

*n° 4/2020

il Notiziario

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

Anno XXIII, Numero 4, Ottobre – Dicembre 2020



il Notiziario

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

Anno XXIII, Numero 4, Ottobre – Dicembre 2020

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

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

Contributi a questo numero da:

dott. Mario Agostini - presidente FEDERSeV Sezione di Rimini
dott.ssa Laura Baffoni - Internista, Centro di Formazione Medicina di Genere
dott.ssa Loreley Bianconi - MMG, Centro di Formazione Medicina di Genere
Laura Ceccarelli - laureanda in Medicina e Chirurgia
dott. Franco Magnoni - cardiologo libero professionista
dott.ssa Silvia Marzaloni - U.O. Cardiologia, Rimini
dott. Giancarlo Piovaccari - U.O. Cardiologia, Rimini
dott. Davide Saporito - Laboratorio di Aritmologia U. O. Cardiologia, Rimini
dott.ssa Giovanna Tommasini Grossi - presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini

Grafica e stampa

a cura di agenzia NFC - Rimini - tel. 0541 673550 - www.agenziafc.com - www.nfcedizioni.com

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Via Flaminia, 185/B - Rimini

Tel. 0541.382144 - fax 0541.382202

lunedì dalle 12.30 alle 17.30

martedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 8.00 alle 13.00

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

sommario

EDITORIALE	4
IL PUNTO REDAZIONALE	6
SANITÀ LOCALE	9
• L'infarto miocardico ai tempi del COVID-19	
• Monitoraggio remoto: la tecnologia al servizio del paziente	
MEDICINA GENERALE	13
• Qui gatta cicuta, (bivi e lascia bivere)	
VITA DELL'ORDINE	15
GIOVANI MEDICI	16
• Il mio Erasmus durante la pandemia	
FOCUS SULLA PROFESSIONE	19
• Medicina Generale, COVID-19 e vivere nell'incertezza	
STORIA DELLA MEDICINA	21
• Notizie (e riflessioni) dalla Scuola di Storia della medicina	
MEDICINA DI GENERE	24
• Medicina di genere e...	
• Focus on	
MEDICI E PADELLE	32
• Per... Bacco	
MEDICI MA NON SOLO	34
• Il bacio scippato	
TRIBUNA	36
• Pandemia Covid19: dall'osservazione del comportamento dei miei vicini cinesi	
• Absit iniuria verbis	
RECENSIONI	40
SEMISERIA...MENTE	46
PILLOLE E CAVILLI	47
• Nello specchio della medicina aerospaziale	
• Telemedicina e scompenso cardiaco	
SPAZIO AMMI	49
SPAZIO FEDERSPEV	51
RICORDANDO I COLLEGHI	52
VARIAZIONI AGLI ALBI	54

Nell'imminenza delle prossime Festività di fine anno il Presidente, il Consiglio e il Comitato di Redazione del Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Rimini augurano un sereno Natale e un felice Nuovo Anno a tutti gli iscritti e alle loro famiglie.

Esistono soltanto due cose: scienza ed opinione;
la prima genera conoscenza, la seconda ignoranza.
(Ippocrate)

Editoriale



di Maurizio Grossi

Lettera ai giovani Medici

Quest'anno la tradizionale Cerimonia della "Giornata del Medico" con il giuramento professionale, causa coronavirus è stata rinviata alla prossima primavera.

Non potendolo fare personalmente, userò lo spazio della pagina del Presidente per fare con Voi alcune considerazioni e darvi alcuni consigli.

Prima di tutto voglio ringraziare il personale sanitario, medico e delle altre professioni sanitarie che tanto ha dato in termini di professionalità, abnegazione, altruismo e vite umane nel corso della pandemia e che ancora tanto sta dando nella lotta contro il coronavirus.

Nel corso di questi mesi travagliati il personale medico e sanitario assieme a tante altre realtà della società italiana si è sforzato di fronteggiare l'emergenza sanitaria con generosità ed impegno. Si è trovato in prima linea nello svolgimento di un servizio arduo, a volte eroico.

E' stato segno visibile di umanità e generosità. A loro va la nostra riconoscenza.

Da loro, voi giovani colleghi dovete trarre insegnamento: molti di questi professionisti sono un esempio di come va declinata la professione medica.

Nel turbine dell'epidemia con effetti sconvolgenti e inaspettati la presenza affidabile e generosa di tanti medici ha costituito un punto di riferimento sicuro per i malati e per i loro familiari; essi hanno saputo unire alla competenza professionale quelle attenzioni che sono concrete espressioni di amore.

Quella del medico è una professione che ha oltre 2400 anni di storia e oggi come 2400 anni fa richiede a chi la pratica fedeltà a due discipline: quella della scienza e quella dell'etica. Ecco quindi l'unione vincente tra la competenza professionale e la capacità di gesti di amore e senso civico.

Il Giuramento professionale, quello che pronuncerete durante la Cerimonia della "Giornata del Medico" costituisce le fondamenta dell'arte medica e il codice deontologico con i suoi precetti che vi impegnate solennemente di rispettare costituisce la *magna carta* della professione.

È grazie a questi principi deontologici e alla grande competenza scientifica che i medici sono stati una colonna portante del Paese in difficoltà.

Inoltre giovani colleghe e colleghi ricordatevi che nella lunga storia della Medicina sono cambiate le conoscenze e gli strumenti di cura. La scienza ci fornisce mezzi inimmaginabili solo pochi anni fa.

Non è però cambiato l'oggetto del nostro lavoro, non sono cambiati gli ideali ed i principi cui dobbiamo improntare la nostra professione.

Non è cambiata la norma che ci vuole competenti scientificamente ma anche e soprattutto abili e capaci di ascoltare e comunicare.

Ricordatevi che questo è il segreto per instaurare con il paziente quel rapporto di fiducia che è alla base di ogni buona cura: ascoltare e comunicare.

Ricordatevi inoltre che il viaggio che iniziate potrà darvi grandissime soddisfazioni ma vi chiederà inesorabilmente anche tanti sacrifici.

Ricordatevi che fare il medico è un privilegio che porta con sé un pesante carico di responsabilità.

La più grande responsabilità è verso il paziente: il soggetto del vostro lavoro è Lui, con le sue

debolezze e la sua forza. Rispettatene sempre la dignità. Anche quando sarete stanchi, scoraggiati, amareggiati concedetegli sempre la vostra attenzione e la vostra disponibilità.

Poi avete una responsabilità scientifica: continuate a studiare, ad aggiornarvi. Siate sempre pronti a modificare convinzioni e comportamenti.

Ogni vostro atto faccia sempre riferimento al metodo scientifico. Non fatevi ammaliare dalle suggestioni, dai facili guadagni. Non siate portatori di idee contro le evidenze scientifiche

Rispettate i pazienti ed i colleghi.

Ricordatevi che nessuno è infallibile.

Che il paziente può perdonare tutto, tranne l'arroganza.

E ricordatevi che non siete e non sarete mai soli, l'Ordine sarà sempre al vostro fianco.

