Marino Edgardo
dott. CROCIATI Renzo
dott. MORETTI Angelo

decesso (11.06.2023)
cessata attività
decesso (22.06.2023)

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. ANGELI Marino Edgardo

decesso (11.06.2023)

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 7 AGOSTO 2023

38

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGI:

dott. BALLARINI Tommaso
dott.ssa BERNARDI Sofia
dott.ssa BORDONI Francesca
dott. FONTIJIN Andrea
dott.ssa ROMANO Giorgia
dott.ssa SIMEOLI Laura
dott.ssa VANNI Elena

di Novafeltria
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Riccione
di San Giovanni in Marignano

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGI per trasferimento:

dott.ssa MAREZZA Francesca

da Mantova

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa BECCARI Arianna
dott. CATELLA Alberto
dott. D'ALESSIO Leonardo
dott. MALILE Andi

di Novafeltria
di Rimini
di Bellaria Igea Marina
di Riccione

Scuola di Etica Medica di Rimini



XI Corso di alta specializzazione di etica medica

“ La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su larga scala
Rudolf Virchow (1821-1902)

[...] humanity must do more than just adapt: we need transformative changes across many sectors – energy, built environment, transport, manufacturing, food, and health care – to reduce the environmental footprints of society
Andy Haines e Howard Frumkin, *Planetary Health*, 2021

Programma

Moderatori: **Mario Bartolomei** e **Andrea Santarelli** - Co-moderatori: **Massimo Montesi** (7 ottobre 2023, 20-21 ottobre 2023) e **Annamaria Fantauzzi** (10-11 novembre 2023)

MOD. 1 LE FRONTIERE DELLA MEDICINA

Venerdì 22 settembre 2023 - c/o Centro Congressi SGR

15.00-15.20 Saluto delle autorità

15.20-15.40 Saluto del Presidente - *Maurizio Grossi*

15.40-16.00 Introduzione al corso - *Mario Bartolomei*
e *Andrea Santarelli*

16.00-17.00 Questioni bioetiche: cognitive enhancement e neurodoping - *Andrea Lavazza*

17.00-17.15 Pausa lavori

17.15-18.15 Questioni bioetiche: le basi neurobiologiche dei comportamenti antisociali - *Pietro Pietrini*

18.15-19.00 Discussione

Cocktail di benvenuto

Sabato 23 settembre 2023 - c/o Centro Congressi SGR

9.00-10.00 Il ruolo del medico nella società tra realtà e fake news: immunologia e vaccini - *Andrea Cossarizza*

10.00-11.00 Scienza e divulgazione: alla ricerca di un punto di equilibrio. Conversazioni su giornalismo e responsabilità dell'informazione
Simona Mulazzani

11.00-11.15 Pausa lavori

11.15-12.15 Tavola rotonda

12.15-13.00 Discussione

13.00-13.15 Compilazione questionario ai fini ECM

MOD. 2 L'ETICA E I SUOI PRINCIPI

Sabato 7 ottobre 2023 - c/o Sala Riunioni Omceo Rimini

9.00-10.00 Bioetica: norma, valore, libertà
Piergiorgio Donatelli

10.00-11.00 I principi bioetici alla prova della pratica clinica: la cura del paziente in età evolutiva
Gabriele Bronzetti

11.00-11.15 Pausa lavori

11.15-12.15 I principi bioetici alla prova della pratica clinica: la cura del paziente in età geriatrica - *Monica Torrini*

12.15-13.00 Discussione

13.00-13.15 Compilazione questionario ai fini ECM

Docenti

ANELLI FILIPPO Medico, Presidente della FNOmCeO

BARTOLOMEI MARIO Cardiologo e Avvocato, Direttore della Scuola di Etica Medica - OMceO di Rimini

BODINI CHIARA FRANCESCA Medico, Collaboratrice presso il Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) - Università di Bologna

BOELLA GUIDO Prof. ordinario di Informatica - Università di Torino, Confondatore della Società Italiana per l'Etica dell'Intelligenza Artificiale (SpEIA)

BOTTARI CARLO Prof. ordinario di Diritto Sanitario - Università di Bologna

BRANDIMARTE LAURA PhD Assistant Professor of Management Information Systems, Eller College of Management - University of Arizona

BRONZETTI GABRIELE Cardiologo, Cardiologia Pediatrica - IRCCS Policlinico di S. Orsola, Bologna

CAITANO ADRIANO Epidemiologo - già operativo

presso l'OMS, Ginevra, e l'IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo, Trieste

COSSARIZZA ANDREA Prof. ordinario di Patologia Generale e Immunologia - Università di Modena e Reggio Emilia

