

# il Notiziario

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



anno XXV numero 4  
ottobre-dicembre 2023





# il Notiziario

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

Anno XXV, Numero 4  
ottobre-dicembre 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. Fabio Bruscoli – medico chirurgo anestesista  
dott.ssa Silvia Cola – U.O. pronto soccorso ospedale Infermi Rimini  
dott.ssa Annalisa Gabriele – U.O. pronto soccorso ospedale Infermi Rimini  
dott.ssa Ilaria Gessaroli – U.O. pronto soccorso ospedale Infermi Rimini  
dott. Gianni Morolli – medico di medicina generale  
dott.ssa Tiziana Perin – U.O. pronto soccorso ospedale Infermi Rimini  
dott. Emilio Rastelli – medico chirurgo reumatologo  
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. donne per la salute Sezione di Rimini

## **Referenze iconografiche:**

pag. 5: tratta dal web  
pag.8: Archivio OMCEO Rimini  
pag. 9: foto dell'autore  
pag. 12-13-14: Archivio OMCEO Rimini  
pag. 32: tratta da web (Getty Images)  
pag. 39: tratta da web  
pag. 42-43-44-45: tratta da web  
pag. 48: tratta da web

## **In copertina:**

Foto Archivio OMCEO Rimini

## **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

# 4/2023

## sommario

### Editoriale

- 4 I PRIMI 45 ANNI DEL SSN  
di Maurizio Grassi

### Il punto redazionale

- 6 di Marco Grassi

### Sanità Locale

- 9 UNA NOMINA PRESTIGIOSA PER  
VANESSA AGOSTINI:  
UNICA ITALIANA NEL GRUPPO  
DI ESPERTI OMS DI MEDICINA  
TRASFUSIONALE.

di Antonella Chiadini

#### PAZIENTE ANEMICO:

NUOVO PERCORSO PER LA PRESA IN  
CARICO PRECOCE AMBULATORIALE.

di Silvia Cola, Ilaria Gessaroli,  
Annalisa Gabriele e Tiziana Perin

### Vita dell'Ordine

- 12 QUATTORDICESIMA GIORNATA DEL  
MEDICO E ODONTOIATRA  
la redazione

### Focus sulla professione

- 15 LE PAROLE:  
SONO IMPORTANTI?  
di Fabio Bruscoli

- 20 LE SCELTE DEGLI SPECIALIZZANDI  
NEL CONCORSO 2023  
LE PREFERENZE DEI FUTURI  
SPECIALISTI SONO UN SEGNALE DI  
DISIMPEGNO DAL SSN?  
di Marco Grassi

### Medicina di Genere

- 23 MEDICI DI MG "SENTINELLE"  
DEL TERRITORIO PER IL CONTRASTO  
ALLA VIOLENZA DI GENERE.  
di Loreley Bianconi

"GENDER MEDICINE: EFFECTS  
OF SEX AND GENDER ON  
CARDIOVASCULAR DISEASE  
MANIFESTATION AND OUTCOMES"

di Laura Baffoni

### Medici ma non solo

- 33 "QUI PRO QUO"  
di Gianni Morolli

### Tribuna

- 34 GUERRA IN UCRAINA:  
PROBLEMATICHE DELLA SANITÀ  
MILITARE IN UN CONFLITTO AD  
ALTA INTENSITÀ.  
di Emilio Rastelli

- 38 PER APPROFONDIRE  
di Marco Grassi

### Recensioni

- 40 EROICA, FOLLE E VISIONARIA  
STORIE DI MEDICINA SPERICOLATA  
SILVIA BENCIVELLI - 2023 BOLLATI  
BORINGHIERI  
di Mauro Giovanardi

- 42 RUBENS A PALAZZO TE  
di Maurizio Della Marchina

### Semiseria...mente

- 46 INDOVINELLO  
REBUS  
GIOCO CON NUMERI  
di Saverino La Placa

### Spazio Ammi

- 47 TEMA NAZIONALE:  
"CIBO ARTIFICIALE:  
OPPORTUNITÀ O MINACCIA?"  
di Giovanna Tommasini Grossi

- 49 Variazioni agli albi

- 50 Corsi e convegni



## I PRIMI 45 ANNI DEL SSN

di Maurizio Grossi

**I**L 24 OTTOBRE SI È TENUTO A ROMA il convegno "Valore salute: SSN, volano di progresso del paese" voluto dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, FNOMCEO, per celebrare i 45 anni del Servizio Sanitario Nazionale, un'eccellenza italiana. In tale occasione è stato presentato il Rapporto FNOMCEO-CENSIS sul "Valore economico e sociale del Servizio Sanitario Nazionale-una piattaforma fondamentale per il Paese" che ha studiato gli impatti economici e occupazionali - diretti, indiretti e indotti - della spesa sanitaria pubblica.

Che il SSN sia una eccellenza lo dimostrano i dati: l'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo ed è uno di quelli con la più alta aspettativa di vita senza disabilità. Ma il SSN è molto più di un semplice erogatore di prestazioni sanitarie, sicuramente indispensabili al benessere della vita degli italiani.

Nel convegno si è parlato del SSN come straordinaria piattaforma per lo sviluppo generale del Paese. Si è visto come esso è capace di creare valore economico, perché genera una grande domanda di beni e servizi per operatori economici di una molteplicità di settori; crea valore occupazionale poiché gli addetti che direttamente e indirettamente

fanno capo all'attività del servizio sanitario nazionale sono in quota molto elevata; incentiva e produce innovazione con un fitto intreccio tra ricerca e concreta attività sanitaria; crea coesione sociale poiché tutela la salute come diritto riconosciuto ai cittadini in una società in cui le disparità socioeconomiche si vanno ampliando.

Si è detto chiaramente che investire sul SSN conviene, perché oltre a far bene alla salute delle persone è un investimento redditizio per l'Italia. Ogni euro di risorse pubbliche investito in sanità genera quasi due euro di produzione in valore. Il Presidente Mattarella più volte nei suoi interventi pubblici ha detto che il Servizio Sanitario è **"un patrimonio prezioso, da difendere e adeguare"**, e **"presidio insostituibile di unità del paese"** e il suo potenziamento deve avere come riferimento **"la centralità della persona e dei suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive"**.

Parole che dovrebbero essere faro per il Governo Nazionale e Regionale. Oggi la spesa sanitaria in Italia è pari al 6,7% del PIL, inferiore alla Francia al 10,1%, alla Germania al 10,9%, alla Spagna al 7,4%. A fronte di risorse sempre più scarse, c'è la necessità di potenziare il SSN a causa della demografia regressiva con invecchiamento della popolazione

e rialzo delle cronicità e dei fabbisogni sociosanitari e assistenziali conseguenti. È evidente la necessità di cambiare direzione, non verso un definanziamento ma verso un incremento della percentuale del PIL da dedicare al SSN.

E questo auspicato aumento della spesa sanitaria pubblica, andrebbe fatto pensando non solo alla salute dei cittadini ma anche ad obiettivi di crescita economica, espansione della occupazione, promozione della ricerca e innovazione e miglioramento della coesione sociale.

Infine ogni intervento di spesa e programmazione sanitaria dovrebbe avere come obiettivo la "centralità della persona e dei suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive" come ci ha ricordato il nostro Presidente Sergio Mattarella. Andrà tutelato il cittadino nel suo contesto di vita superando le diseguglianze per territorio di residenza, e qui si dovrebbe parlare delle chiusure striscianti dei presidi ospedalieri

e territoriali nelle zone montane, ulteriore motivo per il progressivo spopolamento di vasti territori della nostra Regione e del Paese.

Ma questo è un altro argomento, sul quale torneremo presto.

**un patrimonio prezioso, da difendere e adeguare", e presidio insostituibile di unità del paese e il suo potenziamento deve avere come riferimento la centralità della persona e dei suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive.**

5

*Presidente Mattarella*

---

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

---

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

**GAZZETTA**  **UFFICIALE**  
 DELLA REPUBBLICA ITALIANA

**PARTE PRIMA**

**ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978**

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI  
 MENO I FESTIVI**

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101  
 AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508

---

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

**Istituzione del servizio sanitario nazionale.**

---

# il punto redazionale



di Marco Grassi

6

**C**ARE COLLEGHE, CARI COLLEGGHI anche quest'anno volge al termine con una «coda» di incertezze che non

fanno bene alla Professione. L'Istat ha documentato a più riprese – nelle diverse edizioni del suo Rapporto annuale al Parlamento – l'impatto dell'emergenza sanitaria sull'economia e sulla società e l'acuirsi delle disuguaglianze nei redditi e nelle opportunità, anche in relazione alle differenze territoriali nella dotazione di infrastrutture e nell'accessibilità e qualità dei servizi. Negli ultimi due anni, il persistere di fattori di crisi a livello internazionale ha determinato la risalita dell'inflazione, generando nuove forme di povertà e nuove esigenze di servizi sociali. La Professione non poteva non risentire – pesantemente – di questa situazione di «crisi».

**L'Editoriale** di Maurizio Grossi ne tratteggia i «contorni» riprendendo i contenuti del convegno "Valore salute: SSN, volano di progresso del paese" voluto dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, FNOMCEO, per celebrare i 45 anni del Servizio Sanitario Nazionale, un'eccellenza italiana. In questo contesto si «è detto chiaramente che investire sul SSN conviene, perché oltre a far bene alla salute delle persone è un investimento redditi-

zio per l'Italia. Ogni euro di risorse pubbliche investito in sanità genera quasi due euro di produzione in valore.» Contrariamente a quanto si ritiene – o viene fatto intendere – la spesa sanitaria non è una spesa a «perdere» ma ha un «moltiplicatore keynesiano» – come lo chiamano gli economisti – ben superiore all'unità: significa che per ogni euro speso lo Stato rientra di altrettanti sotto forma di tasse e contributi incassati, in pratica si autofinanzia. Ciononostante la spesa sanitaria è da molti lustri e da parte di ogni governo, oggetto di «tagli», più o meno abilmente dissimulati.

L'argomento è stato anche oggetto della *lectio magistralis* che il Presidente Nazionale della FNOMCEO, dottor Filippo Anelli ha tenuto nel corso della Quattordicesima Giornata del Medico e dell'Odontoiatra promossa dal nostro Ordine alla presenza di un folto pubblico di colleghi e familiari dei 55 medici e odontoiatri neolaureati che hanno fatto il solenne giuramento professionale e dei decani della medicina che hanno ricevuto un riconoscimento per i 50, 60 e 65 anni di laurea. Un breve resoconto e foto della «giornata» nella rubrica **Vita dell'Ordine**.

Le incertezza che circondano la «tenuta» del SSN si ripercuotono inevitabilmente anche sui giovani

medici che si apprestano ad entrare nel mondo del lavoro. Emblematiche dello stato di preoccupazione sul loro futuro sono le scelte degli specializzandi nel concorso 2023 analizzate nel dettaglio nella rubrica **Focus sulla Professione**. I giovani medici hanno lanciato un chiaro segnale di disaffezione dal SSN, segnale che avverte come stiano venendo al pettine decenni di politiche sanitarie caratterizzate dal disinteresse per le condizioni di lavoro dei medici, ispirate alla strategia del rinvio *sine die* dei contratti di lavoro e delle convenzioni, sia nella componente economica che normativa. Sempre nella stessa rubrica Fabio Bruscoli, con apparente leggerezza e ironia propone una riflessione sul nostro modo di comunicare, e di conseguenza sulla nostra relazione con l'altro. Una problematica che non ha solo rilievo deontologico ma potrebbe avere anche medico-legale, tanto che il Ministero della Salute ne ha fatto oggetto di specifica Raccomandazione (come del resto tante altre autorità sanitarie internazionali). La **Sanità Locale** pur gravata da tutti i problemi che angustiano il SSN cerca di mantenersi all'altezza del compito. La collega Vanessa Agostini, iscritta al nostro Ordine e che ha iniziato a Rimini la sua brillante carriera, Direttrice dell'U.O. Medicina Trasfusionale dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova è stata nominata dall'Oms, in accordo con il nostro Ministero della Salute, membro del gruppo consultivo di esperti in medicina trasfusionale (WHO Expert Advisory Panel on Blood Transfusion Medicine), unico membro italiano. Alla dottoressa Agostini vanno i complimenti e gli auguri di tutto l'Ordine. Dal primo maggio 2023 è in vigore presso l'Ospedale Infermi di Rimini

una nuova Istruzione Operativa che permette al Paziente anemico di essere avviato ad un percorso ambulatoriale specialistico direttamente dal Pronto Soccorso, dopo opportuna stabilizzazione clinica. Questo nuovo percorso, nato da una collaborazione tra i medici dell'U.O. Pronto Soccorso e i medici dell'U.O. Immunoematologia, garantisce un'appropriata presa in carico, in sicurezza, ed una fondamentale continuità di Cura al Paziente. Questa modalità operativa, oltre a garantire un abbreviato e semplificato percorso diagnostico-terapeutico di soggetti particolarmente fragili, sgrava pazienti e familiari di inutili attese evitando ricoveri impropri come evidenziato nell'articolo della dottoressa Perin e collaboratori. La «violenza di genere», purtroppo di stretta attualità, è stato il tema del convegno "Uomini e identità maschile" organizzato dal nostro Ordine, da sempre sensibile all'argomento, che si è tenuto sabato 28 ottobre presso la Sala Convegni del Palazzo del Turismo di Rimini. Si è trattato di un percorso formativo a contrasto della violenza di genere, moderato da Geo Agostini e Laura Baffoni, membri del Centro di Formazione Medicina di Genere OMCEO Rimini che ha visto una folta e partecipata presenza. Un articolo di Loreley Bianconi riassume e dettaglia nella rubrica **Medicina di Genere** i temi trattati, in particolare soffermandosi sull'importanza dei medici di Medicina Generale (e Pronto Soccorso) come ruoli di "sentinella" del territorio per il contrasto alla violenza di genere. A completare la rubrica, Laura Baffoni propone il consueto Focus che tratta degli effetti di sesso e genere sulla malattia cardiovascolare e i suoi esiti.

**Tribuna** ospita un altro tema di

dolorosa attualità. Emilio Rastelli tratta delle problematiche della sanità militare in un conflitto ad alta intensità come la guerra in Ucraina con dovizia di particolari e dati (con il caveat della attendibilità delle fonti, come correttamente sottolineato dall'autore). Il rapporto tra guerra e medicina è un rapporto bi-direzionale, a sfavore e a favore e dalla storia passata emerge come le guerre abbiano disegnato e ridisegnato le nozioni e le azioni mediche che nei vari tempi hanno contribuito, talora in modo rilevante o decisivo, agli sviluppi e ai progressi nel campo della terapia e dell'assistenza.

Nella rubrica **Recensioni** Mauro Giovanardi invoglia a leggere "Eroica, folle e visionaria - Storie di medicina spericolata" di Silvia Boncinelli. A metà tra saggio e storia romanzata il libro tratta di una pratica ormai in declino: l'autoesperimento, quel momento in cui il ricercatore decide di essere il primo e si fa al tempo stesso artefice e cavia del proprio esperimento. Maurizio della Marchina recensisce con la consueta dovizia di approfondimenti storici e artistici la mostra inaugurata a Palazzo Te

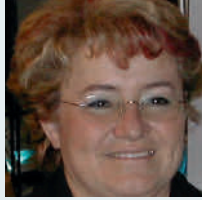
di Mantova che permette al visitatore di indagare gli influssi che i grandi pittori italiani esercitarono sull'opera di Peter Paul Rubens. Trasferitosi dalla native Fiandre a Venezia per studiare le opere di Tiziano, Veronese e Tintoretto, Rubens giunse poi a Mantova dove fu nominato pittore di corte dal duca Vincenzo I Gonzaga.