Siate orgogliosi di far parte della comunità medica e onorate con le vostre azioni questa professione.

Concludo facendovi un grande "in bocca al lupo" e augurandovi una brillante carriera professionale.

Il punto redazionale



di Marco Grassi

Care colleghe, colleghi e lettori, si chiude con questo numero del **Notiziario** un anno travagliato, vissuto «pericolosamente» e duramente da tutti i medici. Con questo numero, «pensato» dalla Redazione a fine estate in tempi ancora relativamente tranquilli, abbiamo cercato di ritornare alla «normalità» delle tradizionali rubriche che caratterizzano da anni questo Notiziario, recuperando anche articoli che non siamo riusciti a inserire nei numeri precedenti. Un numero, quindi, piuttosto corposo come quantità di articoli per cui sarà piuttosto stringato nella loro presentazione. Mentre scrivo queste note la situazione clinico-epidemiologica della pandemia di coronavirus ha purtroppo ripreso un andamento di cui non è facile definirne contorni e direzione. L'**Editoriale** del Presidente Maurizio Grossi prende atto della situazione rapidamente mutata con l'impossibilità di tenere riunioni pubbliche, rivolgendosi «su carta» ai giovani colleghi che entrano quest'anno nella professione e ai quali, assieme ai premiati per il cinquantennio di Laurea, è dedicata la tradizionale Cerimonia della "Giornata del Medico" con il giuramento professionale. Altri articoli, nelle varie rubriche, riprendono l'argomento «coronavirus» purtroppo ritornato di pressante attualità. **Sanità Locale** dà spazio ai colleghi della U.O. Cardiologia di Rimini che ci ragguagliano su due argomenti di sicuro interesse. Andrea Santarelli, Silvia Marzaloni e Giancarlo Piovaccari evidenziano nel loro articolo le problematiche connesse alle cure di quelle patologie (l'infarto miocardico, nello specifico) la cui diagnosi e relativo trattamento non può essere procrastinato nemmeno di qualche ora. Ne esce un quadro rassicurante «sulle capacità del nostro sistema sanitario di riuscire a dare sempre adeguate risposte ai vari bisogni di cura» quantomeno nell'ambito della Cardiologia riminese. Davide Saporito, sempre in ambito cardiologico, ma il discorso può essere esteso a molte altre «specialità», ha fornito alcuni esempi di telemedicina già di diffuso utilizzo. Risorsa, la telemedicina, destinata ad avere un sempre maggiore impiego indipendentemente dal protrarsi della situazione attuale. Mario Bartolomei in **Pillole e cavilli** ci offre ulteriori esempi di utilizzo di applicazioni e strategie originali mutuata dalla medicina aerospaziale. Molto potrà «essere gestito con la telemedicina, ma non tutto. Pertanto, bisognerà iniziare a selezionare cosa mantenere nell'alveo di una medicina tradizionale

e cosa consegnare a una pratica già fortemente ibridata con le nuove tecnologie.»

Medicina Generale raccoglie le considerazioni di Luigi Casadei sulle difficoltà sia pratiche che «interpretative» della prescrizione farmaceutica fra schede tecniche, note AIFA, «richiami» aziendali da un lato e mancanza di conseguenti provvedimenti atti a perseguire con maggiore efficacia obiettivi di appropriatezza e risparmio. Argomento «spinoso» su cui siamo ripetutamente intervenuti negli anni scorsi.

L'incertezza (nel fare una diagnosi, istituire una terapia, valutare una prognosi) è una variabile inevitabile della professione e dell'agire medico. Mai abbiamo affrontato il tipo di complessità nella nostra vita di medici che il coronavirus ci ha proposto come «sfida». Ne parlo in **Focus sulla professione** con una visione più incentrata sull'ambito della Medicina Generale, che conosco e che pratico da quasi quarant'anni, ma con considerazioni che possono essere estese a tutti i medici.

Lo spazio **Giovani medici** viene questa volta riservato ad un futuro medico, Laura Ceccarelli, una studentessa che ha vissuto una importante e formativa esperienza come studente del programma Erasmus in Belgio durante la pandemia di coronavirus. Esperienza «sul campo» che, assieme alle forti motivazioni che l'hanno condotta alla decisione di rimanere in Belgio nonostante il periodo, saranno sicuramente un buona base per un solido futuro professionale.

Storia della Medicina presenta il secondo numero dei «Quaderni della Scuola di Storia della medicina» che raccoglie i testi e le immagini delle tre lezioni dedicate – giusto un anno fa! – a «Le grandi epidemie nella storia della medicina», la seconda grande iniziativa «didattica» che la Scuola ha organizzato dalla sua nascita (2016) e che aveva a suo tempo riscosso un grande successo di pubblico, non solo medico. «Nessuno immaginava che di lì a pochi mesi i

temi trattati sarebbero nuovamente diventati di drammatica attualità» scrive il curatore Stefano De Carolis, a dimostrazione, se ce ne fosse bisogno, che l'evoluzione e il progresso della medicina hanno solide ma spesso trascurate radici nel passato.

Prosegue il percorso di analisi e approfondimento promosso dal Centro di Formazione Medicina di Genere (MdG) del nostro Ordine su come nascono, si manifestano e vanno curate le malattie a seconda del paziente che abbiamo di fronte. In **Medicina di genere** Loreley Bianconi riassume i contenuti della mattinata del 25 gennaio 2020 dedicata ad alcune patologie polmonari come BPCO e asma, interstiziopatie e oncologia polmonare. Sempre nello stesso «spazio» Laura Baffoni analizza i dati di letteratura che mostrano una maggiore prevalenza nel sesso maschile di *outcome* severo per complicanze e mortalità da infezione da coronavirus, confermando quanto già noto riguardo le differenze nella suscettibilità e nella reazione immunitaria in risposta alle infezioni virali nei due sessi.

Tra i tanti disastri e privazioni che il coronavirus ha causato, c'è anche quella del bacio, comune forma di espressione di affetto, ma anche di amore, passione, amicizia, rispetto, salute, e molte altre ancora. Nella rubrica **Medici ma non solo** Franco Magnoni ne dà una esauriente descrizione, artistica, letteraria, scientifica. Sempre lo stesso prolifico autore ci racconta in **Medici e padelle** la storia del fiasco, l'umile contenitore di prelibatezze enologiche, ormai soppiantato da tristi contenitori industriali, tristi come il loro contenuto.

Per raccogliere articoli non facilmente collocabili nelle tradizionali rubriche abbiamo inaugurato un nuovo spazio: **Tribuna**. Emilio Rastelli descrive con un occhio particolare l'evolvere della pandemia nella comunità cinese del suo circondario. «Cronaca minuta» apparentemente

insignificante, piccoli dettagli che tuttavia agguingono particolari degni di attenzione e arricchiscono il grande «affresco» della pandemia descritto dai media tradizionali.