DONATELLI PIERGIORGIO Prof. ordinario di Filosofia Morale - Università Sapienza, Roma

FANTAUZZI ANNAMARIA Antropologa e Psicologa clinica, Prof.ssa a contratto di Antropologia Medica e Culturale - Università di Torino, Presidentessa di Prati-Care Onlus

FARALLI CARLA Prof.ssa emerita di Filosofia del Diritto e Bioetica - Università di Bologna

FATEH-MOGHADAM PIROUS Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Responsabile del Servizio Osservatorio Epidemiologico - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

LAVAZZA ANDREA Prof. a contratto di Neuroetica -

Università di Milano e Università di Pavia

MAZZON DAVIDE Già Direttore dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione - Osp. di Belluno, Prof. a contratto di Bioetica - Università di Padova

MONTESI MASSIMO Chirurgo, già Direttore della Scuola di Etica Medica - OMceO di Rimini

MORETTI VERONICA Ricercatrice (Senior Assistant Professor), Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia - Università di Bologna

MULAZZANI SIMONA Giornalista - Direttrice Icaro TV

PERIN MARTA Ricercatrice sanitaria, Unità di Bioetica, Medicina Legale e Bioetica - Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

PIETRINI PIETRO Psichiatra, Prof. ordinario di Biochimica Clinica e Direttore del Molecular Mind Laboratory - Scuola IMT Alti Studi, Lucca

RATTI STEFANO Prof. ordinario di Anatomia Umana e

Responsabile del Laboratorio di Traduzione del Segnale - Università di Bologna

REMONDINI DANIEL Prof. ordinario di Fisica Applicata, Dipartimento di Fisica e Astronomia - Università di Bologna, Responsabile del Laboratorio di Data Science e Bioinformatica - IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche, Ospedale Bellaria, Bologna

RICCI ANNARITA Prof.ssa associata di Diritto Privato - Università G. d'Annunzio, Chieti-Pescara

SANTARELLI ANDREA Cardiologo e Direttore dell'U.O.C. di Cardiologia - Osp. Bufalini, Cesena, Segretario della Scuola di Etica Medica - OMceO di Rimini

TICCHI NICOLE Comunicatrice scientifica e Communication Manager - Clust-ER Health Salute e Benessere, Bologna

TORRINI MONICA Geriatra, Geriatria-UTIG - Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Sabato 11 novembre 2023 - c/o Centro Congressi SGR

9.00-10.00 Salute e prevenzione dei conflitti armati
Pirous Fateh-Moghadam

10.00-11.00 L'armamentario essenziale della riflessione bioetica e giuridica di fronte alle crisi globali - *Carlo Bottari*

11.00-11.15 Pausa lavori

11.15-12.00 Discussione

12.00-12.15 Compilazione questionario ai fini ECM

MOD. 5 LA MEDICINA TRA FORME DI COMUNICAZIONE INNOVATIVA, RAGIONAMENTO CLINICO E ORGANIZZAZIONE

Venerdì 24 novembre 2023 - c/o Centro Congressi SGR

15.00-16.00 I fumetti come mezzo di divulgazione medica
Stefano Ratti

16.00-17.00 Graphic medicine e formazione medica
Veronica Moretti

17.00-17.15 Pausa lavori

17.15-18.15 Discussione

Sabato 25 novembre 2023 - c/o Centro Congressi SGR

9.00-10.00 L'azione dei comitati per l'etica nella clinica: un sentiero impervio tra scienza e appropriatezza?
Marta Perin e Davide Mazzon

10.00-11.00 Consenso informato e shared decision making: le potenzialità innovative della legge n. 219/2017
Carla Faralli

11.00-11.15 Pausa lavori

11.15-12.00 Discussione

12.00-12.15 Compilazione questionario ai fini ECM

Per ogni modulo sono stati richiesti al Ministero della Salute i crediti ECM per Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Con il patrocinio di



Sede del Corso

Centro Congressi SGR,

Via Chiabrera 34/D

Rimini

Segreteria Scientifica

Mario Bartolomei

Direttore della Scuola di Etica Medica di Rimini

Andrea Santarelli

Segretario della Scuola di Etica Medica di Rimini

Segreteria Organizzativa

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

della provincia di Rimini

Via Flaminia 185/B - Rimini


Tel 0541. 382144 - info@omceo.rn.it

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Online sul sito dell'Ordine

www.omceo.rn.it a partire dal 4 settembre 2023

la partecipazione è gratuita



*Ciò che mi spaventa non è
la violenza dei cattivi;
è l'indifferenza dei buoni.*

Martin Luther King