Il Notiziario propone poi la consueta rubrica **Semi...seriamente** di Saverino La Placa e **Medici ma non solo** dove Giovanni Morolli elenca i simpatici «equivoci» sui nomi di medici del riminese e dintorni su cui sono incorsi i suoi pazienti. Infine, nello **Spazio AMMI** Giovanna Tommasini Grossi relazione sulle manifestazioni organizzate dall'Associazione, fra cui, di particolare attualità l'incontro con il Professor Giorgio Cantelli Forti, Presidente della Fondazione Accademia Nazionale di Agricoltura di Bologna sul tema "Cibo artificiale: opportunità o minaccia?"

Chiudo questo Punto redazionale, anche a nome della Redazione, augurando a tutti voi, colleghe e colleghi e famiglia, **un Buon Natale e un sereno nuovo anno.**







## UNA NOMINA PRESTIGIOSA PER VANESSA AGOSTINI: UNICA ITALIANA NEL GRUPPO DI ESPERTI OMS DI MEDICINA TRASFUSIONALE.

di Antonella Chiadini

**L**A COLLEGA, Vanessa Agostini, Direttrice della U.O. Medicina Trasfusionale dell'IRCCS Ospedale Policlinico San Martino di Genova e della Struttura Regionale di Coordinamento per le attività trasfusionali della regione Liguria, nonché direttrice del Dipartimento di Patologia Clinica dello stesso ospedale, è stata nominata dall'Oms, in accordo con il nostro Ministero della Salute, membro del gruppo consultivo di esperti in medicina trasfusionale (WHO Expert Advisory Panel on Blood Transfusion Medicine). Questo Gruppo di esperti conta 31 rappresentanti per i 193 paesi che fanno parte dell'Oms.

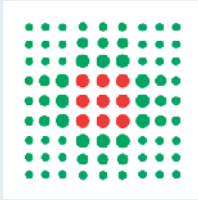
**Vanessa Agostini è l'unico membro italiano.**

La nomina, di durata quadriennale, costituisce un grande prestigio per l'Italia a conferma del contributo del

nostro Paese a livello internazionale nella ricerca, sviluppo e condivisione inclusiva nel campo della medicina. La dott.ssa Agostini è autrice e coautrice di numerose pubblicazioni scientifiche, è esperta nel trattamento trasfusionale e supporto all'emostasi nel setting dell'emergenza (trauma, ostetrica, trapianto di fegato) e fra i campi di interesse si segnala il Patient Blood Management (PBM) che è una strategia multidisciplinare, multiprofessionale e multimodale che prevede l'utilizzo di metodi e strumenti innovativi ed efficaci per garantire l'appropriatezza della gestione della risorsa sangue. L'incarico, svolto a titolo gratuito, consiste in attività di consulenza e supporto a favore dell'Oms attraverso lo sviluppo e la condivisione di informazioni tecnico-scientifiche e nuove strategie in materia di medicina trasfusionale, con particolare riferimento alla sicurezza e alle politiche per l'autosufficienza e l'appropriatezza d'uso del sangue e dei suoi prodotti: da un lato Vanessa Agostini porterà a livello internazionale tutta la professionalità maturata nella sua carriera, dall'altro acquisirà esperienze di altri paesi che possono essere trasferite nel nostro.

*Congratulazioni vivissime  
e Buon Lavoro da tutti noi!*





## PAZIENTE ANEMICO: NUOVO PERCORSO PER LA PRESA IN CARICO PRECOCE AMBULATORIALE.

di Silvia Cola, Ilaria Gessaroli,  
Annalisa Gabriele e Tiziana Perin

10

**D**IMISSIONE SICURA DAL PRONTO SOCCORSO E AFFIDO SPECIALISTICO AL U.O. IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

Dal primo maggio 2023 è in vigore presso l'Ospedale Infermi di Rimini una nuova Istruzione Operativa che permette al paziente anemico di essere avviato ad un percorso ambulatoriale specialistico direttamente dal Pronto Soccorso, dopo opportuna stabilizzazione clinica.

Questo nuovo percorso, nato da una collaborazione tra i medici dell'Unità Operativa (U.O.) Pronto Soccorso e i medici dell'U.O. Immunoematologia, garantisce un'appropriata presa in carico in sicurezza ed una fondamentale continuità di cura al paziente, il quale potrà fare rientro al proprio domicilio con la possibilità di eseguire tutti gli accertamenti necessari, senza ricorrere ad un lungo, stressante e dispendioso ricovero ospedaliero.

Nel dettaglio: quando un paziente con anemia (che sia stata diagnosticata sul territorio o in loco) accede in Pronto Soccorso, esegue accertamenti di primo livello e viene eventualmente sottoposto ad emotrasfusione, qualora necessaria. Una volta attestata una stabilità clinica ed in assenza di complicanze, il paziente può essere dimesso nei rispetti dei seguenti criteri:

- stabilità emodinamica e/o assenza di sanguinamento attivo
- assenza di fragilità o altra patologia acuta in atto motivante ricovero
- valori emoglobinici di almeno 8-9 g/dL
- buon tessuto familiare e/o sufficiente compliance

Al paziente viene quindi fornita impegnativa Prioritaria (B) di "Visita Immunoematologica" con, eventualmente, anche appuntamento concordato con l'U.O. Immunoematologia se Paziente dimesso nelle ore diurne; in alternativa, con allegato contatto telefonico per prendere l'appuntamento autonomamente (0541-705507) se la dimissione avviene durante la notte o nei festivi.

Dopo pochi giorni, il paziente viene preso in carico dall'U.O. Immunoematologia con visita ambulatoriale ed avvio ai percorsi diagnostici (esami ematici di secondo livello, indagini endoscopiche, etc) e terapeutici (infusione di ferro, trasfusione emocomponenti, etc) più appropriati. La collaborazione tra Pronto Soccorso e Immunoematologia e Medicina Trasmfusionale ha permesso quindi di garantire al paziente un percorso intraospedaliero sicuro di diagnosi e cura, di ottimizzare le risorse ospedaliere con un netto calo del numero di ricoveri per anemia, di ridurre il sovraffollamento e le lunghe attese in Pronto Soccorso a cui è sottopo-

sto un Paziente stabile e in attesa di diagnostiche e terapie non attuabili nel setting dell'urgenza.

Dall'analisi dei dati raccolti in una finestra temporale degli stessi mesi (Gennaio-Aprile) del 2022 (pre-istruzione operativa) e del 2023 (post-istruzione operativa) è emerso, infatti, che, a parità circa di numero di accessi in Pronto Soccorso per anemia, il numero dei ricoveri si è ridotto del 18% (grafico 1), in favore di una dimissione con PIC (Presenza in Carico Specialistica).

Emerge, inoltre, che la riduzione dei ricoveri non ha aumentato i re-accessi in Pronto Soccorso (grafico 2).

I risultati di questo nostro progetto sono rilevanti in termini di comfort, *boarding* e costi.

Il Paziente anemico rappresenta soltanto una minima parte delle infinite entità patologiche che ogni giorno ci troviamo ad affrontare, tuttavia, questo percorso di presa in carico, può fornire un nuovo sguardo pionieristico nei confronti di una Medicina che sia più ritagliata sul paziente e più preservativa nei confronti delle nostre limitate risorse, sia in termini di costi che di personale. Ci auguriamo pertanto che questo progetto possa fungere da apripista per numerosi altri percorsi.



grafico 1

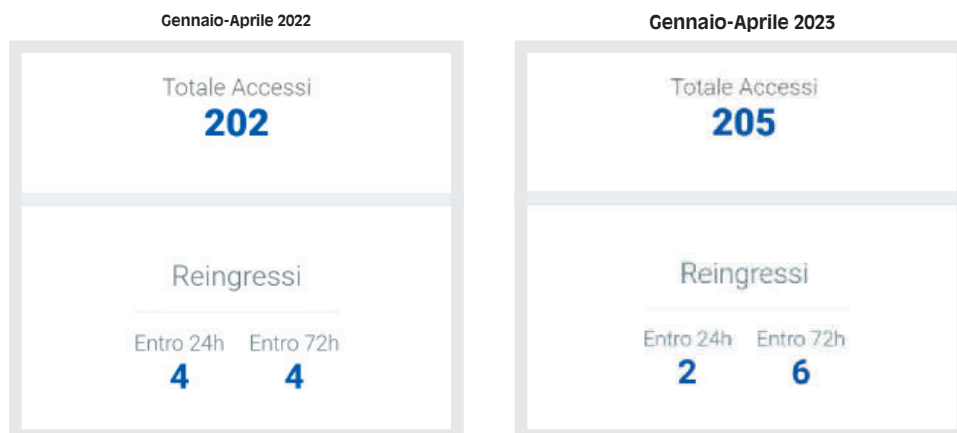


grafico 2

# vita dell'ordine

## QUATTORDICESIMA GIORNATA DEL MEDICO E ODONTOIATRA

la redazione

12 **S**I È SVOLTA AL CENTRO CONGRESSI DEL GRAND HOTEL di Rimini la Quattordicesima Giornata del Medico e dell'Odontoiatra promossa dal nostro Ordine alla presenza di un folto pubblico di colleghi e familiari dei 55 medici e odontoiatri neo-laureati che hanno fatto il solenne giuramento professionale e dei decani della medicina che hanno ricevuto un riconoscimento per i 50, 60 e 65 anni di laurea.



Una giornata di festa quella promossa dal nostro Ordine, giunta quest'anno alla 14a edizione ma anche di riflessione sull'importanza della professione medica soprattutto in un periodo complicato per la

sanità pubblica come ha sottolineato il Presidente, dottor Maurizio Grossi: «Dobbiamo fare una profonda riflessione su come oggi la sanità è organizzata, sono passati 45 anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e vanno riviste alcune modalità organizzative, dobbiamo ridurre la burocrazia, dobbiamo ridurre il tempo che le procedure tolgono al colloquio e all'ascolto, perché il nostro paziente deve essere ascoltato, dobbiamo avere il tempo per parlare per condividere e per scegliere con lui la cura giusta e la cura migliore.» È seguita la *lectio magistralis* del dottor Filippo Anelli, presidente nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri, sul tema della "Sostenibilità del Servizio Sanitario pubblico": «Questo sistema sanitario nonostante tutte le sue pecche e le rughe dell'età, perché sono passati 45 anni, riesce ad essere ancora straordinariamente efficace. Lo vorremmo naturalmente rivisitare renderlo più efficiente, renderlo attuale con le sfide della tecnologia e della rivoluzione digitale che è in atto. Abbiamo bisogno un po' più di risorse ma il nostro SSN è anche un grandissimo fattore di crescita economica per il paese»

La giornata, dal forte valore simbolico, ha visto poi i neo laureati (55 tra medici e odontoiatri) e i decani



della professione con 50-60-65 anni di laurea insieme, con la possibilità di fare una riflessione sulla professione medica e sulle sue nuove sfide con il presidente dell'Ordine di Rimini ma anche con il presidente nazionale.

Quest'anno oltre a 14 medaglie d'oro per i 50 anni (dottor Guido Accardi, dottor Andrea Andreini, Adriana Babboni, Ennio Cavalli, Diana Cesari, Filippo Filippini, Gian Angelo Marra, Massimo Montesi, Renato Moschen, Orazio Antonio Nocco, Roberto Pe-

drazzi, Augusto Penserini, Sergio Petrella, Domenico Veronese) sono consegnate 4 medaglie per i 60 anni di professione (dottor Carlo Caribotti, dottor Pietro Della Pasqua, dottor Giulio Cesare Giuliani, dottor

Ferdinando Santucci) e infine consegnata la medaglia d'argento per i 65 anni di professione al dottor Giuseppe Bonfiglio, dottor Pietro Ludovico Cappelletti, Dottor Virgilio Paganelli e dottoressa Roli Renata.

# 14





## LE PAROLE: SONO IMPORTANTI?

di Fabio Bruscoli

**C**APITA DI TANTO in tanto (ed è un bene che ciò accada: sia che capiti sia che capiti solo di tanto in tanto) di voler tentare di dare una risposta ad almeno una delle grandi domande della vita: "Chi siamo? Donde veniamo? Cosa stiamo dicendo?"

Proverò quindi a gettare un sasso (piccolo) in uno stagno (grande) con l'obiettivo di avviare una riflessione sul nostro modo di comunicare, e di conseguenza sulla nostra relazione con l'altro.

Ora, è evidente che la comunicazione fra persone diverse risente di tantissimi elementi, che si intersecano e si interfacciano in una relazione complessa, instabile, differente da momento a momento anche fra le stesse persone: non mi permetterò certo di proporre un trattato sull'argomento, ma in primo luogo è chiaro che la comunicazione scritta è profondamente diversa da quella parlata (solo chi usa abitualmente il dittafono - come i Radiologi - è in grado di "parlare in scritto").

La possibilità (e la capacità) di trasmettere emozioni nel corso del "parlare" è uno degli elementi alla base del successo della comunicazione: il Teatro di Narrazione (si pensi ad Alessandro Baricco, a Marco Paolini, ad Ascanio Celestini, a

Roberto Mercadini, e prima ancora al Teatro canzone di Giorgio Gaber) vive prevalentemente di questo, e fa sì che la narrazione possa fornire elementi informativi (oggettivi) insieme ad elementi emozionali (soggettivi).

Ovviamente anche lo scritto è in grado di trasmettere emozioni, altrimenti non si spiegherebbe il successo della Letteratura: ma è altrettanto evidente che non tutti i testi sono in grado di trasmettere al tempo stesso una visione del mondo (dello spazio e del tempo) al livello di Gabriel Garcia Marquez, o di Manuel Scorza, o di Cormac Mc Carthy (o di Dante, Tolstoj, Proust). Ma la vera domanda che vorrei porre a tutti noi è: qual è l'obiettivo della comunicazione?

Se è semplicemente trasmettere informazioni, non è necessaria una carica emozionale particolarmente elevata: è sufficiente appendere un cartello di avviso, in cui si precisa che è un avviso magari scrivendoci sopra "AVVISO", che dica: "non usare l'ascensore in caso di incendio" (o per i pendolari ferroviari degli anni 80: "non gettate alcun oggetto dal finestrino", in quattro lingue)

Ma certamente la modalità di scrittura di una lettera ad una fidanzata rispecchia dei canoni un po' differenti (quantomeno ciò è del tutto auspicabile), e citerà ancora com-



Tuttavia trovo più corretto (e più profondo) riflettere su questo: io penso che **la responsabilità maggiore nel corso della comunicazione sia di chi "non riesce a farsi capire", non di chi "non capisce"**.



# 16

ponenti oggettive ma comunque ammantate di un valore soggettivo prevalente (lo sciabordio delle onde, il vento sui capelli, il lucore del tramonto).

Va inoltre considerato che l'evoluzione tecnologica ha portato anche ad un impoverimento culturale (in senso ampio: intendo della capacità manuale, e quindi della capacità di elaborare pensieri profondi), trasformando nel tempo anche la parola scritta da calligrafia a digitazione compulsiva di sigle (o addirittura a parlata) sulla tastiera (o al microfono) di un oggetto che pur avendo come residuale la funzione telefonica continua a essere chiamato telefono (e qui "il medium è il messaggio" di M. McLuhan ci sta proprio bene).

A ciò si aggiunge la esistenza di codici di gruppo: ogni categoria usa dei propri codici (un proprio gergo) per trasmettere informazioni sui propri argomenti, e questo rientra nelle ordinarie questioni delle specializzazioni, e dei linguaggi specifici.