Nonostante le lettere d'invito che le Asl mandano alla popolazione, in molti saltano l'appuntamento con gli screening che per essere efficaci a livello di popolazione devono raggiungere una elevata soglia di adesione. Per invertire la rotta si utilizzano, accanto ai mezzi tradizionali, campagne di sensibilizzazione che cercano di raggiungere i cittadini anche con *media* e messaggi «alternativi». Ne tratta l'articolo di Mauro Giovanardi partendo da una esperienza locale di «sensibilizzazione» che è stata sospesa per l'uso di modalità comunicative (messaggio e immagine) ritenute inopportune. Il fine non sempre giustifica i mezzi ma quando la finalità di una azione è meritoria come incentivare la partecipazione agli screening «il fine può venir prima del mezzo e può rendere accettabile anche un linguaggio giocato su toni forti ma comunque proporzionati alle resistenze da scalfire».

Sebbene il momento non sia propizio per una frequentazione di spazi chiusi, Maurizio Della Marchina ritorna a proporci **Recensioni** di mostre d'arte. In questo caso è però rivolto ad un solo capolavoro, la Madonna Diotallevi di Raffaello, che ritorna temporaneamente a Rimini ospitata presso il Museo della Città. L'articolo presenta sia i dettagli artistici legati al capolavoro raffaellesco che la storia della presenza a Rimini del dipinto e della famiglia cui è appartenuto.

Antonella Chiadini recensisce «Curare Guardare. Epistemologia ed estetica dello sguardo in medicina» di Antonia Chiara Scardicchio - Fran-

co Angeli Editore. Un «libro curioso per medici curiosi. Un libro inquieto per medici la cui inquietudine è la spinta alla ricerca continua, medici la cui «umanità» è tutt'uno con la propria scienza: perché il paziente non cerca romantici sorrisi ma sguardi complessi e compositi, sguardi curiosi, incuriositi, curiosanti».

Dopo il tradizionale «intermezzo» **Semiseriale** di Saverino La Placa, lo **Spazio AMMI** relazione sulle attività appena svolte dall'associazione presieduta da Giovanna Tommasini Grossi, attività notevolmente ridotte anch'esse per causa di forza maggiore. L'auspicio dell'Associazione, cui tutti ci associamo, è «che questo periodo complesso della vita di tutti noi ci conduca ad una crescita personale». Lo **Spazio FEDERSPeV** ospita la lettera di presentazione di Mario Agostini rivolta ai colleghi, come lui, neo-pensionati per proseguire un altro tratto di cammino in comune e condividere questa «situazione nuova, con molte incognite, e una difficoltà psicologica inevitabile quando ci si deve «ambientare» al nuovo, o comunque ad una situazione diversa da quella fin qui conosciuta». Infine, il ricordo toccante e commosso della moglie Rosalba Rondinelli del dottor Pierluigi Cecchi, pediatra riminese vinto dal virus Sars-Cov 2 dopo una vita ricca di soddisfazioni umane e professionali.

Non mi resta, a chiusura di questo numero del Notiziario, che rivolgermi i tradizionali auguri di fine anno ma provo una certa difficoltà a trovare le giuste espressioni per farlo. Mai come in queste festività varrà il detto popolare «Natale con i tuoi», un giorno di significati e tradizioni da trascorrere nella calda cerchia familiare.

L'Infarto Miocardico ai tempi del COVID-19



I danni provocati dal COVID-19 non sono stati solo le gravi polmoniti che hanno determinato un alto numero di decessi e saturato i posti letto di gran parte degli ospedali italiani. Come danno collaterale, questa malattia ha polarizzato l'offerta sanitaria, tutta concentrata nel trattamento delle infezioni da Sars-CoV-2. Interventi, visite ed esami diagnostici sono stati per la gran parte procrastinati. Le conseguenze di questo «congelamento» non sono ancora ben quantificabili in termini di morbilità e mortalità ma si temono dati molto negativi.

Nel caso dell'infarto miocardico, invece, le conseguenze sono già ben note. Durante la recente pandemia, in tutta Europa si è assistito a una forte riduzione dei ricoveri per infarto miocardico con un calo di ricoveri ospedalieri per sindromi coronariche acute dal 27.6% al 48.4%. [1-2-3-4-5]. Se all'inizio era stato ipotizzato un effetto positivo del *lockdown* (le persone a casa senza stress da lavoro), la situazione è apparsa invece molto grave quando sono emersi dati su un significativo aumento di mortalità (5). I pazienti arrivavano infatti in ospedale molto più tardi, anche dopo giorni, con quadri evoluti che spesso si traducevano in esiti sfavorevoli. Per il timore di contrarre in ospedale un'infezione da Sars-CoV-2, i pazienti con sintomi infartuali rimanevano a casa senza richiedere soccorso al 118 né accedere al Pronto Soccorso.

La comunità cardiologica è corsa al riparo lanciando un allarme, riportato da molti quotidiani e mass media, al fine di sensibilizzare la popolazione a non temere l'accesso in ospedale, rassicurandola sull'esistenza di percorsi sicuri ed efficienti. Il sistema di emergenza territoriale, per esempio, nonostante le grandi difficoltà determinate dalla pandemia, ha continuato a funzionare adeguatamente in tutte le patologie tempo-dipendenti, compreso l'infarto miocardico. Nei recenti mesi di marzo e aprile, il 118 della provincia di Rimini ha mantenuto ottime *performance*, sovrapponibili a quelle dell'anno precedente (arrivo del soccorso in 16 minuti dalla chiamata, riperfusione coronarica con palloncino in 70 minuti dalla diagnosi elettrocardiografica effettuata a casa dei pazienti).

Il Laboratorio di Emodinamica dell'Ospedale Infermi ha effettuato lo stesso numero di interventi in emergenza degli stessi mesi dell'anno precedente, nonostante le difficoltà di operare, senza penalizzare i pazienti, nella piena sicurezza degli operatori.

di Andrea Santarelli, Silvia Marzaloni, Giancarlo Piovaccari

All'inizio della pandemia, al fine di fronteggiare adeguatamente la situazione, sono state redatte dettagliate istruzioni operative interne su percorso dei pazienti, preparazione della sala ed equipaggiamento degli operatori con adeguati dispositivi di protezione, nei casi di sospetta o accertata infezione da Sars-CoV-2. Ben presto, considerata la particolare epidemiologia della provincia di Rimini, questo protocollo è stato esteso a tutti i pazienti trattati in emergenza e ancora adesso, nonostante la situazione nettamente migliorata, viene costantemente applicato. I risultati di questi due mesi sono stati positivi, la mortalità è risultata sovrapponibile a quella dell'anno precedente e nessun operatore sanitario del Laboratorio di Emodinamica è risultato infetto da Sars-CoV-2 nei diversi controlli effettuati con tampone. Rispetto agli stessi mesi del 2019 si è invece riscontrata una riduzione del 30% dei ricoveri per infarto non ST sopra, quello in cui lo studio coronarografico viene effettuato solo dopo il riscontro di una significativa dismissione di markers di danno miocardico. Questo dato è di difficile interpretazione. È infatti possibile che alcuni infarti miocardici non siano stati identificati considerata l'alta percentuale di troponina positiva nei pazienti COVID-19 con grave compromissione polmonare. È però anche plausibile ipotizzare che una parte di questi pazienti sia rimasta a casa e che in alcuni, deceduti, non sia stata identificata un'eziologia cardiaca.