Talora, la forma prende il sopravvento sulla sostanza (sono di quelli - ormai minoritari - che pensano che la forma sia anche sostanza): a partire dal *latinorum* dell'Azzec-

cagarbugli, fino al "politichese" che si citava fin troppo spesso fino a pochi anni fa, o agli intercalari tipici degli anni 70 ("al limite", "nella misura in cui") e al linguaggio post-pubblicitario di oggi (se ci propongono di acquistare un'auto performante" ci propongono in definitiva di acquistare un'auto che funzioni: direi che tale informazione è a ben vedere inessenziale). Ma "le parole sono importanti" (N. Moretti), senza dubbio alcuno. Addirittura, a volte anche la comunicazione all'interno dello stesso gruppo diventa complessa: proviamo a riflettere sul caso della nostra attività, di medici curanti in qualche fase del percorso di un paziente, e di come ci poniamo ("qual è il nostro vissuto") nella trasmissione delle informazioni. Informazioni che forniamo al gruppo Paziente-Parenti (sulla base delle indicazioni del primo) e informazioni che forniamo al Collega che sarà curante di una fase successiva del percorso di cura. È un'epoca strana, quella che stiamo vivendo.

Un'epoca in cui da circa trenta anni si parla di *Health Literacy*, e della necessità di evitare una comunicazione gergale con i pazienti; un'epoca in cui una legge dello Stato (219/2017) precisa che il tempo della comunicazione rientra nel tempo dedicato alla cura; un'epoca in cui una Raccomandazione del Ministero della salute (18/2018) invita a evitare l'utilizzo di sigle-abbreviazioni (ci sarebbero anche le indicazioni OMS sull'utilizzo degli eponimi, a dire il vero, ma almeno gli eponimi sono affascinanti)

Certo, alcuni acronimi saranno difficilmente eliminabili, per la loro universalità: così DNA, OMS (e contemporaneamente WHO); per il resto dovrebbe essere sufficiente seguire pedissequamente quanto scritto



nelle norme per essere in regola ("e non c'è niente da capire" – F. de Gregori).

Tuttavia trovo più corretto (e più profondo) riflettere su questo: io penso che la responsabilità maggiore nel corso della comunicazione sia di chi "non riesce a farsi capire", non di chi "non capisce".

Se la comunicazione intende trasmettere delle informazioni utili (ad esempio per costruire un'alleanza terapeutica con un paziente e per avere la sua adesione ad un progetto di cura; oppure per condividere il percorso di diagnosi e cura con un Collega) non può prescindere dal dover essere chiara e ben comprensibile.

Certo, se la lettera di dimissione è vissuta come atto meramente formale ("mammamia, la burocrazia!!!") – già predisposta al computer – e non come atto integrativo nella continuità assistenziale di un paziente, siamo lontani dal modello di sanità universalistica e individualizzata che ci proponiamo.

La questione diventa: ci interessa veramente "farci capire" (ma meglio dire: "spiegarci") o ci interessa soltanto "parlare" (o "scrivere")?

Perché se veramente ci interessa trasmettere informazioni ad un Paziente/Collega, allora sarà naturale porsi la questione che la nostra comunicazione non è fine a sé stessa, ma è «solo» uno strumento per consentire (ad esempio) l'adesione a un trattamento o la sua gestione.

E allora (al di là del contenuto emozionale, che vale partecipazione nel rapporto con i pazienti e i con i loro parenti, e colleganza nel rapporto con gli altri curanti) il punto nodale diventa la dimensione psicologica, o la motivazione personale nel singolo atto che facciamo: non esiste formazione, legge, raccomandazione che ci debba dire ciò che è alla

base del nostro comune sentire di Medico-Chirurgo, e che ci ha portato a ciò che intendevamo (e spero: intendiamo) essere.

In altri termini: se esistono formazione, legge, raccomandazioni (e addirittura: questo testo!) che ci dicono che dobbiamo essere chiari, attenti, disponibili al dialogo, probabilmente abbiamo dimenticato qualcosa di essenziale della nostra attività.

Propongo ora un testo, che ovviamente non è reale, ma che è del tutto verosimile.

È una ipotetica lettera di dimissione di un paziente, che da un Reparto di Degenza viene affidato al Medico Curante: direi che lo scrivente usa un linguaggio gergale che risulta un tantinello autoreferenziale, non essendo univoche le chiavi di interpretazione del suo testo.

Il lettore che ha tempo da perdere (è consigliabile ad esempio durante un tragitto in treno – purché il lettore non sia il macchinista) può provare a risolvere il testo sciogliendo le abbreviazioni utilizzate (segnalo che solo due di esse sono inventate: le altre sono tutte vere e di uso comune).

Le migliori risposte saranno premiate con una TAR, firmata dall'Autore.

17

“ Se esistono **formazione, legge, raccomandazioni** che ci dicono che dobbiamo essere **chiari, attenti, disponibili al dialogo**, probabilmente abbiamo dimenticato qualcosa di essenziale della nostra attività. ”

**Paz in TIC con Cic (a tipo CMP dil) POST-IMA (STEMI) trattato con PTCA (IVA, Cx, DP) per malattia 3V**

**In fase immediatamente post-acuta:**

- TPSV, poi FA, trattata per via farmacologica (VW cl. 3) e poi con CVE
- In terapia con Eparina, embricata con DOAC (ex-NAO)
- TPV, con run di TV sostenuta, poi FV, trattata con DC shock (fino a 200J, x3 shock)
- Impiantato PM sc (in G3 da IMA) per BAV III, con FC di protezione a 60 b/min

**In fase immediatamente post-postacuta:**

- Ha presentato IRA (riacutizzazione di IRC: BPCO) e IRA (aggravamento di IRC) (trattato per alcuni gg con CVVHD presso la ns TI) e infusione di cristalloidi (sol. M / sol. R / Ringer / SF)
- Urine inizialmente concentraate, poi più distratte
- Durante il ricovero in TI: VM in modalità VC (PEEP=5), via TOT, poi PS (15+5), e weaning fino a RS in aa

**In fase successiva:**

- tp epi (dapprima BUPI in ss, successivamente ic con Cat. Epi. 16G) in AOAI, poi (post-24h) avvio di NAO DOAC, ma per TA su AOAI (NAO nonostante) è stato sottoposto a TEA art. poplitea sin (Fogarty 8ch)
- All'ECOCg e al TEE trombosi in Adx per cui riprende Epa Sodica in ic (PTT 2v/die per i primi 3 gg poi ogni 24h per i successivi 5gg)
- Per quadro clinico di TIA (spt ipostenia AS sin; riduzione visus OD; GCS>10 sempre) esegue TAC (ipo. dia.: TIA da EC jatro. da tp di TEA con DOAC?) che esclude ESA ed eventi emorragici; esegue ECodop AAC: ndr, per cui la diagnosi è TIA ndd (ipo. dia.: iperaggregazione PLT?: in tp: ASA)

**In fase succ-successiva:**

- Per la persistenza di BEV maligni, associati al già noto BAV, sulla base delle LG pubblicate su NAVAJO, si programma sostituzione del PM con ICD, che viene effettuata post-normalizzazione dell'INR, in prevenzione quindi della SD oltre che della SD (procedura eseguita con la collaborazione della UO AR, condotta in AG e sotto controllo Rx)

**Poi:**

- Recupero progressivo delle autonomie
- Rimozione di: CA (rad. Sin), CVC (succl. Sin.), CV, CVP (AS dx); SNG

**Attualmente:**

- Esegue FKT

**PT:**

- dimissione in 12a da oggi (via trasferimento PA?)

## Sigle e acronimi

**TIC** (Terapia Intensiva Cardiologica)

**CIc** (Cardiopatia Ischemica Cronica)

**CMP dil.** - (Cardiomiopatia dilatativa)

**POST-IMA (STEMI)** - (post Infarto Miocardico Acuto con soprasslivellamento del tratto ST)

**PTCA (IVA, Cx, DP)** (Angioplastica Coronarica percutanea su Arteria Coronarica Interventricolare anteriore, su ramo Circonflesso e su Arteria Coronarica Discendente Posteriore)

**3V** (tre vasi)

**TPSV** (Tachicardia parossistica sopraventricolare)

**FA** (Fibrillazione atriale)

**VW cl. 3** - (farmaci di classe III della classificazione di Vaughan-Williams)

**CVE** (cardioversione elettrica)

**DOAC (ex-NAO)** (Direct Oral Anticoagulants, già noti come nuovi anticoagulanti orali)

**TPV** (Tachicardia parossistica ventricolare)

**TV** (tachicardia ventricolare)

**FV** (fibrillazione ventricolare)

**DC shock** (scarica di corrente diretta) (fino a 200J, x3 shock) (200 joule per complessive tre scariche)

**PM sc** (Pace-maker sottocutaneo)

**G3 da IMA** (in terza giornata da Infarto Miocardico acuto)

**BAV III** (Blocco atrioventricolare di terzo grado)

**FC** (frequenza cardiaca)

**IRC: BPCO** Insufficienza respiratoria cronica: broncopneumopatia cronica ostruttiva

**IRA** (Insufficienza respiratoria acuta)

**IRC** (insufficienza renale cronica)

**CVVHD** (emofiltrazione veno-venosa continua)

**TI** (terapia intensiva)

**VM** (ventilazione meccanica)

**modalità VC** (ventilazione a controllo Volumetrico)

**(PEEP=5)** (Positive end-Expiration Pressure)

**TOT** (tubo oro-tracheale)

**PS** (Pressure Support)

**RS in aa** (Respirazione spontanea in aria ambiente)

**tp epi** (terapia epidurale)

**BUPI in ss** (Bupivacaina in single-shot)

**Cat. Epi. 16G** (infusione continua via catetere epidurale calibro 16 Gauge)

**AOAI** (arteriopatia obliterante degli arti inferiori)

**TA** (trombosi arteriosa)

**TEA art. poplitea sin** (Fogarty 8ch) (Tromboendarteriectomia dell'arteria poplitea sinistra)

**ECOCg** (ecocardiogramma)

**TEE** (ecocardiogramma transesofageo)

**Adx** (atrio destro)

**TIA** (Accesso ischemico transitorio)

(spt ipostenia AS sin; riduzione visus OD; GCS>10 sempre) (soprattutto .... Arto superiore sinistro...occhio destro...Glasgow Coma score)

**TAC** (tomografia assiale computerizzata)

**ESA** (emorragia subaracnoidea)

**ECODop AACCC** (ecocolor Doppler delle arterie cerebrali):

**ICD** (defibrillatore impiantato)

**SD** (sudden death)

**SD** (slow death) (procedura eseguita con la collaborazione della UO AR, condotta in AG e sotto controllo Rx) (Unità Operativa anestesia e rianimazione....Anestesia generale... radiografico)

Rimozione di: CA (rad. Sin), CVC (succl. Sin.), CV, CVP (AS dx); SNG (catetere arterioso in arteria radiale sinistra; catetere venoso centrale in vena succlavia sinistra; catetere vescicale; catetere venoso periferico in arto superiore destro; sondino naso-gastrico)

## LE SCELTE DEGLI SPECIALIZZANDI NEL CONCORSO 2023

### LE PREFERENZE DEI FUTURI SPECIALISTI SONO UN SEGNALE DI DISIMPEGNO DAL SSN?



di Marco Grassi

20

**D**OPO I DUE ANNI di «rallentamento» nella esecuzione di visite specialistiche, accertamenti e controlli, dovuti alla necessaria e temporanea ristrutturazione dell'offerta sanitaria conseguente alla pandemia da virus Sars-Cov2, l'atteso e inevitabile rebound della domanda nella fase post Covid si è manifestata principalmente con allungamento dei tempi di attesa nella esecuzione di visite ed esami. A causa del deficit di offerta pubblica è inevitabilmente aumentato il ricorso al «mercato» libero-professionale soprattutto nel settore della specialistica ambulatoriale e della diagnostica radiologica (ecografia ma anche esami di secondo livello come Risonanza magnetica). Una situazione che non appare avere sbocchi di «rientro» della domanda nei confini del SSN e che ha i connotati di una privatizzazione strisciante (e non dichiarata). A questa situazione già critica per cause contingenti (il difficile «recupero» del pregresso non eseguito causa Covid) si aggiungono due fenomeni che tendono ad aggravare il quadro della carenza di personale medico dipendente. Uno legato ad un ricambio generazionale, ampiamente noto e preventivabile, insufficiente già in epoca pre-Covid la cui gravità è stata accentuata da

incentivi all'uscita precoce (incentivi al pensionamento come quota 100) o disincentivi alla permanenza (come l'annunciato e penalizzante ricalcolo delle future pensioni dei medici ospedalieri).

Il secondo fenomeno, impreveduto ma non imprevedibile visto il quadro complessivo della gestione del SSN, è stato il calo dell'accesso alle scuole di specializzazione rispetto agli scorsi anni. L'«imbuto formativo» ovvero la discrepanza fra numero di laureati in Medicina e Chirurgia e il numero di borse di studio per il conseguimento di Specializzazione (titolo necessario per l'accesso al lavoro nel SSN) è stata per anni molto rilevante e concausa (assieme al blocco delle assunzioni) del mancato ricambio e sostituzione degli specialisti cessati nelle funzioni per pensionamento o ritiro volontario, con la conseguenza di avere oggi piante organiche ospedaliere ampiamente sotto i livelli definiti per legge. Seppure con colpevole ritardo, nonostante il rischio di ritrovarsi a corto di specialisti fosse noto da tempo, negli ultimi anni si è avuto un considerevole aumento delle borse di studio fino a giungere nel 2023 al numero di oltre 16.000 contratti banditi, il triplo rispetto a pochi anni fa. Tutto bene, quindi? Non proprio, se si considera che il numero di contratti rimasti liberi (cioè

non assegnati perché non richiesti) è risultato complessivamente di 6.125 (di cui 5.095 contratti statali) su 16.165 contratti banditi (ben il 38%) e 1.648 contratti che erano precedentemente assegnati non sono stati seguiti da immatricolazione. (Fonte: Quotidiano Sanità). Ciò che è significativo (e in qualche modo preoccupante) sono i dati analitici delle scelte fatte dai neo laureati del 2023. Se da un lato sono risultate più «attrattive», con posti assegnati superiori al 90%, specialità storicamente «ambite» come dermatologia, cardiologia, chirurgia plastica, pediatria, oftalmologia, gastroenterologia ed endocrinologia, d'altro canto sono andate in estrema «sofferenza» alcune specialità che sono state letteralmente «rifiutate» come possibile approdo lavorativo (vedi tabella 1). In particolare salta agli occhi il numero di contratti di medicina di emergenza-urgenza non assegnati che rappresentano il 78% dei posti sul bando, con un netto peggioramento rispetto al 2022 quando i contratti non assegnati rappresentavano il 61%. Rispetto all'anno scorso ci saranno 128 specializzandi d'emergenza urgenza in meno e secondo i dati storici degli scorsi concorsi il 20% di costoro abbandonerà durante gli anni di specializzazione. Pertanto, tra cinque anni avremo meno di due nuovi specialisti di medicina di emergenza per ogni provincia italiana (1 specialista MEU ogni 125.000 abitanti). Questi dati sono un'assoluta novità rispetto al passato e la loro distribuzione non è casuale: le scuole meno attrattive sono quelle senza sbocchi in un contesto libero-professione, intra-moenia o totalmente privato, ovvero quelle di natura clinica generalista a contatto diretto con gli utenti, come la medicina di comunità e quella di emergenza/urgenza, oppure quelle non cliniche strettamente legate ad un'organizzazione sanitaria pubblica. Le preferenze dei neo-laureati possono essere interpretate come

# 21

Scuola di Specializzazione	Posti banditi	Immatricolati	% non immatricolati
Medicina di Comunità e cure primarie	176	14	92
Microbiologia e virologia	121	13	89
Farmacologia e tossicologia clinica	99	12	88
Radioterapia	181	23	87
Patologia clinica e Biochimica clinica	241	36	86
Medicina d'emergenza urgenza	945	228	78
Medicina e cure palliative	140	39	72
Anatomia patologica	189	53	72
Medicina nucleare	100	30	70
Statistica sanitaria e Biometria	36	11	69
Audiologia e foniatria	39	14	64
Chirurgia toracica	93	34	63
Genetica medica	81	33	59
Igiene e medicina preventiva	630	271	57
Malattie infettive e tropicali	281	123	54

tabella 1

una sorta di indice di fiducia nella futura carriera e soprattutto, quelle in negativo, potrebbero essere interpretate come una «sfiducia» sulla tenuta e sopravvivenza del SSN. La defezione dalle specializzazioni meno «appetibili» assieme alle opzioni maggiormente selezionate degli specializzandi indicano una rottura degli equilibri sul «mercato del lavoro» dagli imprevedibili contraccolpi, non solo organizzativi, sul SSN ma sulla fornitura di cure ad ogni livello, sia pubblico che privato. Osservando infatti la tabella 2, dove è analizzato l'andamento di quattro specializzazioni tra quelle più carenti, si nota chiaramente come alcune discipline di base (Medicina d'urgenza, Patologia clinica e Anatomia patologica, Microbiologia, Radioterapia) mostrano un preoccupante trend di «disaffezione» da parte dei giovani medici. Davanti a questi dati incontrovertibili la domanda che deve essere posta a tutti coloro che si occupano di politica sanitaria è: «come risolviamo la cronica e pericolosa carenza in queste branche che mettono a rischio la sussistenza stessa del SSN?» Non certo stigmatizzando i giovani medici che «pensano solo ai soldi, che sono fannulloni e che dovrebbero essere contenti a lavorare per 1300€ netti al mese visto che in altri tempi la specializzazione era gratis» come si è letto qua e là su social e quotidiani. Per rispondere rapidamente a questa domanda e contrastare una carenza che si sta irrimediabilmente

ripercuotendo sulla qualità dell'erogazione del nostro SSN serve predisporre opportune azioni legislative, ovvero un deciso intervento della «politica».

A margine di questa analisi va ulteriormente sottolineato che se nei prossimi anni i concorsi dovessero confermare le scelte delle ultime generazioni, prima in MG ed ora anche nel settore specialistico, verrebbe messa in seria discussione la decennale posizione dominante del «monopolio pubblico», giustificata sulla certezza che per i professionisti non vi erano alternative all'impiego nel contesto della medicina pubblica (Medicina Generale e Medicina dei Servizi, ospedaliera). Invece i giovani medici hanno lanciato un chiaro segnale di disaffezione dal SSN che sposta gli equilibri del mercato del lavoro e dei rapporti sindacali. Stanno quindi venendo al pettine decenni di politiche sanitarie caratterizzate dal disinteresse per le condizioni di lavoro dei medici e ispirate alla strategia del rinvio *sine die* dei contratti di lavoro e delle convenzioni, sia nella componente economica che normativa, per mettere con le spalle al muro i sindacati medici e costringerli ad accettare condizioni imposte dalla «forza» della controparte. Il segnale lanciato dai giovani medici non pare tuttavia essere stato ben compreso e valutato dai decisori pubblici nei suoi potenziali effetti di lungo periodo sulla tenuta di un sistema già in affanno.

Scuola di Specializzazione	Banditi			Immatricolati			
	2022	2023	Totale	2022	2023	Totale	%
Medicina d'emergenza	886	945	1831	356	228	584	31%
Microbiologia	131	121	252	19	13	32	12%
Patologia clinica	251	251	502	68	36	104	20%
Radioterapia	155	181	336	41	23	64	19%

tabella 2



## MEDICI DI MG "SENTINELLE" DEL TERRITORIO PER IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE.

di Loreley Bianconi

**V**IOLENZA DI GENERE è tutto quello che provoca o può provocare un danno fisico, psicologico e sessuale, comprese le minacce, la coercizione e la limitazione delle libertà personali, sia nella sfera pubblica sia in quella privata.

Esiste una linea di demarcazione così sottile che spesso non si riesce a percepire dall'esterno l'esistenza della problematica nella relazione di coppia, così la violenza può essere esercitata da un uomo che a parere dei vicini o conoscenti è una persona "per bene".

In Italia dall'inizio dell'anno fino al 14 agosto 2023 sono state uccise 74 donne, 5% in meno rispetto allo stesso periodo del 2022 ma il livello di violenza ed abusi ha raggiunto dati inaccettabili e non degni di un Paese civile.

Il fenomeno del femminicidio in realtà non accenna a diminuire e rappresenta l'atto finale di un'escalation di violenze iniziate in modo subdolo, sottile e proprio per questo difficili da identificare come tali. I dati ISTAT indicano come in molte donne sia ancora troppo bassa la consapevolezza di essere vittime di un reato, il 44% pensa che si tratti di "qualcosa di sbagliato" ma non di un crimine.

La vergogna, la paura di non essere

credute, un senso di "protezione" nei confronti del marito o partner, amico, collega di lavoro, datore di lavoro, portano a non denunciare la violenza subito, nascondendo abilmente i segni degli abusi in particolare nel viso.

È fondamentale avere una rete di servizi pubblici e del terzo settore impegnati a contrastare il fenomeno, dove anche i medici di famiglia, i pediatri e gli odontoiatri sono protagonisti di questa rete.

La prevenzione sembra essere la migliore ricetta sia per aiutare le donne vittime di abuso e violenza sia per il recupero dell'uomo maltrattante.

Purtroppo le istituzioni non sempre riescono ad intervenire con tempestività e per questa ragione serve il contributo di tutti: cittadini, medici di MG, pediatri, medici ospedalieri, odontoiatri ed associazioni di volontariato.

L'obiettivo è riconoscere precocemente i segnali di violenza o abuso su donne, minori, anziani.

Gli atteggiamenti comportamentali di una persona soggetta a vessazioni fisiche o psicologiche sono riconoscibili ma bisogna saperle evidenziare e qui emerge il ruolo importante del medico di famiglia. Il frequente e ripetuto riscontro di lesioni al volto o al cavo orale quali fratture dentali, ferite da trauma,

ecchimosi, ematomi su varie parti del corpo, possono essere elementi di allarme.

Il ruolo del medico di medicina generale è fondamentale nella cura dello stato psico-fisico del proprio paziente uomo, donna, transgender, bambino, anziano che sia e non esiste nessun'altra figura sanitaria che possa conoscere meglio di lui quella determinata persona.

Il percorso relazionale con questi pazienti spesso è complesso, non è facile raccogliere le loro confidenze e a volte non si è sempre certi della veridicità dei racconti, però il medico di medicina generale è quello che conosce meglio l'assistito, la sua famiglia, la collettività in cui è cresciuto e l'ambiente in cui vive. Si stima che ogni medico di famiglia massimalista abbia tra i suoi assistiti circa 120 donne vittime di violenza ma solo il 30% di queste ne parla con il proprio medico.

I dati nazionali riguardo la violenza di genere sono perlopiù ricavabili dai centri anti-violenza o dal pronto soccorso e si conosce poco sull'impatto di questa situazione nella medicina generale.

Poiché il medico di famiglia rappresenta il primo contatto medico da parte del paziente con il quale mantiene un rapporto continuativo anche nell'ambito familiare, questa dovrebbe essere la figura maggiormente preposta all'attenzione del fenomeno delle violenze.

A noi sono sempre mancati i dati riferibili al nostro lavoro!

Il 29% pensa che il medico non si occupi di queste cose ma solo di problemi fisici.

Il 17% pensa che la violenza domestica "si risolve" in famiglia.

Il 4% ha paura che il medico possa parlarne con la famiglia, il marito.

Da qui l'importanza da parte nostra

di sottolineare sempre con gli assistiti che il segreto professionale copre tutte le informazioni che il paziente vorrà riferirci.

L'8% preferisce rivolgersi ad altre figure professionali come avvocati e Forze dell'ordine.

Il 21% riferisce che il medico non ha fatto mai domande relative a questo eventuale problema, quindi dobbiamo farci per primi queste domande:

- abbiamo posto abbastanza attenzione alle parole dette dalle nostre pazienti?
- abbiamo raccolto i segnali che alcune di esse hanno trovato la forza di mandarci?
- conosciamo i codici del linguaggio necessario per affrontare il tema della violenza come facciamo per qualsiasi altro problema clinico?
- siamo in grado di accogliere la sofferenza di chi subisce violenza ed abusi?

Quindi il medico di MG ha un ruolo di "sentinella" del territorio per il contrasto alla violenza di genere. Prendendo coscienza dell'elevato numero di donne tra le nostre pazienti che potrebbero avere subito episodi di violenza dobbiamo essere in grado, con maggior attenzione, di riconoscere "campanelli di allarme" sfumati: aumento dei problemi clinici della sfera genito-urinaria, ginecologica, gastroenterologica, mutamenti dell'umore, perdita dell'autostima.

Occorre però sottolineare che sia la non adeguata conoscenza del fenomeno, sia l'enorme carico di lavoro quotidiano legato all'iperafflusso in ambulatorio, alle patologie croniche sempre più in aumento, l'enorme carico burocratico, rendono a volte difficile l'accorgersi di quei



segni indiretti di violenza mentre sono molto più facili da riconoscere quelli diretti.

Il ruolo di "sentinella" del territorio è in particolare quello di fare prevenzione, cogliere i segni di violenza in fase iniziale e il recupero dell'uomo che ha fatto violenza, ciò indubbiamente viene facilitato nel momento in cui entrambi sono nostri pazienti.

Oggi la violenza sulle donne, che in passato veniva considerata un fatto "privato" da nascondere o la conseguenza del gesto di un folle, è riconosciuta come una strutturale manifestazione di rapporti non paritari tra i sessi, come violenza di

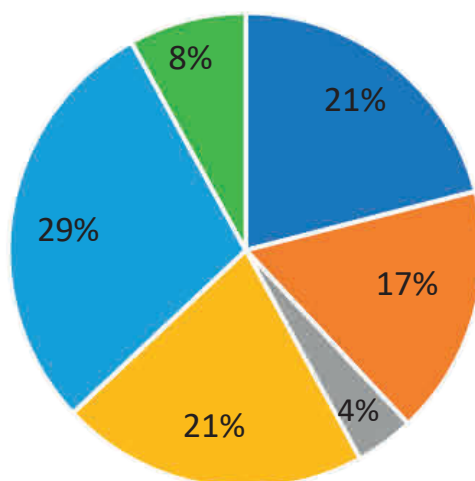
diritti minori e forme di discriminazione contro le donne.

Il nostro impegno è anche quello di sensibilizzare l'opinione pubblica su temi come l'uguaglianza e la difesa dei diritti fondamentali. Non è mai troppo presto per far capire ai bambini che siamo tutti uguali uomini, donne e *transgender*. Famiglia e scuola hanno una grande responsabilità: sottolineare fin dalla più tenera età valori come l'uguaglianza e il rispetto. La lotta alla violenza contro le donne e il "recupero" dell'uomo maltrattante si ottiene anche attraverso la nostra formazione e la nostra testimonianza di medici del territorio.

## Violenza di genere: conoscere la realtà territoriale

Una decina di anni fa è stato sviluppato un questionario anonimo per 153 donne che avevano subito violenze, tutte maggiorenni (dai 19 agli 84 anni). Circa il 65% di queste non aveva parlato con il proprio medico di medicina generale.

Perché non ne parla?



- non risponde
- la VD si "risolve" in famiglia
- paura lo dicesse alla famiglia
- il MMG non me l'ha mai chiesto
- pensavo si occupasse di altre cose
- mi sono rivolta ad altri



## "GENDER MEDICINE: EFFECTS OF SEX AND GENDER ON CARDIOVASCULAR DISEASE MANIFESTATION AND OUTCOMES "

Vera Regitz-Zagrosek and Catherine Gebhard

Nature Reviews Cardiology | Volume 20 | April 2023 | 236–247

di Laura Baffoni

26

**L'**ORGANIZZAZIONE MONDIALE della Sanità definisce la Medicina di Genere lo studio di come le differenze biologiche (basate sul sesso) e socioeconomiche e culturali (basate sul genere) influenzano la salute di un individuo, tuttavia la conoscenza di come modificano i fenotipi delle malattie è ancora limitata, inoltre sesso e genere non solo interagiscono e si influenzano a vicenda ma addirittura talora si oppongono in modo dinamico. Attualmente la classificazione binaria del sesso biologico è mantenuta nella maggior parte della ricerca cardiovascolare sull'uomo, sia sperimentale che clinica, perché il numero di persone intersessuali è basso (<1% della popolazione) e i dati raccolti sono spesso difficili da valutare.

Gli studi hanno evidenziato che esistono determinanti genetici sesso-specifici dei fenotipi cardiovascolari come dimostrato negli studi effettuati utilizzando i dati della Biobanca del Regno Unito. La maggior parte dei marcatori sesso specifici sono localizzati sugli autosomi, e pur non essendo completamente compresi i meccanismi alla base delle differenze di espressione, queste potrebbero essere spiegate da variazioni nei livelli dei fattori di trascrizione risultanti

dall'imprinting sesso-specifico. Uno studio di associazione sull'intero genoma (GWAS) combinato con la metabolomica mirata, ha identificato un'associazione sesso-specifica tra la malattia coronarica (CAD - Coronary Artery Disease) e l'enzima mitocondriale carbamoyl-fosfato sintasi 1, suggerendo un nuovo potenziale bersaglio per un approccio terapeutico sesso-specifico nella CAD.

Numerosi studi hanno descritto gli effetti degli ormoni sessuali sulle cellule cardiovascolari, sugli organi e sui fenotipi delle malattie, ma solo pochi sono riusciti ad eliminare le influenze ambientali. Per separare l'azione degli ormoni sessuali da quella legata al genere è stata studiata l'associazione tra i livelli sierici di lipidi e gli steroidi sessuali anche in individui *transgender* sottoposti a terapia ormonale, rilevando che le donne *cisgender* avevano livelli plasmatici di HDL più alti e livelli plasmatici di VLDL e LDL più bassi rispetto agli uomini *cisgender*, che queste differenze legate al sesso non erano evidenti nei bambini in età prepuberale e che si verificava un aumento significativo dei livelli di HDL nelle donne trans (assegnate al sesso maschile alla nascita) che ricevono una terapia ormonale. Tali dati indicano che gli ormoni sessuali, legati al sesso biologico, non

il genere, regolano il metabolismo dei lipidi in vivo e potrebbero contribuire al dimorfismo sessuale osservato nel rischio di malattie cardiovascolari (cardiovascular disease, CVD) dopo il menarca.

Prove crescenti suggeriscono che gli ormoni sessuali hanno azioni diverse nelle cellule cardiovascolari di femmine e maschi. Uno studio ha dimostrato, utilizzando cardiomiociti umani ottenuti da pazienti operati per stenosi aortica trattati con estradiolo, che un certo numero di geni nei cardiomiociti sono regolati in modo sesso-specifico dal trattamento con estradiolo, ad esempio il gene MYLIP è risultato sovraregolato dal trattamento nei campioni di cardiomiociti maschili, ma non in quelli provenienti da individui femminili. Inoltre è stata dimostrata una regolazione sesso-specifica della produzione di collagene da parte dei fibroblasti cardiaci anche di origine umana a seguito del trattamento con estradiolo, supportando ulteriormente il concetto che gli ormoni sessuali esercitano effetti fisiologici diversi nel sistema cardiovascolare maschile e femminile.

Per districare le differenze sessuali intrinseche da quelle acquisite, uno studio ha analizzato cellule endoteliali ottenute da gemelli di sesso opposto (alla nascita) e da pazienti maschi e femmine non imparentati (in diverse fasi della loro vita). I ricercatori hanno dimostrato che: il 14-25% del trascrittoma delle cellule endoteliali è influenzato dal sesso; i geni che mostravano una differenza di espressione acquisita correlata al sesso avevano maggiori probabilità di essere bersagli degli steroidi sessuali; i geni correlati alla CAD mostravano differenze intrinseche sesso specifiche suggerendo che i marcatori genetici della CAD potrebbero avere un effetto ses-

so-specifico nelle cellule endoteliali già alla nascita e potrebbero contribuire, insieme all'influenza degli ormoni sessuali e di modificatori ambientali, allo sviluppo di fenotipi sesso-specifici.