Pertanto è importante tenere bene in mente gli effetti devastanti della narrazione mediatica di una sanità sull'orlo del collasso. È compito di noi medici assicurare i cittadini sulle capacità del nostro sistema sanitario di riuscire a dare sempre adeguate risposte ai vari bisogni di cura.

Bibliografia

- Metzler B, Siostrzonek P, Binder RK, Bauer A and Reinstadler SJ. Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage. *Eur Heart Journal* 2020,1-2 doi:10.1093/eurheartj/ehaa314.
- De Filippo O, D'Ascenzo F, Angelini F, Bocchino PP, Conrotto F, Saglietto A, Secco GG, Campo G, Gallone G, Verardi R, Gaido L, Iannaccone M, Galvani M, Ugo F, Barbero U, Infantino V, Olivotti L, Mennuni M, Gili S, Infusino F, Vercellino M, Zucchetti OCasella G, Giammaria M, Boccuzzi G, Tolomeo P, Doronzo B, Senatore G, Grosso Marra W, Rognoni A, Trabattoni D, Franchin L, Borin A, Bruno F, Galluzzo A, Gambino A, Nicolino A, Truffa Giachet A, Sardella G, Fedele F, Monticone S, Montefusco A, Omedè P, Pennone M, Patti G, Mancone M, De Ferrari GM. Reduced rate of hospital admissions for ACS during Covid-19 outbreak in northern Italy. *NEJM April 2020* doi:10.1056/NEJMc2009166.
- Indolfi C, Spaccarotella C. The Outbreak of COVID-19 in Italy fighting the pandemic. *JACC* 2020 doi:10.1016/j.jaccas.2020.03.012.
- S. Garcia, M. S. Albaghdadi, P. M. Meraj, C Schmidt, R. Garberich, F. A. Jaffer, S. Dixon, J. J. Rade, M. Tannenbaum, J. Chambers, P. P. Huang, T. D. Henry. Reduction in ST-Segment Elevation Cardiac Catheterization Laboratory Activations in the United States during COVID-19 Pandemic *Jacc* <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.011>.
- De Rosa S, Spaccarotella C, Basso C, et al. Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era. *European Heart Journal* 2020;0:1-6.



di Davide Saporito

Monitoraggio remoto: la tecnologia al servizio del paziente

Si parla di telemedicina dagli anni 90; tuttavia la percezione comune è che si tratti di un surrogato della medicina tradizionale per l'assenza del contatto diretto con il paziente. In questi mesi, in un periodo storico in cui i contatti sono stati limitati dalla quarantena nazionale, abbiamo incominciato ad apprezzare l'interazione a distanza con pazienti e colleghi attraverso nuove modalità: chi con il telefono, chi con la videochiamata o la videoconferenza. In ambito cardiologico la telemedicina è una realtà da molti anni.

Da circa 20 anni i dispositivi cardiaci impiantabili (pacemaker e defibrillatori) sono in grado di eseguire automaticamente gli stessi test che vengono effettuati in ambulatorio in occasione della visita annuale: analisi di *sensing* e soglia, impedenza e capacità... tutti volti ad assicurare il corretto funzionamento del sistema (elettrocateteri e generatore). Nel corso degli anni le aziende produttrici di *device* hanno investito ingenti risorse in ambito tecnologico: nella miniaturizzazione (con riduzione delle dimensioni dei generatori), nell'incremento dell'efficienza delle batterie (con prolungamento della longevità), nell'automatizzazione dei controlli elettrici, nel derivare parametri clinici da quelli elettrici. Oggi sul mercato internazionale sono disponibili pacemaker e defibrillatori (in particolare quelli per la resincronizzazione cardiaca) in grado di

fornire buona parte dei dati necessari al medico per valutare lo stato di compenso di un paziente: frequenza cardiaca e respiratoria, presenza di aritmie cardiache, inclinazione notturna del tronco e presenza di apnee notturne, entità della congestione polmonare, valori pressori e peso corporeo (attraverso bilance e sfigmomanometri in comunicazione *wireless*).

Un'improvvisa alterazione dei parametri elettrici o "clinici derivati" genera un "alert", talora avvertito dal paziente con una vibrazione o con un allarme sonoro. Attraverso l'ausilio di un trasmettitore telefonico è possibile inviare periodicamente tutti questi dati dal dispositivo a una piattaforma gestionale alla quale il personale sanitario può accedere giornalmente effettuando, appunto, un "monitoraggio remoto". Se i primi sistemi necessitavano di una propensione tecnologica (unitamente a un collegamento con la rete fissa), i nuovi apparecchi sfruttano la tecnologia *wireless/bluetooth* e la trasmissione GSM al fine di annullare l'interazione del paziente con il trasmettitore ed estendere questa metodica anche alla popolazione più anziana.

Da qualche anno alcune ditte hanno incominciato ad applicare l'intelligenza artificiale all'elaborazione dei dati generando degli "indici di instabilità" del paziente: l'ambizioso progetto è quello di predire lo sviluppo dello scompenso

congestio prima della comparsa dei sintomi, intraprendendo terapie mirate e riducendo i lunghi ricoveri. Si sta quindi gradualmente passando da un controllo del dispositivo a un monitoraggio del paziente: le trasmissioni, che vengono visualizzate sul portale secondo un codice semaforico, permettono facilmente di identificare i pazienti maggiormente a rischio di scompenso e le situazioni che necessitano di un sollecito intervento da parte del personale medico. È tuttavia doverosa una precisazione: non si tratta di un sistema di emergenza (connesso con il 118 o con un call-center attivo 24/24h) ma di un valido supporto al controllo ambulatoriale.

A Rimini l'esperienza del monitoraggio remoto ha avuto inizio nel 2012, anno delle abbondanti neviccate che avevano paralizzato l'entroterra riminese. Il progetto pilota, chiamato 'Progetto Valli', aveva come scopo quello di testare l'utilizzo del nuovo sistema nei pazienti della Valmarecchia e Valconca, costretti talora a lunghe traversate a fronte di un controllo della durata di pochi minuti. Nei successivi due anni abbiamo consegnato più di 400 trasmettitori *wireless* limitando i controlli ad uno all'anno nei soli portatori di defibrillatore automatico. I risultati, analoghi a quelli degli studi nazionali e internazionali sull'argomento, sono stati una precoce identificazione degli eventi aritmici (con un precoce inizio della terapia ipocoagulante, qualora indicata); una precoce identificazione dei malfunzionamenti degli elettrocateri (evitando ricoveri per sincopi da difetto di cattura o *storm* aritmici da rottura dell'elettrocatero da shock); incremento dell'aderenza alla terapia medica (i pazienti riferivano di sentirsi più "seguiti e coccolati" con i follow-up telefonici, rispetto alla celere visita ambulatoriale); una riduzione dei costi "sociali" (in alcuni studi stimati pari a 150 euro per paziente per anno). Come in buona parte dei Centri Europei, anche nella nostra realtà abbiamo dovuto però fare un parziale passo indietro tornando al

controllo ambulatoriale tradizionale. Nonostante le indicazioni delle principali società scientifiche europee e americane, l'assenza di un rimborso in grado di coprire i costi per il personale dedicato (necessario a far fronte all'aumentato carico di lavoro) rappresenta la limitazione principale all'adozione di questa metodica.