Un altro studio ha dimostrato che nell'embrione, prima della formazione delle gonadi, esistono differenze sesso-specifiche nei cardiomiociti, confermando che le disparità cardiache legate al sesso possono verificarsi già nelle prime fasi della formazione del cuore, prima della formazione delle gonadi, e sono quindi indipendenti dall'influenza degli ormoni sessuali o dell'ambiente.

Il genere è costruito sociale multidimensionale e dinamico che comprende comportamenti, norme e ruoli che caratterizzano la persona, non è identico al sesso dell'individuo ma è fortemente associato ad esso. Il genere comprende quattro dimensioni, tra cui i ruoli di genere, le relazioni di genere, il genere istituzionalizzato e l'identità di genere. Nell'assistenza sanitaria, il genere comprende l'interazione dei pazienti con il loro ambiente sociale (ad esempio, il personale sanitario) e l'ambiente fisico (come stimoli ambientali e tossine), nonché l'accesso e l'uso del sistema sanitario. Il genere influenza la salute e la malattia in modo diverso rispetto al sesso biologico e agisce nel corso della vita attraverso diversi meccanismi. Gli sforzi attuali mirano a rendere il genere "misurabile" per includere questa variabile nei modelli statistici multivariati. Un gran numero di attributi socioculturali che caratterizzano il femminile ed il maschile nelle società occidentali sono stati integrati in punteggi per misurare il genere con una variabile singola e continua, utilizzabile nei modelli di regressione logistica o in

altri approcci statistici e che consenta di aggiungere un'altra dimensione alla classificazione troppo semplificata attualmente utilizzata nella ricerca clinica (maschio - inter-sessuale - femmina). Un punteggio di genere utilizzato negli studi clinici sulle CVD incorporava più di 50 variabili che rappresentava il genere con una singola variabile continua, che andava da 0 (genere maschile) a 100 (genere femminile); questo è stato utilizzato nella coorte GENESIS-PRAXY per studiare l'influenza del genere sugli endpoint clinici in più di 1.000 pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA). Lo studio, effettuato su giovani adulti con SCA, ha dimostrato un'associazione forte e indipendente tra genere, fattori di rischio CVD ed endpoint clinici come qualità della vita legata alla salute (HRQoL, Health-Related-Quality of Life) e gli eventi avversi maggiori (MACE - Major adverse cardiovascular events)

- Le donne avevano un HRQoL complessivamente peggiore rispetto agli uomini, e riferivano funzioni fisiche e mentali peggiori. Il punteggio relativo alla femminilità, il supporto sociale e la responsabilità nei lavori domestici, tutti fattori legati al genere, avevano un'associazione più stretta con l'HRQoL rispetto alle variabili basate sul sesso. Lo stesso punteggio di genere, adattato al sistema sociale tedesco, è stato applicato nello studio tedesco GendAge a 1.100 individui anziani, mettendo in luce che il sesso ed il genere influenzano gli *endpoint* clinici in modo distinto e talvolta con effetti opposti sugli esiti, come dimostrato per la prestazione cognitiva che era associata positivamente al sesso biologico femminile ma negativamente al genere femminile. Un altro punteggio di genere è stato utilizzato nella coorte svizzera

COGEN di 3.000 individui infetti da SARS-CoV-2 per valutare quanto i fattori biologici e quelli legati al genere contribuiscano al decorso della malattia da coronavirus, dimostrandone il peso diverso nello sviluppo della malattia.

L'età, lo status socioeconomico, il sostegno sociale, il livello di istruzione, i livelli di stress, l'alfabetizzazione sanitaria e l'accesso all'assistenza sanitaria sono i determinanti socioculturali della salute (SDOH - Social Determinants Of Health) ed i sistemi sanitari occidentali spesso li trascurano negli studi sulle CVD. Per esempio l'età avanzata, il basso status socioeconomico e la scarsa alfabetizzazione sanitaria sono sovra-rappresentati nel genere femminile e sono correlati con una sottostima del proprio rischio di CVD. Gli Autori sottolineano come ancora oggi si osservino disparità legate al genere nell'assistenza sanitaria, come ritardi nel trattamento, sottodiagnosi e sottotrattamento delle donne con sindrome coronarica acuta (SCA).

Nella comunicazione paziente-medico anche i fattori legati al genere potrebbero contribuire alle differenze negli esiti delle CVD; per esempio, in uno studio statunitense, la sopravvivenza nelle pazienti donne con infarto miocardico era migliore quando erano curate da un medico donna piuttosto che da un medico uomo. L'influenza della concordanza sessuale medico-paziente sugli esiti del trattamento sembra essere importante solo nelle donne, quindi la leadership prevalentemente maschile in cardiologia potrebbe rappresentare un altro svantaggio per le pazienti donne.

Il fattore etiopatogenetico principale della CAD ostruttiva è l'aterosclerosi. L'aterosclerosi presenta importanti differenze correlate al

sesso e al genere. La diversità in alcuni fattori biologici (quali il metabolismo lipidico e le risposte immunitarie) causa una sua più precoce manifestazione nell'uomo rispetto alla donna, e ciò potrebbe giustificare l'osservazione che la cardiopatia ischemica si manifesti 6-8 anni prima nel sesso maschile; inoltre alcuni fattori di rischio per l'aterosclerosi sono più frequenti negli uomini rispetto alle donne. Tuttavia, a partire dalla fine degli anni '90, un piano di gestione preventiva più rigoroso negli uomini rispetto alle donne, che comprendeva la prescrizione dei farmaci indicati e il monitoraggio dei fattori di rischio, ha portato gli uomini ad un migliore approccio per il controllo dei fattori di rischio rispetto alle donne, e ancora oggi la principale differenza correlata al sesso tra i rischi modificabili di CVD è rappresentato da un peggiore controllo dei livelli di colesterolo LDL nella donna. D'altronde anche le differenze socioculturali tra i generi potrebbero influenzare l'epidemiologia e la manifestazione della CAD, dato che i fattori legati allo stile di vita e allo stress mentale sono ben noti modificatori del rischio cardiovascolare. In effetti, lo stress mentale è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari più importante nelle donne che negli uomini, in particolare nelle donne più giovani, il che molto probabilmente è correlato a fattori socioculturali. Pertanto se da una parte gli uomini sembrano avere un rischio biologico di CVD più elevato, nelle donne la prevenzione di CVD è incompleta, anche perché l'identificazione di fattori di rischio specifici per le donne (menarca precoce, menopausa precoce, età precoce alla prima gravidanza, complicanze della gravidanza, terapia per il cancro al seno, malattie autoimmuni

e reumatiche, depressione...) non ha comportato una loro adeguata implementazione nei calcolatori del rischio per CVD di uso comune.

Nonostante la crescente consapevolezza delle disuguaglianze di genere nella gestione dei pazienti con SCA in Europa, uno studio pubblicato nel 2022 ha evidenziato che le terapie raccomandate dalle linee guida sono meno utilizzate nelle donne, che infatti presentano una mortalità più elevata, che persiste anche dopo aggiustamento multivariato per i fattori di rischio cardiovascolare noti, inclusa l'età. Quando si valutano i dati per fasce di età, gli end point sono peggiori nel gruppo delle donne con età inferiore ai 50 anni, proprio nel gruppo di popolazione ove è più frequente la SCA da cause non aterosclerotiche e che presenta una minore probabilità di avere una SCA rispetto ad altri gruppi di popolazione (uomini e donne anziane). Infatti l'ischemia miocardica oltre alla patologia aterosclerotica riconosce come eventi eziopatogenetici, particolarmente rappresentati nella donna più giovane, la disfunzione microvascolare (uno squilibrio tra domanda e offerta del miocardio) e la patologia coronarica non ostruttiva.

Quest'ultima è associata a disfunzione endoteliale che colpisce principalmente la microcircolazione e, quindi, ha una base biologica. Nella donna per valutare il danno coronarico può essere utile utilizzare l'associazione di più tecniche di imaging, come la tomografia coronarica a coerenza ottica associata alla risonanza magnetica miocardica, per migliorare significativamente la sensibilità.

Quindi, sebbene le donne presentino un vantaggio perché sviluppano una CAD ostruttiva più tardi nella vita rispetto agli uomini, sono svan-

taggiate dalla sottostima dei fattori "donna" specifici - siano i fattori di rischio o i meccanismi patogenetici -, dalla mancanza di un riconoscimento precoce e dalla mancanza di trattamenti specifici; inoltre la mortalità più elevata nelle giovani donne con CAD rispetto ai giovani uomini, riflette uno svantaggio basato su aspetti comportamentali, terapeutici o sociali, indipendente dal vantaggio del sesso biologico femminile nel rischio aterosclerotico.

L'insufficienza cardiaca (HF- Heart Failure) è classificata in HF con frazione di eiezione ventricolare sinistra (LVEF - Left Ventricular Ejection Fraction) ridotta (HF<sub>rEF</sub> - Heart Failur reduced Ejection Fraction)), media (HF<sub>mEF</sub> - Heart failure with midrange ejection fraction) o preservata (HF<sub>pEF</sub> Heart failure with preserved ejection fraction). I cuori dei pazienti di sesso femminile con HF<sub>pEF</sub> sono più piccoli e più rigidi dei cuori dei pazienti con HF<sub>pEF</sub> di sesso maschile e sviluppano più frequentemente un rimodellamento concentrico. Invece, le donne con HF<sub>rEF</sub> hanno un adattamento più favorevole del miocardio alle condizioni di stress (con minore dilatazione ventricolare, minore *downregulation* dei geni codificati dai mitocondri e minore fibrosi) e hanno un minor rischio di tachicardia ventricolare, morte cardiaca improvvisa e fibrillazione rispetto agli uomini. Poiché gli individui di sesso femminile senza malattie cardiache hanno una LVEF più elevata (valore limite inferiore della norma = 61%) rispetto agli individui di sesso maschile (55%) e visto che le attuali linee guida ESC (European Society of Cardiology) del 2021 non tengono conto di queste differenze legate al sesso, negli studi clinici le donne con una LVEF

del 55-61% potrebbero essere erroneamente classificate nel fenotipo HF<sub>pEF</sub> invece che essere classificate nei gruppi HF<sub>rEF</sub> o HF<sub>mEF</sub>. Nonostante che le donne con HF abbiano fattori legati al sesso più favorevoli, hanno maggiori probabilità di avere più sintomi, più depressione ed una peggiore HRQoL rispetto agli uomini. Per quanto riguarda la terapia diversi lavori mostrano esiti favorevoli nelle donne. Studi retrospettivi hanno dimostrato che l'utilizzo degli antagonisti dei recettori dei mineralcorticoidi ha maggiori effetti favorevoli sulle donne rispetto agli uomini. Altri farmaci mostrano una maggiore efficacia nelle donne, come dimostrato nello studio PARAGON-HF, ove i risultati erano migliori nel gruppo delle donne con HF<sub>pEF</sub> trattate con sacubitril-valsartan rispetto agli uomini. Purtroppo anche nella HF è stato descritto un sottotrattamento nelle donne, per esempio è stato descritto un minor utilizzo dell'empagliflozin, che si è dimostrato particolarmente efficace nel ridurre il rischio di morte cardiovascolare o ospedalizzazione nei pazienti con HF<sub>pEF</sub>, e le donne presentano prevalentemente HF<sub>mEF</sub> o HF<sub>pEF</sub>. Inoltre, evidenze crescenti suggeriscono che le donne con HF<sub>rEF</sub> hanno maggiori probabilità di manifestare effetti avversi da farmaci per l'HF, come il rischio di overdose durante l'utilizzo di inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina e di -bloccanti.

Per quanto riguarda il trattamento non farmacologico dello scompenso cardiaco, le donne rispondono bene alla terapia di resincronizzazione cardiaca, apparentemente meglio degli uomini, ma meno spesso ricevono dispositivi per la terapia di resincronizzazione cardiaca, così come meno frequentemente vengono impiantati defi-

brillatori perché le raccomandazioni per l'impianto di questi dispositivi si basano su dati derivati principalmente da popolazioni maschili. Infine le donne sono avviate ai trattamenti avanzati dello scompenso cardiaco, trapianto di cuore e impianto di un dispositivo di assistenza ventricolare sinistra, meno frequentemente rispetto agli uomini a parità di indicazioni e comorbidità.

Le patologie ischemiche a carico dell'apparato cardiovascolare e di quello neurovascolare, condividono fattori di rischio, sono influenzate da infiammazione sistemica, aterosclerosi e disfunzione del sistema neuroendocrino, ed un numero crescente di lavori suggerisce che subiscano gli effetti delle interazioni (patofisiologiche tra il cuore e il cervello, interazioni a loro volta influenzate dal sesso e dal genere. Uno degli esempi più evidenti di interazioni cuore-cervello specifiche per sesso e genere nella CVD è la sindrome di Takotsubo, fortemente prevalente nelle donne in postmenopausa nelle quali una disfunzione temporanea del ventricolo sinistro è precipitata da un forte stress emotivo. La percezione dello stress è maggiore nella donna ed è stato suggerito che il sistema limbico, in particolare l'amigdala, che regola l'attività simpatica periferica in risposta alle emozioni e alla paura, abbia un ruolo chiave nella sindrome di Takotsubo. Il sistema nervoso simpatico medierebbe le interazioni cuore-cervello, e mostrando un chiaro dimorfismo sessuale giustificherebbe la comparsa o la diversa prevalenza di alcune patologie nelle donne, infatti l'attività simpatica è attenuata dagli estrogeni; quindi in condizioni fisiologiche è più elevata negli uomini, aumenta con l'età nelle donne, ed è un fattore indipendente predittore di MACE nelle

donne ma non negli uomini. Tutto ciò si traduce in risposte differenti al trattamento con beta-bloccanti nei maschi e nelle femmine. Anche il sistema immunitario e le risposte infiammatorie grazie alla capacità di alterare la perfusione tissutale e l'attivazione neuroumorale sono coinvolti nell'asse cuore-cervello e mostrano un dimorfismo sessuale (livelli basali più elevati di marcatori infiammatori circolanti e maggiore produzione di citochine proinfiammatorie in risposta a diverse lesioni miocardiche nelle femmine rispetto ai maschi). Inoltre le differenze di sesso e genere nelle interazioni cuore-cervello sono state riportate anche nella CAD, ove le donne corrono un rischio maggiore di disfunzione endoteliale indotta da stress mentale; nello scompenso cardiaco, in cui gli steroidi sessuali, l'eccessiva stimolazione del sistema nervoso simpatico e l'attivazione neuroumorale guidano sia lo sviluppo della malattia che le differenze legate al sesso; ma anche nelle malattie cerebrali primarie, come l'ictus, la demenza o la depressione.

Infine una particolare attenzione va posta alla popolazione transgender che nonostante il rischio più elevato di malattie cardiovascolari, rimane un gruppo poco studiato nella ricerca clinica cardiovascolare. Infatti gli individui transgender e non binari sono sottoposti ad importanti fattori di stress, come disagio psicologico, emarginazione e discriminazione sociale, e i fattori di stress sono associati a un ridotto accesso all'assistenza sanitaria e a un aumento del rischio di disturbi di salute mentale e malattie cardiovascolari. Inoltre, non è noto quanto i trattamenti ormonali di affermazione del genere, per migliorare la disforia di genere e promuovere il benessere, pesino sulla patologia

cardiovascolare. La maggior parte degli studi descrive un peggioramento del profilo di rischio cardiovascolare negli individui transgender sottoposti a terapia ormonale; per esempio è stato osservato negli studi sulle donne transgender in trattamento con estrogeni rispetto alle donne *cisgender*, un aumento del rischio di eventi tromboembolici, di infarto miocardico e di ictus ischemico. Sono quindi necessari studi prospettici su larga scala per confermare questi risultati e chiarire i meccanismi sottostanti.

Per concludere penso sia importante evidenziare alcuni dei punti

trattati in questa *review*:

- il sesso e il genere possono avere effetti discordanti sulla patologia cardiovascolare
- nel cammino verso la medicina di precisione, per ottenere modelli equi di previsione del rischio è necessario includere anche i fattori legati al genere.
- l'utilizzo di un punteggio di genere, permette di rendere il genere "misurabile" in un'unica variabile continua, e consente sia di caratterizzare meglio i pazienti negli studi sia di includere questa variabile nei modelli statistici multivariati.

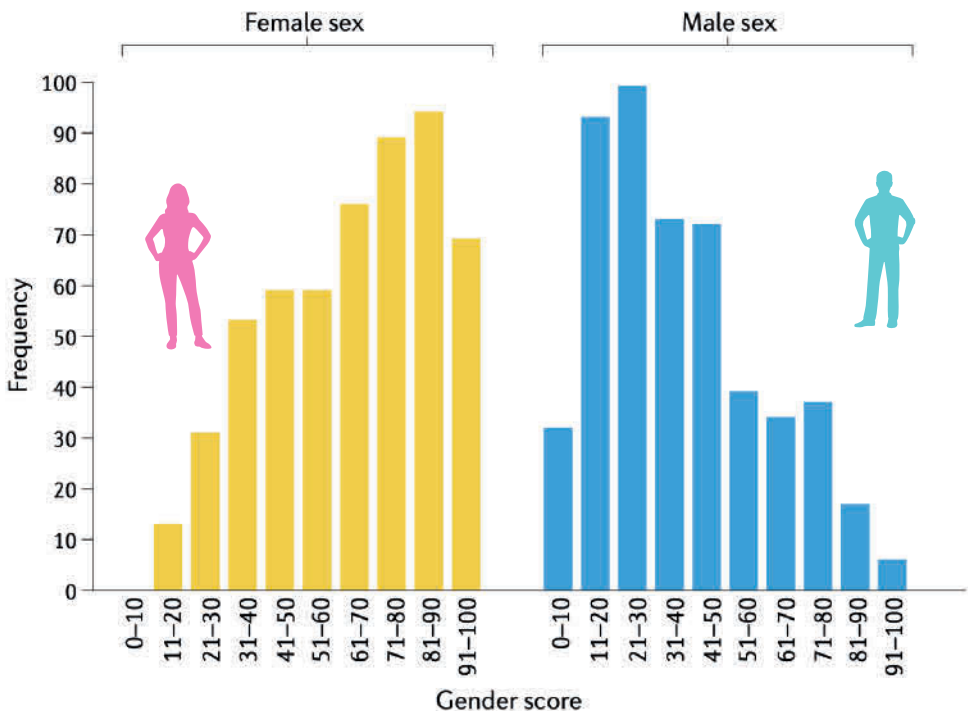


Fig. 1 Punteggio di genere: un punteggio pari a 0 rappresenta individui che hanno solo caratteristiche maschili, mentre pari a 100 rappresenta un individuo con solo caratteristiche femminili. I dati della distribuzione del punteggio di genere nelle femmine e nei maschi in una popolazione tedesca anziana mostra che entrambi i gruppi di individui hanno tratti maschili e femminili



# medici ma non solo



## "QUI PRO QUO"

di Gianni Morolli

**O**GNI MEDICO, nella pratica quotidiana, si confronta con altri colleghi allargando il proprio giro di conoscenze ed amicizie: liberi professionisti, convenzionati, ospedalieri. Eppure, a volte, nel resoconto dei pazienti, mi sono imbattuto in medici «sconosciuti» ma, poi leggendo il referto, ho invece riconosciuto stimati professionisti ben noti sulla «piazza».

Per sorridere,  
ecco una  
pregevole  
raccolta di  
«pseudonimi»:

BULLETTA (BULLETTI)  
GAGLIARDO (COGLIANDRO)  
CEROTTI (RICCIOTTI)  
REMIGI (MORIGI)  
ROCCHI (ROSSI)  
GAROFANI (GAROFALO)  
PASQUARELLI (PASQUINELLI)  
MATTIA (MADIA)  
BINDA – BILLI (BINDI)  
TOGNI (TONINI)  
SCANZANI (STANZANI)  
SACCO e VANZETTI (SOAVE e CICCHETTI)  
STRAPAZZI (STAMBAZZI)  
QUERCIA (QUERZE')  
SAMIR (SAID)  
BIGLIARDI (BELIARDI)  
CATRAMI (CATRANI)  
RANOCCHIA (RANOCCHI)  
RAVIOLI - TROVAIOLI (RAVAIOLI)  
TOPO (LUPO)  
ZUCCHETTI (LUCCHETTI)  
SCARANARO (SCARANO)  
VALENTI (VITALE)  
LA VEGLIA (LA VECCHIA)  
RIELLO (AIELLO)  
CORNETTA (CORVETTA)  
CALCINELLI (CARBONELLI)  
FRINGUELLUCCI (FRENQUELLUCCI)  
CORBUCCI VITOLO: CORBUCCI VITELLO  
URTICAO: LUTTICHAO  
OPLA': LA PLACA



## **GUERRA IN UCRAINA: PROBLEMATICHE DELLA SANITÀ MILITARE IN UN CONFLITTO AD ALTA INTENSITÀ.**

di Emilio Rastelli

34

**L**E GUERRE CON IL LORO TRAGICO BILANCIO di morti e feriti diventano anche il volano del progresso scientifico. Mai come in tempo di guerra le tecnologie militari evolvono e hanno ricadute in seguito sulla vita civile, questo accade anche per la medicina. La Guerra in Ucraina è uno scontro che ricorda le battaglie della prima Guerra Mondiale, con un bilancio di morti e feriti non quantificabile, coperto dal segreto militare da parte dei contendenti. Estremamente preoccupante un video (messo in rete da un canale Telegram russo e subito censurato da parte dei servizi ucraini) dell'operatore di telefonia mobile ucraino Kyivstar che, chiedendo una donazione a favore delle forze armate, esortava a mandare un messaggio a un militare, evidenziando che "400 mila eroi non risponderanno mai più al telefono". Il numero elevatissimo potrebbe essere ridimensionato per un numero di SIM perdute o disattivate, ma resta comunque enorme. Come elevate sarebbero anche le perdite fra le file dell'esercito russo, che teoricamente dovrebbe averne in numero minore essendo sulla difensiva e subendo in maniera inferiore l'azione dell'artiglierie e dell'aviazione.

All'inizio del 2022 i servizi segre-

ti americani e britannici avevano segnalato lo spostamento degli ospedali da campo russi ai confini ucraini e il generale responsabile della sanità militare inglese Tim Hodgetts era certo che questo fosse il segnale della guerra imminente, confermata dalla campagna di donazione di sangue in atto in Russia fra gli studenti universitari. Come è noto gli eritrociti hanno una sopravvivenza di sei settimane e anche se congelati un tempo limitato per il loro uso. I servizi segreti Nato segnalavano anche che erano in corso esercitazioni chirurgiche da parte dei medici militari russi su grossi animali anestetizzati.

La guerra in Ucraina è la più imponente in Europa dopo il 1945. Lo scontro tra Russia e Ucraina è di una portata e un'intensità mai viste dagli eserciti occidentali dai tempi della guerra di Corea negli anni cinquanta. Le vittime militari dei due contendenti hanno oscurato il numero di decessi riportati nel corso delle recenti campagne statunitensi ed europee. Gli Stati Uniti hanno perso più di settemila soldati in Afghanistan e in Iraq tra il 2001 e il 2019. Una guerra come questa in atto non sarebbe accettata dalla società dei paesi occidentali, che in epoche ormai remote, fece terminare la Guerra in Vietnam, ritenendo insopportabile 58.000 soldati

uccisi e 158.000 feriti.

Durante la Guerra in Afghanistan ci fu un salto qualitativo sull'assistenza ai feriti da parte della sanità militare statunitense, infatti fu certo che assistendo in maniera intensiva il ferito entro un'ora, si sarebbero salvate moltissime vite e pertanto si intensificò l'uso degli elicotteri sanitari per il trasporto dei feriti, il tempo d'intervento fu chiamata "l'ora d'oro". Questo non può accadere in Ucraina per la facilità con cui gli elicotteri vengono abbattuti da parte di missili spallaggiati, mancando da ambo le parti il rispetto del simbolo della croce rossa. Tra il 2001 e il 2009 70 elicotteri statunitensi furono abbattuti in Afghanistan e in Iraq. La Russia in 17 mesi ne ha persi 90, per l'ucraina non ci sono dati, ma probabilmente più dei russi, infatti solo nella difesa della acciaieria Azofstal all'inizio del conflitto, gli elicotteri di soccorso ed evacuazione ne furono abbattuti a decine.

Il rapporto tra i militari feriti e quelli uccisi statunitensi, si aggirava sui tre/quattro a uno in Vietnam, dove le cure erano meno efficaci, mentre in Afghanistan era del 2%, in questa guerra si stima il rapporto di dieci a uno sia per le tempistiche di intervento, ma anche per le ferite più gravi causate dall'uso intenso dell'artiglieria, dei campi minati, dei missili.

Una ricerca di fine 2022 del centro studi britannico Royal United Service Institute, suggerisce che il 40 per cento dei militari ucraini feriti abbia riportato infortuni permanenti. Un dato non coperto dal segreto militare quantifica in 80.000 (in incremento) le protesi agli arti consegnate in Ucraina a soldati con i postumi invalidanti e dati simili sono probabilmente comuni in Russia. Tanisha Fazal dell'università del Minnesota, esperta di cure mediche in contesti

di guerra, ha raccontato lo sgomento provato guardando un video di un ufficiale russo che usava un obsoleto laccio emostatico di gomma, simile a quelli usati dagli Stati Uniti in Afghanistan sino al 2000. Gli stessi lacci e medicazioni sono richiesti dall'Ucraina. Maria Nazarova, istruttrice delle forze armate dell'Ucraina riferisce che non aveva quadri professionali di medici di guerra nel 2017, mentre nel 2022 ne erano addestrati 650, ed attualmente sono addestrati ogni mese solo 300 paramedici chiamati medici junior dopo un corso di 4 settimane di addestramento da parte medici Senior (laureati in medicina). In Gran Bretagna sono stati addestrati 17.000 militari ucraini fra cui anche medici, l'addestramento era incentrato sull'esperienza di combattimento delle forze armate inglesi e quindi soprattutto per ferite di armi leggere. Altro problema è che i medici militari ucraini sono impiegati anche in combattimento e quindi esclusi da una teorica intoccabilità da parte del nemico. "Solo dopo che il combattimento è terminato, si fornisce il primo soccorso" denuncia il dott. Gurman, 27 anni, medico da combattimento senior del 243esimo battaglione di difesa territoriale. C'è carenza assoluta di medici laureati, di ecografi, apparecchi radiologici, dispositivi per sintesi ossee, il necessario per trasfondere fluidi, un problema che, come spiega Nazarova, è molto comune con i soldati in stato di shock, il 90 per cento delle forniture per la medicina da combattimento è acquistato in Ucraina da volontari e il 15% si presume già scaduto. I medici ucraini rimasti in patria sono pochi ed utilizzati anche per la sanità pubblica, che non brillava anche prima del conflitto.

In guerra, in ogni esercito, il primo intervento sul campo è generalmen-

te affidato a paramedici addestrati, mentre i medici operano negli ospedali da campo o nelle retrovie. Per le esigenze dell'esercito ucraino, si stima che ne servirebbero almeno 15.000. In un saggio pubblicato nel *Journal of the American College of Surgeons*, più del 70 per cento delle vittime ucraine è stato provocato da fuochi di sbarramento di artiglieria e missili. Questi eventi hanno la tendenza a colpire un numero più alto di soldati, provocando politraumi, con danni a diverse parti e organi del corpo. Il vice ministro della Difesa ucraino, Hanna Malyar, ha affermato il 19 agosto, che l'80% dei soldati ucraini riceve le prime cure entro un'ora dal ferimento (testimonianze dalla prima linea hanno riferito come in molti casi le prime cure vengono somministrate anche oltre le 8 ore dopo il ferimento e che i feriti devono essere evacuati a braccia per chilometri sotto il fuoco nemico, probabilmente stessa situazione da parte avversaria. I problemi della sanità militare Ucraina sono stati ben evidenziati il 26 agosto da un articolo di Svitlana Morenets su "The spectator" nel quale si afferma che il grosso dei decessi tra i militari ucraini feriti si registra nelle prime ore poiché molti muoiono per emorragie che non vengono trattate velocemente e non potrebbe essere altrimenti vista la ferocia degli scontri e i mezzi di soccorso posseduti. La Sanità Militare occidentale sta rivedendo i suoi piani d'intervento sulla scorta dell'esperienza della guerra in Ucraina, piani che erano fermi all'epoca della guerra fredda. Curare queste ferite potrebbe rappresentare, in caso di conflitto, un problema enorme per gli eserciti europei. Il sangue è un «bene strategico», come afferma R. Tim, esperto di logistica medica in ambito militare

presso il King's College di Londra. Un sistema sanitario militare che non ne dispone rischia un «crollo generalizzato del morale». Per chiarire il problema ad esempio, in Estonia la scorta di sangue in tempo di pace, potrebbe andare esaurita in un solo giorno di guerra (assumendo un tasso di utilizzo basato sugli standard della Nato). Immagazzinare sangue non è come immagazzinare cibo o munizioni. Se fresco è utilizzabile entro poche settimane, se congelato qualche mese ma non anni; inoltre il trasporto e l'utilizzo sul campo è complesso. Il Regno Unito sta investendo per produrre il suo plasma liofilizzato, dopo aver fatto finora affidamento sulle forniture di produzione francese e tedesca che potrebbe essere largamente insufficienti in caso di conflitto. Occorre ricordare che già negli anni duemila l'esercito statunitense ha evidenziato che fare trasfusioni di sangue intero ai soldati feriti, anziché iniettare singole componenti come il plasma, contribuiva a migliorare la sopravvivenza. In caso di conflitto, che ci auguriamo non avvenga mai, la sanità francese e tedesca sarebbe travolta, quella italiana lo è già in tempo di pace.