Durante la pandemia da COVID-19, ancora una volta la popolazione è stata costretta a rimanere confinata tra le mura di casa. Le visite ambulatoriali sono state sospese, comprese quelle dei portatori di *device* cardiaci. Come recuperare più di 500 controlli ambulatoriali evitando gli "assembramenti"? Come abbattere le lunghe liste di attesa? Ancora una volta la tecnologia ha permesso di creare dei ponti tra i pazienti e l'ospedale; il 'Progetto Valli' ha nuovamente spiccato il volo sorvolando questa volta tutta la provincia di Rimini. In questi mesi abbiamo contattato telefonicamente i pazienti con dispositivi monitorabili che avrebbero dovuto presentarsi in ambulatorio durante il periodo della quarantena e abbiamo fornito loro un trasmettitore per il monitoraggio remoto; la medesima procedura sta avvenendo per tutti i pazienti che dovranno sottoporsi al controllo ambulatoriale nei prossimi mesi. L'Asl Romagna ha destinato parte del budget per l'assunzione di tecnici di cardiologia da adottare in tale ambito e supportare i medici e l'infermiera che si stanno occupando del progetto.

Nel frattempo auspichiamo che la Regione segua il buon esempio di Veneto e Trentino nella creazione di un rimborso per tale tipologia di prestazione così da rendere sostenibile il grande lavoro di questi mesi. Peraltro, con l'attivazione delle nuove gare regionali e nazionali, tutti i dispositivi che verranno impiantati saranno monitorabili; pertanto sarà un'importante occasione per estenderlo a tutta la popolazione impiantata perseguendo l'obiettivo di mantenere il più possibile il paziente lontano dall'ospedale ma sempre vicino alle cure.

Rubrica di Medicina generale



di Luigi Casadei

Qui gatta cicuta, (bivi e lascia bivere)

Covid-19 ha messo tutti di fronte a un bivio: c'è un mondo da reinventare, occorre muoversi. In quale direzione? Però la quantità di risorse necessarie alla sfida sembra inaccessibile, dunque? Parlando di Sanità, molto si è fatto per "togliere fisicamente" dalle sale d'attesa una platea di persone che le frequentavano soprattutto per la ripetizione delle ricette dei farmaci in terapia cronica. Altro si può fare a costo zero, nell'ottica di limitare gli accessi e, di conseguenza, l'affollamento e dunque i possibili contagi. L'Unità Operativa Assistenza Farmaceutica Territoriale della mia Ausl pubblica periodicamente (ad uso interno) i report riassuntivi sull'andamento degli obiettivi di appropriatezza prescrittiva. Per il 2019, fra i bersagli da raggiungere, c'era l'utilizzo delle confezioni contenenti un numero maggiore di compresse (ad esempio quelle da 28 compresse per gli Inibitori di Pompa Protonica e quelle da 28-30 compresse per i farmaci contenenti Amlodipina). Tali confezioni consentono infatti un ragguardevole risparmio sui costi. Un progetto condivisibile, minato a mio parere da alcune falle iniziali. Le critiche che argomenterò - mi preme fin d'ora puntualizzare - non sono dettate da astio o risentimento: le mie performance di prescrittore sono molto positive per la mia Ausl e vanno del tutto nella direzione auspicata da chi questi obiettivi ha fissato. L'impiego dei farmaci in confezioni "maggiorate" è tuttavia una falsa scelta che dipende esclusivamente dalle confezioni proposte dall'industria e approvate per la commercializzazione dall'AIFA. Perché mai dovrebbe essere incentivata economicamente una possibilità che è quasi per intero fuori dal nostro controllo? Mi spiego ancora meglio: a cosa servono le confezioni di Inibitori di Pompa Protonica da 14 compresse? Quale ciclo di terapia a base di questi principi attivi può concludersi in 14 giorni? (Due settimane di terapia sono previste in scheda tecnica come durata minima solo per Omeprazolo e Lansoprazolo... e si passa a un trattamento minimo di 4 settimane per Esomeprazolo, Rabeprazolo, Pantoprazolo). Altri esempi:

Vita dell'Ordine

che senso hanno le confezioni di Triatec 5 mg, Lacirex 6 mg, Norvasc 10 mg da 14 compresse? E le scatole di Terazosina 5 mg, pure da 14 compresse, e quelle di Tamsulosin 0,4 mg e Doxazosin da 20 compresse a confezione? Quale razionale sta dietro la scelta di fornire confezioni di Statine da 28-30 compresse?

Per concludere: 1 - il packaging dei farmaci rappresenta un costo all'inizio, un costo ambientale allo smaltimento e un costo che si traduce in maggiore inutile ricorso al Medico di Medicina Generale e alla farmacia. 2 - L'Aifa dovrebbe regolamentare in modo più appropriato le confezioni dei farmaci che devono essere utilizzati per tempi lunghi e/o indefiniti. 3 - Le leggi dovrebbero consentire (per esempio ai farmaci antiipertensivi) confezioni da 60 compresse e garantire almeno 4 mesi di terapia al paziente cronico. 4 - L'Aifa dovrebbe regolamentare l'uso degli inibitori di pompa protonica e stabilire uno stop della rimborsabilità dopo due anni di trattamento, per le indicazioni di maggiore durata della terapia. Trascorso tale periodo, il paziente - edotto dei rischi di effetti collaterali - dovrebbe accedere a tali presidi in fascia C, senza rimborso dei vari SSR. Se vi siete sorpresi per il titolo: è un *nonsense*, proprio come alcune delle questioni che ho tentato di descrivere in questo breve, lacunoso articolo. Nel bivio cui accenno nel sottotitolo, invece, si deve scegliere per forza una direzione: non è più consentito indugiare, traballando tra di qua e di là.



Risultati elezioni ordinistiche 2021-2024

Maurizio Grossi è stato riconfermato Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Rimini.

Si sono concluse lunedì 26 ottobre le votazioni per il rinnovo degli organi istituzionali.

Dopo lo spoglio delle schede, nella giornata di mercoledì 4 novembre si sono riuniti i consigli con la elezione e proclamazione delle cariche istituzionali.

Presidente Ordine dei Medici Maurizio Grossi, *Vice Presidente* Franco Mandolesi, *Segretario* Giovanni Cananzi, *Tesoriere* Massimo Montesi, *Consiglieri* Geo Agostini, Antonella Antonelli, Melchisede Bartolomei, Loreley Bianconi, Fabio Cesaretti, Pasquale Contento, Raffaella De Giovanni, Silvano Fattori, Marco Grassi, Andrea Santarelli, Chiara Tenti, Roberto Piastra, Marco Vigna.