Un altro problema riguarda lo spostamento di decine di migliaia di soldati feriti. L'11 luglio 2023 i leader della Nato hanno approvato i primi piani generali di difesa dell'alleanza elaborati dopo la guerra fredda. Tra questi ci sono piani specifici per il trasporto di masse di feriti in tutta Europa e per la distribuzione delle vittime tra i diversi alleati, una questione di cui la Nato per anni si è rifiutata di occuparsi. Gli ufficiali medici della Nato, assieme al responsabile medico dell'esercito ucraino, si sono incontrati per mettere alla prova il funzionamento di queste procedure in tempo di guerra. Fino al 60 per



*Soldati ucraini curati vicino al fronte di Bakhmut, nel Donetsk, 19 agosto 2023. (Diego Herrera Carcedo, Anadolu Agency/Getty Images)*

cento delle vittime ucraine è stato trasportato in treno in ospedali più attrezzati e Medici Senza Frontiere ha collaborato con un treno fornito di 5 letti di terapia intensiva e 28 sub intensiva. Viaggi che, dal fronte all'ovest, duravano circa 20 ore. Un tempo i medici preferivano che gli ospedali fossero ben visibili in una zona di guerra. La lezione appresa in questa guerra è invece drammatica. I contendenti hanno colpito reciprocamente strutture segnalate da enormi croci rosse sul tetto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che nel conflitto si siano verificati circa novecento attacchi contro strutture sanitarie di ambo gli schieramenti. Si contano circa 1000 attacchi di droni russi nei confronti di autoambulanze dopo che furono scoperte che alcune di esse trasportavano munizioni. Gli eserciti stanno valutando in che modo rafforzare, camuffare o sparpagliare le loro strutture. Tuttavia, ospedali da campo leggeri e agili offriranno inevitabilmente cure mediche più limitate. Un'altra sfida sempre più rilevante è far sì che le emissioni elettroniche

delle attrezzature mediche non attirino le bombe nemiche. Una ricerca pubblicata nel febbraio 2022 dal colonnello Joseph Maddry e dai suoi colleghi all'Institute of Surgical Research dell'esercito statunitense ha preso in esame le cartelle cliniche di 1.267 pazienti trasportati con ferite da trauma. Nella metà dei casi non avevano ricevuto interventi salvavita lungo il tragitto. Sul numero dei caduti influisce pesantemente anche la capacità di soccorrere e trattare tempestivamente i feriti, settore in cui i russi sembrano aver mostrato grande efficacia. A metà agosto il Direttorato della Sanità militare russa ha reso noto che il 97 per cento dei feriti viene reintegrato nei ranghi dopo la guarigione, percentuale simile a quella annunciata già un anno or sono dal ministro Shoigu. Un altro conto è però come questi militari vengano reintegrati, certamente non tutti nei reparti operativi e con quali postumi. L'Ucraina sta testando l'uso di droni cargo, in grado di trasportare 180 chili fino a 70 chilometri, che potrebbero essere utilizzati anche per

evacuare soldati feriti, anche se, osserva il dottor Fazal, i droni sono soggetti agli stessi rischi di abbattimento degli elicotteri. Gli Stati Uniti si sono offerti di aiutare l'Ucraina a costruire una "anagrafe dei traumi" simile a quella usata in Afghanistan e in Iraq, un database che tenga traccia delle ferite riportate dai pazienti, delle cure ricevute e del processo di guarigione. Di queste analisi beneficerebbero non solo gli eserciti alleati, ma anche il pubblico più generale. Il dott. Holcomb ha scritto di essere riuscito a ridurre del 30 per cento il numero di decessi provocati da trauma presso il suo ospedale all'Università dell'Alabama, mettendo in atto le competenze acquisite nell'Esercito. L'informazione riguardo la guerra è ricca di dati circa i finanziamenti che la NATO fornisce in armi e munizioni mentre è completamente assente circa i problemi d'ordine sanitario. Grande enfasi informativa avviene nell'illustrare come un drone o l'artiglieria distrugge un carro armato o una struttura militare, sovrapprendendo che dentro quel carro c'erano dei ragazzi che sono morti o hanno subito gravissime lesioni, che quell'azione causerà sofferenze nei sopravvissuti e nei familiari. Per tale motivo si stima che circa 650.000 uomini ucraini fra i 18 e i 64 anni siano emigrati in Europa per sfuggire alla leva militare. Il Ministero della Salute italiano ad agosto 2023 ha varato un piano di sostegno alla sanità militare Ucraina, che comprende trasferimento di casi complessi, addestramento medico, materiale. Recentemente Zelensky ha citato tra gli altri un team di medici e volontari polacchi, che hanno viaggiato "a Bakhmut, Soledar, al fronte nel sud, ed ha salvato i nostri ragazzi, i nostri soldati, ha creato un fondo

che finanzia l'acquisto di medicinali...".

Come ci insegnò Henri Dunant, fondatore della Croce Rossa dopo la battaglia del 1859 a Solferino, non esistono feriti di guerra buoni o cattivi, ma solo vittime. Bisogna sempre tenere presente che i numeri sopra citati si riferiscono a uomini, che avevano o hanno una loro vita, madre e padri, moglie fidanzata, figli, questa è la tragedia della guerra. La comunità internazionale, ONU, dovrebbero aiutare i servizi sanitari dei contendenti a potenziare i propri interventi, se proprio è impossibile far terminare il conflitto.

*Lo spunto a questo articolo nasce dalla lettura dell'articolo uscito sul settimanale britannico The Economist il 5 settembre 2023, integrato da dati presi dal Web, dalla rivista Analisi Difesa del 6 settembre 2023 e dall' Articolo sul Faro Di Roma di Vladimir Volcic del settembre 2023.*

*Tutte le informazioni e i dati riportati sono contestabili in quanto le informazioni trapelano e non sono dati ufficiali in gran parte secretati. Solo fra molto anni sarà possibile, forse, avere un quadro veritiero.*

## Per approfondire

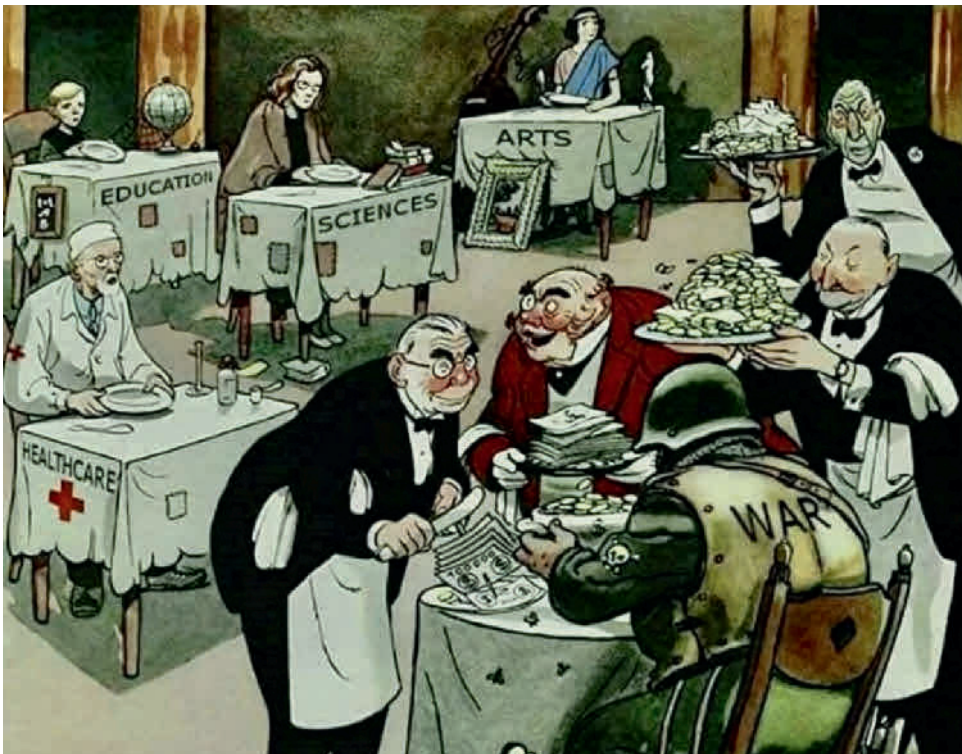
Nella sterminata bibliografia di Giorgio Cosmacini, considerato il maggiore storico della medicina italiana, non poteva mancare un saggio dedicato ai rapporti fra guerra e Medicina. Il libro che si intitola, appunto «Guerra e Medicina» (Laterza Editore 2011) è ancora facilmente reperibile nelle principali librerie online per chi volesse approfondire l'argomento. Il rapporto fra queste realtà antinomiche è un rapporto bidirezionale, a sfavore e a favore e

in tutto il lungo *excursus* storico preso in esame da Cosmacini emerge chiaro come le guerre abbiano disegnato e ridisegnato le nozioni e le azioni mediche che nei vari tempi hanno contribuito, talora in modo rilevante o decisivo, agli sviluppi e ai progressi nel campo della terapia e dell'assistenza. Scrive infatti Bernard Dixon, editor del «New scientist» (frase riportata nel succitato testo di Cosmacini, pag. 178 ): "Il momento cruciale che trasforma la «scienza per la scienza» nella «scienza per l'umanità» è la guerra. La storia delle scoperte fatte sotto lo stimolo delle necessità belliche dimostra che la ricerca e i processi innovativi possono essere accelerati". Dal mondo omerico, che ha contribuito alla conoscenza pre-anatomica del corpo, e dal mondo

romano, che ha creato un abbozzo di organizzazione ospedaliera prima per l'assistenza ai legionari feriti e poi per i traumatizzati del lavoro agricolo ed edile, al Medioevo e Rinascimento, in cui i chirurghi di guerra hanno fatto conquiste poi largamente utilizzate in tempi di pace; dall'invenzione del "pronto soccorso" da parte della sanità militare napoleonica alla fondazione dell'attività professionale infermieristica durante la guerra di Crimea; dall'idea di Croce Rossa Internazionale concepita all'indomani della battaglia di Solferino all'estensione dell'antisepsi nella prima guerra mondiale, fino alle ricadute tecnocratiche della sanità militare della seconda guerra mondiale.

39

Marco Grassi



In America - At This Restaurant Only One Person Is Served' (Krokodil n°4, 1953) di Yuliy Ganf



## **EROICA, FOLLE E VISIONARIA** **Storie di medicina spericolata**

**Silvia Bencivelli - 2023 Bollati Boringhieri**  
di Mauro Giovanardi

40

**A** **METÀ TRA SAGGIO E STORIA** romanzata il libro, con una scrittura capace di catturare il lettore e invogliarlo pagina dopo pagina a proseguire la lettura, tratta di una pratica ormai in declino: l'autoesperimento, quel momento in cui il ricercatore decide di essere *il primo* e si fa al tempo stesso artefice e cavia del proprio esperimento e "*misura, inietta, beve, inala, infila, spalma, insuffla, oggetti o sostanze o materiali di varia provenienza all'interno del proprio corpo*".

Come considerare una simile pratica? Gesto di estremo valore etico o di sconsiderata follia mosso solo dal desiderio di dimostrare a tutti i costi che si ha maledettamente ragione, anche a prezzo di ricorrere a pratiche spericolate e spesso vomitevoli dettate, a seconda delle circostanze, dalla fede incrollabile nelle proprie convinzioni e scoperte (o presunte tali) o dal desiderio di arrivare per primi e godere dei relativi benefici accademici e/o economici?

Con esiti, va detto, non di rado nefasti per la salute o addirittura per la vita dello sperimentatore. Giunto all'ultima pagina, ogni lettore si sarà fatto una propria opinione.

Nell'introduzione si citano le ricerche di alcuni autori che hanno tentato un censimento di questa pratica. Il più attendibile ne conta 465 a partire dal 1800. Non che non

ce ne fossero stati prima, ma lo scarto degli antecedenti a quella data è giustificato dalla difficoltà di ricostruirli in maniera attendibile, o perché troppo vecchi o perché scarsamente documentati. È ipotizzabile che addirittura molti non siano conosciuti a causa di esito infausto: se hai autosperimentato e sei morto chiaramente non lo puoi raccontare né pubblicare.

È interessante e forse anche consolante notare quindi la progressiva riduzione del numero di autoesperimenti man mano che ci si avvicina ai giorni nostri, ben spiegabile con l'affermarsi in medicina del metodo scientifico e della conseguente necessità di una solida casistica come prova di efficacia e fondatezza.

Altrettanto interessante, che di quei 465 autoesperimenti solo dodici furono condotti da donne. In epoche remote le scienziate erano sicuramente ben di meno che ai giorni nostri, ma un numero così scarso qualche domanda deve per forza stimolarla: le donne furono forse meno coraggiose?

O semplicemente più intelligenti e avvedute dei colleghi maschi? Procedendo nella lettura, scopriamo come grazie al coraggio, l'abnegazione o l'incoscienza (il dubbio inevitabilmente resta) di autosperimentatori si chiarì la natura carenziale e non infettiva di alcune condizioni (scorbuto, pellagra, rachitismo) o



che la modalità di trasmissione di alcune malattie infettive (p.es febbre gialla) non era interumana ma necessitava di un insetto vettore.

Incontreremo, fra gli altri, personaggi i cui nomi abbiamo conosciuto fin dagli anni dei nostri studi universitari come i chirurghi John Hunter (considerato, almeno dagli inglesi, il padre della chirurgia sperimentale) e William Halsted (fautore dell'antisepsi in sala operatoria, inventore dell'intervento di mastectomia radicale che per oltre cinquant'anni fu il *gold standard* del trattamento del tumore della mammella e ideatore dell'anestesia tronculare mediante cocaina, di cui, a forza di sperimentare su sé stesso, divenne dipendente) o il neurofisiologo Jan Purkinje (quello delle omonime fibre del s.n.c.) vero e proprio recordman di autoesperimenti sull'effetto di farmaci (digitale, emetina, belladonna...).

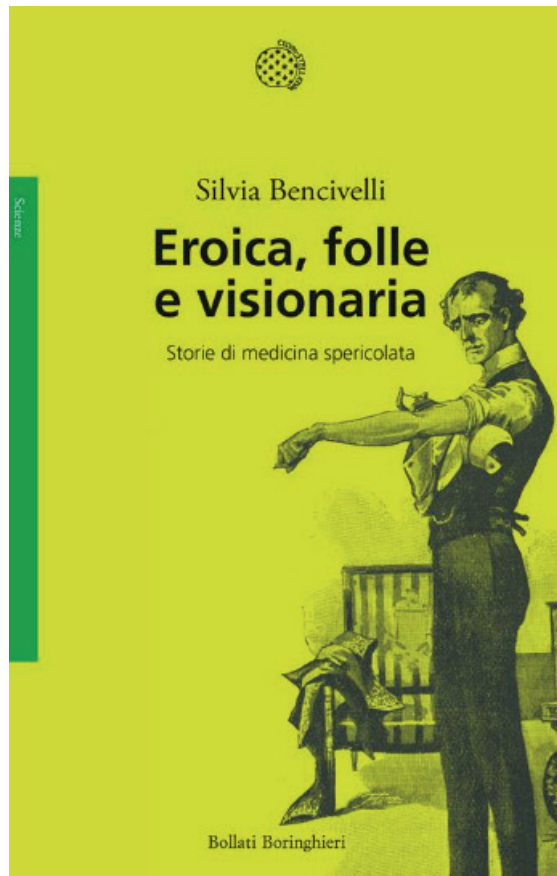
Scopriremo anche storie incredibili come quelle dei due chirurghi che in circostanze diverse si autooperarono di appendicectomia - l'uno per necessità dettata dall'isolamento in una remota stazione scientifica dell'Antartide, l'altro per dimostrare spettacolarmente che lo si poteva fare in anestesia locale - o le storie controverse e affascinanti di veri pionieri come Werner Forssmann che praticando il primo autocateterismo cardiaco nel 1929, quando era ancora un giovane tirocinante, smontò il paradigma fino ad allora incontestato secondo cui "il cuore non si tocca", per finire poi dimenticato fino al 1956 quando gli fu assegnato il Nobel in circostanze che vale la pena di scoprire con la lettura.

Aggiungo che non mancano racconti di rivalità feroci e pratiche poco edificanti, un capitolo dedicato ai vaccini e un divertente paragrafo dedicato ad Albert Hofman scopritore, prima per caso e poi per reiterati autoesperimenti, degli effetti allucino-

geni dell'LSD. Inizialmente commercializzato come farmaco di utilizzo psichiatrico, finirà per prevalerne un uso diciamo così "ricreativo", fino a determinarne il ritiro dal commercio. Cosa che non avrebbe impedito di provarlo - e apprezzarlo - a numerosi personaggi famosi, alcuni a noi insospettabilmente vicini i cui nomi, citati dall'autrice, non vi svelo per stimolare ulteriormente la curiosità e l'interesse che questo libro merita.

*L'autrice, Silvia Bencivelli, nata nel 1977 è laureata in Medicina e ha conseguito successivamente il Master in comunicazione della scienza. È giornalista scientifica, autrice e conduttrice di programmi radio (Radio 3 Rai) e televisivi (Rai scuola e Rai Tre). Ha pubblicato numerosi saggi sulla comunicazione scientifica, argomento su cui ha tenuto anche corsi di formazione presso varie sedi universitarie. Collabora con Repubblica, D di Repubblica, il Venerdì di Repubblica, Le Scienze, Mente e Cervello, Focus, Wired, il BoLive.*

41





## RUBENS A PALAZZO TE

di Maurizio Della Marchina

42

**L**A MOSTRA "RUBENS A PALAZZO TE PITTURA, TRASFORMAZIONE E LIBERTÀ" si tiene a Mantova dal 7 ottobre 2023 al 7 gennaio 2024.