Presidente Commissione Albo Odontoiatri Marco Vigna, *Vice Presidente* Roberto Piastra, *membri* Erio Mazzani, Riccardo Rinaldi, Fabrizio Tommasoli.

Revisori dei Conti Roberto Bellerio, Alice Piastra, Roberto Rinaldi.

Il nuovo Consiglio Direttivo, Commissione Albo Odontoiatri e Collegio Revisori dei Conti entreranno in carica dal primo gennaio 2021 e avranno un mandato quadriennale 2021-2024.



Giovani medici



di Laura Ceccarelli

Il mio Erasmus durante la pandemia

Qualcuno una volta ha detto che il viaggio è l'unico investimento che ti arricchisce per davvero, non importa la meta ma solo il percorso. Quando lo scorso settembre ho preparato la valigia e sono partita per una città nuova e lontana, Bruxelles, non sapevo ancora quanto di vero ci fosse in questa frase. L'ho scoperto poco a poco, passo dopo passo, negli undici mesi che sono seguiti.

Sono Laura, ho 24 anni, studio alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'università di Bologna e questa è la mia storia.

Stavo frequentando il quarto anno quando ho iniziato a sentire il bisogno di dare una svolta al mio percorso formativo, ero determinata a trovare risposte per il mio futuro professionale e l'*Erasmus*, un po' per caso o per fortuna, ha bussato alla mia porta con un tempismo sorprendente. Una singola domanda per un'unica meta, "o la va o la spacca" mi sono detta, e quando mi hanno annunciato che avevo vinto la borsa di studio ho capito che mi stavano regalando un'occasione da non perdere.

Sono approdata così nella capitale belga, piena di aspettative e di speranze, per vivere a pieno il mio quinto anno accademico; ho iniziato a frequentare le lezioni e a sostenere gli esami all'università ULB (*université libre de Bruxelles*), ho imparato a studiare, pensare e sognare in una lingua nuova, che ora mi appartiene e ho conosciuto tante culture diverse; ho fotografato piazze e percorso strade sconosciute, scoperto vicoli e scorciatoie grazie a tutte le volte che mi sono persa, e col tempo ho vestito di ricordi gli angoli di una città che mi era estranea e che ora profuma di casa.

Il mio programma di scambio prevedeva anche che svolgessi i tirocini curriculari negli ospedali dell'università ospitante. Gli stages si

sono rivelati in assoluto la parte più formativa e interessante, sul piano professionale e linguistico, dell'intera esperienza: a Bruxelles gli studenti sono abituati a essere parte attiva e produttiva del sistema sanitario, lavorano in autonomia, seppur guidati e supportati dalle figure superiori, e hanno modo di approfondire in maniera pratica gli ambiti di loro interesse. Ho potuto vivere un ambiente che richiede rigore e competenza, ma che offre i mezzi giusti e la libertà di sperimentare a chi si dimostra volenteroso.

Ho frequentato il reparto di urgenze per tutto il mese di febbraio, quello di neurologia a marzo e avrei dovuto continuare con lo stage di pediatria nel mese di aprile: come spesso accade però, la ruota gira senza preavviso e così velocemente da sovvertire ogni cardine.

E così, a causa dello scoppio dell'emergenza coronavirus, la mia esperienza è stata radicalmente stravolta: l'università ha dovuto sospendere tutte le attività, tirocini compresi, mi sono ritrovata sola in casa e senza più nessuna sicurezza sui mesi a venire.

A metà marzo il Belgio ha ufficializzato l'entrata in fase 1 e la mia università italiana mi ha offerto l'opportunità di rientrare pur rimanendo formalmente in mobilità, per vivere il periodo critico nel mio paese e accanto alla mia famiglia.

Ho dovuto prendere una decisione in fretta e d'istinto e alla fine ho scelto di restare e portare a termine i dieci mesi di mobilità.

Volevo rimanere coerente con la decisione che avevo preso a settembre e anche con quella fatta cinque anni fa quando ho iniziato a studiare medicina; rientrare in Italia avrebbe esposto a un rischio sia me che la mia famiglia e ho preferito rispettare la quarantena del mio paese in un momento così drammatico.

Superati i primi giorni di ansia e preoccupazione, ho addirittura iniziato a intravedere nella mia posizione di studentessa *Erasmus* all'estero, durante una pandemia mondiale, un'opportunità più che una sfortuna.

Col senno di poi posso dire con certezza di aver fatto la scelta giusta: gli ospedali di Bruxelles infatti hanno iniziato a chiedere il contributo volontario di noi studenti e ci hanno dato l'opportunità di vivere dall'interno questo momento storico irripetibile. Ho aderito a questo progetto, organizzato dagli studenti locali su richiesta dei vari ospedali della città, nonostante il timore iniziale; l'ho considerato da subito una bellissima occasione di crescita per la mia formazione e un modo per dare un contributo significativo in una situazione così drammatica.

I primi giorni di aprile ho iniziato a fare i primi turni alle urgenze dell'Hopital Erasme nelle aree covid-19, in particolare nelle postazioni preposte allo svolgimento del pre-triage dei pazienti che accedevano al pronto soccorso.

Noi studenti ci occupavamo, a rotazione, di gestire gli accessi: uno di noi accoglieva i pazienti all'ingresso, fornendo loro la mascherina e assicurandosi che le norme igieniche fossero rispettate; un altro studente raccoglieva i parametri (febbre e saturazione) e faceva una prima anamnesi specifica per la sintomatologia covid-19. Sulla base delle risposte ricevute si effettuava poi lo smistamento dei pazienti tra quelli considerati a rischio e quelli che invece potevano proseguire nel percorso "pulito" delle urgenze.

Un terzo studente aggiornava le cartelle cliniche e assisteva il medico responsabile, che approfondiva la visita dei casi sospetti e decideva l'iter da intraprendere per ognuno di questi.

Altri studenti accompagnavano i pazienti da ricoverare nei rispettivi reparti e si occupavano di fare gli ECG ai piani riservati ai pazienti positivi. Ho trovato un ambiente sicuro e solidale, ho

conosciuto tante persone che per un mese e mezzo mi hanno insegnato, sostenuto e aiutato. Grazie a ognuna di loro ho potuto respirare un'atmosfera serena e familiare, nonostante stessimo affrontando una fase difficile quanto incerta.

A maggio la situazione è migliorata, come nel resto d'Europa, e così ho ripreso la mia routine da studentessa universitaria, terminando gli esami della sessione estiva e preparandomi al ritorno a casa, che sicuramente è stato più atteso ed emozionante di quanto potessi immaginare.

Ad oggi sono contenta di affermare che tutte le scelte compiute in quest'anno, che di certo mi hanno arricchito immensamente, sono il risultato di tutti gli incontri fatti: se guardo indietro sorrido, perché ora riconosco chiaramente il ruolo che ogni sguardo, ogni sorriso, ogni consiglio e ogni rimprovero hanno avuto sulla mia trasformazione, come futuro medico ma ancor di più come persona.