Il Palazzo Te sorge al centro di un'antica isola sul quarto lago di Mantova, ora prosciugato e deve il suo nome (Tejeto) alla presenza di tigli o di capanne rustiche ed ha costituito da sempre il luogo di svago preferito dai Gonzaga.

La stupenda villa rinascimentale ideata e realizzata da Giulio Romano per Federico II Gonzaga come luogo destinato all'ozio ed ai ricevimenti fastosi principeschi doveva rappresentare la sede ideale per il soggiorno piacevole e rilassato, simile a quello dalle antiche ville

romane.

Giulio Romano fu uno dei collaboratori più validi di Raffaello, con uno stile che si ispirò anche a Michelangelo, con una cifra pittorica che fu caratterizzata per potenza, incisività e dinamismo delle figure dall'influsso michelangiolesco.

Giulio giunse a Mantova nel 1524 e divenne presto una delle figure di riferimento del panorama artistico locale e fu nominato "Prefetto delle fabbriche" gonzaghesche, diventando il principale responsabile dei palazzi principeschi e dello sviluppo urbanistico della città, Federico II Gonzaga, eletto Duca dall'imperatore Carlo V si dedicò in prevalenza alla conduzione del suo Stato ed alla cura del patrimonio



artistico familiare e fece giungere nella città padana il più valido allievo di Raffaello, il quale volle progettare "non le abitazioni degli uomini, ma le case degli dei". La mostra inaugurata a palazzo Te permette al visitatore di indagare gli influssi che i grandi pittori

italiani esercitarono sull'opera di Peter Paul Rubens, divenuto pittore di corte dei Gonzaga il quale, dalle native Fiandre si trasferì in Italia a Venezia per studiare le opere di Tiziano, Veronese e Tintoretto. Da qui giunse a Mantova, nominato pittore di corte

43



# Rubens a Palazzo Te

Pittura, trasformazione e libertà

Mantova, Palazzo Te

7 ottobre 2023 — 7 gennaio 2024

[palazzote.it](http://palazzote.it)

dal duca Vincenzo I Gonzaga e qui si dedicò all'arricchimento della propria cultura figurativa studiando la collezione delle opere della collezione ducale.

Agli inizi del '600 il Rubens si recò a Roma per studiare e copiare i quadri di Michelangelo e Raffaello, non dimenticando le opere dei Carracci, di Caravaggio e del Barocchi. In quest'occasione ebbe modo di fare parte della cerchia del cardinale Scipione Borghese.

Di seguito fu in missione per il Duca di Mantova presso il re di Spagna, prima di decidere di effettuare il rientro nei Paesi Bassi ad Anversa ove si giovò dell'appoggio del borgomastro Nicolas Rockox e dell'arciduca Alberto, governatore dei Paesi Bassi Meridionali. In questo periodo lo stile pittorico

del Rubens si manifestò con la produzione di composizioni con effetti di luce molto evidenti, rimandando agli influssi caravaggeschi e michelangioleschi. Dell'Arciduca Ferdinando In questo periodo la sua bottega ricevette numerose commissioni ed organizzò una struttura che lavorava con metodi industriali utilizzando la preparazione di cartoni tali da potere delegare ai collaboratori la maggior parte dell'attività.

Dal 1617 al 1620 lavorò alla realizzazione di sette arazzi raffiguranti le Storie di Decio Mure per la nobiltà genovese e provvide alla decorazione dei soffitti della chiesa di San Carlo Borromeo ad Anversa, mentre alla fine del 1621 ricevette da Maria de' Medici, madre





del re di Francia Luigi XIII, l'incarico della realizzazione di quadri monumentali per la galleria del palazzo del Lussemburgo. Negli anni seguenti portò a termine diverse missioni diplomatiche in Spagna, presso Filippo IV ed in Inghilterra alla corte di Carlo I. Negli anni '30 del 1600 Rubens realizzò gli apparati per l'entrata ad Anversa dell'arciduca Ferdinando d'Austria e, di seguito, le decorazioni del padiglione di caccia del re spagnolo Filippo IV. Il pittore fiammingo caratterizzò la sua opera con la mescolanza di aspetti classicheggianti con quelli barocchi e con il ritmo e la fastosità delle decorazioni non trascurando le caratteristiche del realismo vero e proprio, quindi il realismo, il dinamismo e l'opulenza hanno rappresentato le caratteristiche più salienti della sua pittura. La mostra "Rubens a Palazzo Tè" permette di avere un punto di vista

non usuale sull'opera del pittore fiammingo ed esplora l'opera del Maestro, grande esponente del barocco europeo, che fonde elementi del rinascimento con quelli del Mito, dando vita ad un linguaggio artistico del tutto nuovo.

Questo linguaggio diventò presto universale e tale da comunicare diffusamente con le varie corti europee.

Le opere in esposizione alla mostra sono 52, di cui 17 del solo Rubens, divise in 12 sezioni, provengono dai più prestigiosi musei internazionali (Louvre, Prado, Museo Bojmans di Rotterdam, Galleria Nazionale di Danimarca, Musei Capitolini di Roma, Musei Reali di Torino).

Il percorso dell'esposizione permette di evidenziare come gli influssi rinascimentali manifestatisi a Mantova e negli altri territori italiani abbiano concretamente influito sulla modalità espressiva di Rubens,

La mostra pone in risalto, peraltro, come Rubens fu decisamente influenzato dalla creatività di Giulio Romano e dai suoi riscontri pittorici come il gigantismo e l'imponenza delle sue opere.

La rassegna permette inoltre di avere un'analisi attenta e dettagliata della ritrattistica di Rubens e della introspezione psicologica dei ritratti, tale da esplicitare la concezione di "Ritratti Parlanti".

In definitiva l'artista si presenta come un artista universale, al di là dei confini geografici, politici e religiosi e capace di inventare un nuovo linguaggio artistico universale, decisamente europeo, capace di rappresentare una svolta nella evoluzione della storia dell'arte.

# semiseria... mente



di Saverino La Placa

## 46

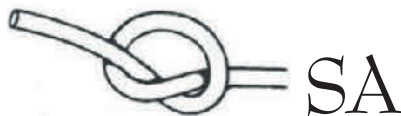
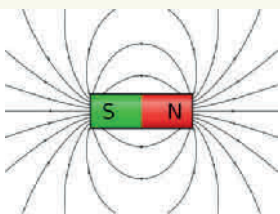
### INDOVINELLO

Sono lungo quanto un intero viaggio, ma non sono mai un mezzo di trasporto. Sono un'opera d'arte, non un quadro, nel mio mondo regna il silenzio e il conforto. Chi sono?

### GIOCO CON NUMERI

Anna, Lucia e Catia, 3 amiche, si incontrano al bar per un caffè, parlando degli anni che passano, notano che la somma delle loro età è 78. Quale sarà la somma della loro età fra 15 anni?

### REBUS (10, 8, 10)



*Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero*

#### **SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:**

Spiegazione dell'indovinello: **"Armando non poteva avere nipoti, dato che era celibe e figlio unico"**.

Spiegazione del rebus: **"PA" "RAPARE" "SIS" "PASTI" "CA" "EREDITARIA" (Paraparesi spastica ereditaria).**

Spiegazione del gioco con numeri: **"Il numero 1. Se diviso per la sua metà (0,5) dà 2 (il doppio)".**



Donne per la Salute

spazio ammi  
donne per la salute



## TEMA NAZIONALE: "CIBO ARTIFICIALE: OPPORTUNITÀ O MINACCIA?"

di Giovanna Tommasini Grossi

**D**OPO LA PAUSA ESTIVA ecco pronte per ripartire. **L'incontro dopo l'estate** rappresenta sempre una bella occasione dove

possiamo raccontare di noi.

Questi momenti trascorsi insieme ci fanno stare bene, ci allungano la vita e rinsaldano la nostra amicizia.

Com'è nostra consuetudine, tutti gli anni ripartiamo con una serata in pizzeria per riaprire una nuova stagione d'incontri e di condivisioni.

Quest'anno abbiamo scelto la pizzeria Oppalà a Santarcangelo: un luogo nuovo, dal nome che c'incoraggia, come quando si è bambini, a saltare.

Quel salto che ci deve spingere a fare del nostro meglio raccogliendo entusiasmo e motivazione, elementi importanti capaci d'infondere l'energia necessaria per portare avanti il nostro lavoro.

A settembre è uscito il Bando del **XVII Concorso Letterario** che abbiamo diffuso alle scuole.

Titolo del Tema:

**"Un antico adagio masai recita:  
"Tratta bene la Terra! Non è  
un'eredità dei nostri padri ma un  
prestito dei nostri figli"**

Tema particolarmente interessante ed attuale che fa riflettere tutti noi sull'emergenza ambientale e sulle sorti del nostro pianeta.

Il **13/14 ottobre scorso** si è svolto a Catanzaro il **XXIX Seminario Na-**

zionale. La Sezione di Rimini non è mancata a questo appuntamento. La Segretaria Maddalena, la Past President Lorenza e la Presidente dei Revisori dei Conti Carmen hanno partecipato trovando grande accoglienza e ospitalità. Il Tema del Seminario: "Terra, Salute e Cultura: la grande ricchezza mediterranea Il 18 ottobre, festa di San Luca, Protettore dei Medici, è anche Giornata Nazionale dell'AMMI - "Donne per la Salute".

Il Tema Nazionale 2023 ha il seguente titolo:

**"CIBO ARTIFICIALE: OPPORTUNITA' O MINACCIA?"**

**L'Italia e il suo Patrimonio Enogastronomico tra Sostenibilità e Tradizione".**

Ne abbiamo parlato **giovedì 26 ottobre** all'Hotel Litoraneo di Rimini con il Professor Giorgio Cantelli Forti, Presidente della Fondazione Accademia Nazionale di Agricoltura di Bologna.

Che cos'è il cibo artificiale? Per molti il futuro dell'alimentazione, per altri una minaccia da evitare.

Il cibo artificiale conosciuto anche come cibo sintetico o "cibo in provetta" è un tipo di alimento destinato al consumo umano o animale che non viene prodotto naturalmente attraverso l'agricoltura o l'allevamento animale, ma viene invece creato artificialmente in laboratorio.

Non cresce dal suolo ma utilizza

47

un mezzo di coltura ottenuto da sostanze chimiche che permettono la moltiplicazione cellulare.

Chi sostiene il cibo artificiale è convinto che il cibo sintetico può rappresentare:

- una soluzione per affrontare le sfide alimentari future
- un minor impatto ambientale
- una serie di alimenti prodotti senza sofferenza e uccisione di animali

Invece a preoccupare i critici del cibo artificiale sarebbe la mancanza di informazioni e studi scientifici.

Il cibo artificiale è frutto di una tecnologia relativamente nuova e non è ancora chiaro come potrebbe influire sulla salute umana.

Oltre a ciò la diffusione del cibo artificiale potrebbe avere un impatto economico significativo sull'industria alimentare tradizionale e sulle comunità che da essa dipendono per il sostentamento.

Il 9 novembre, spinte dall'interesse per la fotografia, ci siamo recate a Villa Mussolini a Riccione per visitare la mostra dedicata ad un grande fotografo del secolo scorso: **Robert Doisneau**.

La mostra, dal titolo "*Un certain*

*Robert Doisneau*" aveva in esposizione oltre 140 immagini in massima parte in bianco e nero, dagli anni '30 fino alla fine degli anni '80, immagini capaci di ripercorrere la storia autobiografica del grande artista.

Osservatore curioso, Doisneau (1912 – 1994), ha raccontato il mondo che lo circondava con una naturale dolcezza, rimasta ancora oggi, senza pari.

Ha immortalato la vita quotidiana che scorreva leggera su una Parigi elegante e ordinaria, raccontando i gesti semplici e spontanei delle persone..

Uomo dallo spirito indipendente, amava essere considerato un "pescatore d'immagini", che sa appostarsi pazientemente in attesa che la preda abbocchi all'amo.

Nella sua carriera ha prodotto un numero incredibile di opere fotografiche. Nei suoi ritratti di negozi e botteghe, bambini che giocano, vie del centro, luoghi di feste e celebrità, ha narrato storie e luoghi dove apparentemente non c'era nulla da vedere, abbandonandosi al caso perché amava l'improvvisazione, senza mai affidarsi ad un copione definito.





# variazione agli albi

49

## **DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 25 SETTEMBRE 2023**

### **Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. DEL GOVERNATORE Vincenzo di Santarcangelo di R. (RN)

### **Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:**

GUGLIELMI Lorenzo da Sassari  
PAGGETTI Daniela da Udine  
POLESE Milena da Ferrara  
TACCALITI Martina da Ancona

### **Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott. VANNI Alberto cessata attività

### **Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. VANNI Alberto cessata attività

## **DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 6 NOVEMBRE 2023**

### **Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa BIANCHI Elena di Rimini  
dott. BILYAK Alexey di Rimini  
dott.ssa CARIGI Federica di San Giovanni in M. (RN)  
dott.ssa CARLI Alessia di Rimini  
dott. CASADEI Leonardo di Rimini  
dott.ssa GIANNICO Erica di Rimini  
dott. LA MATTINA Federico di Rimini  
dott.ssa PECCI Annamaria di Verucchio (RN)  
dott.ssa ROSSI Francesca di Rimini  
dott.ssa SANTI Anna di Chiesanuova (RSM)  
dott.ssa SEMPRINI Michela di Santarcangelo di R. (RN)  
dott. UGOLINI Carlo Alberto di Riccione (RN)

### **Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:**

dott.ssa GESSAROLI Carla di Rimini  
(già iscritta albo odontoiatri)

### **Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:**

dott.ssa CIRAULO Roberta da Catania

# variazione agli albi

dott. DE MEO Leonardo  
da Catania  
dott.ssa GUIDARINI Marta  
da Bologna  
dott.ssa MEROLA Antonietta  
da Caserta  
dott. SCOGNAMIGLIO Luigi  
da Napoli

**Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:**  
dott.ssa PESARESI Arianna  
di Rimini

**Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGI:**  
dott. DONATI Giuseppe  
decesso (27/10/2023)

dott. MUCCIOLI Massimo  
cessata attività  
dott. PASOTTI Sergio  
decesso (19/10/2023)

**Iscrizione REGISTRO MNC Agopuntura**  
dott.ssa PAZZAGLI Giulia  
di Rimini

**Iscrizione Registro STP:**  
Rimini Fisio Center srl  
di Rimini

# 50

*Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2.291 – Albo Odontoiatri nr. 405 – Elenco Speciale STP nr. 07*

## corsi, convegni e attività culturali

### **CONVEGNO** **"UPDATE IN AMBITO OFTALMOLOGICO"**

Rimini 19 gennaio 2024 Hotel Sporting Via A. Vespucci, 20  
Segreteria Scientifica e provider:  
**Comunicazion&venti** - Tel. 0543 720901  
segreteria@comunicazioneventi.it  
[www.comunicazioneventi.it](http://www.comunicazioneventi.it)

# Fine di Metropolis

Insisto solo e sempre quando ho torto,  
finché una sistole mi batterà nel petto,  
finché conforto avrò del dono della voce,  
insisterò.

Al cospetto di Dio,  
sarò il più veloce  
a prendere parola, protestando con brio  
e cipiglio la sua inesistenza.

Eccellenza - dirò - vuole un consiglio?

Non è stagione di Certezze assolute,  
sa che liquidazione ha maturato  
nella sua lunga carriera?

Pensi un po' alla salute,  
alla pensione...

E così via fino a sera...

Dio guarderà dall'alto le città,  
in un sospiro mi darà ragione,  
poi spegnerà le stelle e si addormenterà.



**Il Comitato di Redazione  
e il Consiglio Direttivo  
augurano un sereno  
Natale e un felice  
Anno Nuovo a tutti gli  
iscritti e alle loro famiglie.**