L'Erasmus in generale, e quest'ultimo periodo in particolare, mi hanno obbligato a riflettere

sull'importanza della prospettiva. Ogni evento che ci troviamo a vivere infatti, anche il più tragico, ci costringe a reagire: il tipo di risposta che decidiamo di dare dipende solo da noi però, e dal nostro punto di vista. Io ho scelto di guardare questa situazione dall'angolazione più positiva e luminosa, ho cercato il punto di forza nell'imprevisto e il vantaggio che potevo trarne. La ricompensa che ho ricevuto è stata generosa: tante soddisfazioni ed emozioni che mi porterò dentro a lungo.

Alla me del futuro e a chi ci legge vorrei ricordare proprio questo: bisogna davvero imparare ad affrontare il domani con ottimismo e con una prospettiva positiva, impegnarsi a cercare la motivazione giusta per perseguire i propri obiettivi e liberarsi dall'idea di avere la verità in tasca, perché ogni certezza può ribaltarsi in qualsiasi momento e per questo bisogna restare curiosi e agili a rincorrere nuove risposte.

Il cambiamento è inevitabile e questa esperienza mi ha insegnato che bisogna sempre farsi trovare pronti ad accoglierlo col sorriso.

Focus sulla professione

Medicina Generale, COVID-19 e vivere nell'incertezza



di Marco Grassi

Una vita passata a fare il Medico di Medicina Generale (MMG) porta con sé il privilegio di avere acquisito quantomeno una certa esperienza. Da sempre abbiamo a che fare con l'incertezza, una sfida cui, come medici, non ci possiamo sottrarre e abbiamo pertanto imparato a lavorare nel suo ambito. Viviamo però sempre più spesso la professione con il disagio di non avere sempre le risorse di cui abbiamo bisogno per svolgere il lavoro per cui siamo

stati formati, il lavoro che vogliamo fare per i nostri pazienti. A ciò si sono aggiunti negli ultimi anni altri insidiosi «nemici» da combattere come lo tsunami di disinformazione sui social media e una pervasiva complessità burocratica che ci distoglie energie e lavora contro il benessere dei nostri pazienti. Abbiamo tuttavia imparato ad andare avanti, nonostante tutto, facendo ciò che possiamo con le risorse che ci sono messe a disposizione, ma sappiamo anche cosa significa sentirsi impotenti di fronte alla sofferenza. La Medicina Generale (MG), più di ogni altra specialità, è basata sull'incontro e sulla relazione medico-paziente che non si esaurisce in un unico episodio di cura ma prosegue, il più delle volte, per decenni. Ora però ci troviamo a vivere in tempi «nuovi» e difficili e non possiamo più sfruttare appieno quelle abilità di contatto e relazione con i pazienti conquistate a fatica negli anni, mentre ci troviamo di fronte a un nemico invisibile come il virus Sars-cov-2. Non abbiamo mai affrontato questo tipo di complessità nella nostra vita di MMG. Come possiamo sfruttare le nostre capacità di fronte a informazioni complesse in rapida evoluzione, panico nella comunità e paura per noi stessi e le nostre famiglie? Cosa abbiamo da offrire? Quanto possiamo offrire senza il rischio di esaurirci in una «maratona» estenuante come si prospetta questa pandemia?

COVID-19 e il «paradigma» rovesciato

La nostra prassi professionale centrata sul contatto, sull'ascolto e sull'esame obiettivo mirato di tutti i pazienti che si presentavano in ambulatorio per un problema clinico, dallo scoppio della pandemia ha subito un rovescio di quel paradigma, fino ad allora incontrovertibilmente accettato e applicato. [1] Si è delineato un differente e nuovo profilo di presa in carico e assistenza ai pazienti mediante un approccio che ha necessariamente ridotto al minimo il contatto fisico privilegiando sia forme di «barriera» fisica (distanza, mascherina, occhiali, schermi in plexiglas) che tecnologica (telefono e messaggistica varia). L'approccio telefonico più o meno standardizzato per la soluzione di problemi risolvibili con tale «formula» (ripetizione di ricette per terapia cronica, piccola e grande burocrazia sempre presente, consigli e quant'altro già poteva essere sbrigato per telefono anche in epoca pre-Covid) se ha da un lato contribuito a rassicurare i pazienti e a continuare a fornire servizi indispensabili e indifferibili (come la continuazione di terapie croniche) anche in assenza del tradizionale approccio

Storia della medicina

ambulatoriale, dall'altro ha aggiunto al MMG ulteriore carico di lavoro ed incertezza.

L'accettazione e l'applicazione di questo nuovo paradigma operativo potrebbe non essere stata agevole e immediata per tutti i MMG e pertanto possibile fonte di grande stress: sono riusciti ad adeguarsi in tempo reale? Com'è stato vissuto il cambiamento all'interno dei gruppi professionali? Ha rafforzato la collaborazione o generato attriti? La resistenza al cambiamento ha esposto qualcuno a rischio di contagio? Quali possibili conseguenze avrà in futuro, atteso che questa pandemia non sembra avere una durata facilmente quantificabile? Come conciliare l'emergenza con la cronicità? Domande e problemi cui il MMG risponde nella solitudine del suo ambulatorio perché anche nei rapporti formali e informali fra colleghi, ai tradizionali momenti variamente conviviali (incontri di aggiornamento, congressi, riunioni aziendali, sindacali o ordinistiche) al contatto diretto si è sostituita la «mediazione» tecnologica. Per non rimanere totalmente isolati dalla comunità medica si sono utilizzati telefono e *social media*, videoconferenze, *webinar*. Una frequentazione dei *social* anche solo «superficiale», quantomeno in termini quantitativi, mette in evidenza come convivano fra i colleghi sentimenti contrastanti e non controllabili di certezza e incertezza, apparente *self control* e ansia/paura, senso di onnipotenza e di frustrazione, rabbia e calma apparente. L'emergenza sanitaria ha purtroppo messo in luce in maniera drammatica la povertà di strumenti di analisi e supporto psicologico alla funzione curante, come già emerso nei racconti dei medici coinvolti e pubblicati nel numero speciale di que-

sto Notiziario. Le conseguenze da un punto di vista cognitivo, comportamentale, emotivo e fisico sono giù state temute o descritte in diversi studi: stanchezza, distacco dagli altri, ansia, irritabilità, insonnia, scarsa concentrazione e indecisione paralizzante, scadimento dei livelli di performance e riluttanza nei confronti del proprio lavoro. [2] Le conseguenze sul lungo periodo, sia per lo stress da assistenza che per la quarantena subita, potrebbero condurre al possibile sviluppo di un disturbo post traumatico da stress anche a distanza di anni dalla risoluzione dello stato di emergenza la cui durata, allo stato attuale, è difficilmente prevedibile. Insomma, problemi che si assommano a problemi. In tempi di emergenza possono passare in secondo ordine ma gli effetti negativi che i MMG, il comparto sanitario più numeroso e prossimo alle persone, subirà nei prossimi anni a causa dell'impegno nell'emergenza COVID-19 per la possibile insorgenza del disturbo post traumatico da stress (DPTS) non saranno trascurabili. Intanto, le conseguenti ricadute sul depauperamento di importanti risorse e qualità professionali del Servizio Sanitario Nazionale già si intravedono con le prime avvisaglie nella accelerazione di pensionamenti e pre-pensionamenti dei MMG più prossimi alla naturale conclusione della loro vita professionale.

- [1] Milano M, Araldi M. COVID-19: dal paradigma rovesciato all'operatività. *Rivista SIMG* 2020;27(3):13-15.
- [2] Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133-2134. doi: 10.1001/jama.2020.5893



Notizie (e riflessioni) dalla Scuola di Storia della medicina

Lo scorso febbraio – proprio nelle settimane in cui in Italia comparivano i primi casi della pandemia di COVID-19 – ha visto la luce il secondo numero dei «Quaderni della Scuola di Storia della medicina». Esso raccoglie i testi e le immagini delle tre lezioni dedicate – giusto un anno prima – a *Le grandi epidemie nella storia della medicina*, la seconda grande iniziativa “didattica” che la Scuola ha organizzato dalla sua nascita (2016) e che aveva a suo tempo riscosso un grande successo di pubblico (non solo medico...). Nessuno si immaginava che di lì a pochi mesi i temi trattati sarebbero nuovamente diventati di drammatica attualità...



Nel Quaderno sono pubblicati – questa volta in rigoroso ordine cronologico – i testi dei tre relatori intervenuti: *La “mortifera pestilenza”: la peste medievale del 1347* di Tommaso Duranti, *La Questione dell'innesto de' vajuoli: il caso studio delle inoculazioni in Siena (sec. XVIII)* di Francesca Vannozzi e *Il colera nell'Italia dell'Ottocento: impatto sociale e medico sanitario, risposte istituzionali e interventi terapeutici* di Eugenia Tognotti. La lettura di questi interessantissimi saggi offre spunti di riflessione quanto mai attuali. Si pensi ad esempio alla lunga introduzione – parzialmente riportata da Duranti – che Giovanni Boccaccio premette alle novelle del suo *Decameron*, nella quale sono descritte le diverse reazioni dei fiorentini all'incombente “peste nera”: quelli che si ritiravano in isolamento volontario, evitando accuratamente non solo ogni contatto umano ma anche qualsivoglia discorso di malattia e morte; coloro che all'opposto si abbandonavano a un *carpe diem* sfrenato e cinico (tanto da

considerare un'ottima terapia «di ciò che avveniva ridersi e beffarsi»); infine quelli che sceglievano un atteggiamento intermedio, seguendo però alcuni basilari consigli medici («portando nelle mani chi fiori, chi erbe odorifere e chi diverse maniere di spezierie»). E altrettanto attuali appaiono le misure adottate nell'Italia del XIX secolo – di cui parla Tognotti – contro le ricorrenti epidemie di colera: «barriere erette intorno alle città, cordoni sanitari marittimi e terrestri, quarantene che consistevano nell'imporre un periodo di isolamento su navi, equipaggi, passeggeri e merci in arrivo da porti stranieri». Esse comprendevano inoltre «le disposizioni per evitare gli assembramenti»,

«l'organizzazione di ospedali, lazzaretti o "luoghi separati" dove le persone che avevano avuto contatti con malati [...] dovevano scontare la contumacia» e la purificazione di ambienti e oggetti «con fumigazioni di cloro». Come si vede, nulla di nuovo sotto il sole...

Anche questa volta il Quaderno è stato diffuso alle biblioteche del territorio: chi fosse comunque interessato ad averne una copia può farne richiesta contattando la Segreteria dell'Ordine.

Nel 2019 è stato pubblicato un interessante volumetto scritto da Barbara Gallavotti, scrittrice, giornalista e collaboratrice televisiva di Piero (che ha firmato la prefazione) e Alberto Angela, in collaborazione con il santarcangelese Francesco Maria Galassi, professore associato presso la Flinders University (Adelaide, Australia) e componente del Comitato scientifico della Scuola di Storia della medicina. Il libro, intitolato *Le grandi epidemie. Come difendersi. Tutto quello che dovrete sapere sui microbi* (Donzelli editore, 2019), è scritto con taglio divulgativo ma con estremo rigore scientifico e documentale; e fin dalle prime pagine, allorché l'autrice elenca le motivazioni che l'hanno spinta a scrivere sull'argomento, compaiono temi e riflessioni che risultano ora tragicamente profetici: «Perché forse noi ci siamo dimenticati dell'esistenza degli agenti infettivi, ma nei laboratori di tutto il mondo gli studiosi continuano a tenerli sotto controllo e a cercare di renderli innocui. Perché, contrariamente agli eserciti, i microbi non firmano armistizi o capitolazioni: con loro la guerra è sempre all'ultimo sangue. Anche se in questo momento ci sembra di occupare delle buone posizioni e di essere in grado di tener d'occhio le truppe nemiche, la possibilità che arrivino rinforzi, o che da valli lontane piombino su di noi orde sconosciute, è sempre dietro l'angolo».

Ancora, parlando dell'epidemia di AIDS iniziata

nel 1981, Barbara Gallavotti afferma che essa «ha dimostrato quanto rapidamente possa palesarsi un agente infettivo capace di causare il panico, seminare distruzione sull'intero pianeta, e cambiare la nostra visione del mondo». Una frase che nella sua sinteticità esprime compiutamente l'onda distruttiva che la pandemia di COVID-19 ha avuto sulla salute non solo fisica ma anche psicologica dell'intero pianeta. Capovolgendo l'ormai abusato mantra «andrà tutto bene», sembra sia proprio il caso di dire che «niente sarà più come prima»...

Lo stesso Francesco Maria Galassi ha pubblicato su «Paleopathology Newsletter», il Bollettino della Paleopathology Association, un'interessante "nota dal campo" dal titolo *The COVID-19 pandemic as a communication responsibility and opportunity for paleopathology* (PPNL 2020; 190: 13-16). In questo lavoro – scritto con Elena Varotto, collaboratore affiliato della Scuola – Galassi si interroga sul «ruolo che lo studio delle malattie antiche e la storia della medicina e della scienza possono avere nella difesa della salute globale». Gli studi paleopatologici eseguiti sui resti umani delle civiltà del passato possono infatti essere di aiuto nell'educare il grande pubblico su alcuni temi fondamentali quali, ad esempio, il concetto di zoonosi (che prevede il passaggio di un agente infettivo dall'animale all'uomo), l'importanza delle vaccinazioni di massa nel modificare l'epidemiologia delle malattie infettive e le accuse persecutorie rivolte a determinate etnie (chi non ricorda l'assurda diatriba nata in occasione della pandemia sifilitica fra XV e XVI secolo, in cui la diffusione del "morbo" veniva variamente imputata a napoletani, francesi o altri popoli?). In conclusione, Galassi auspica che l'intervento dei paleopatologi e degli storici della medicina in questo ancora complesso dibattito possa servire a «presentare al pubblico una visione molto più ricca e completa dei complessi feno-

meni patologici e ad affrontare la preoccupante diffusione di "fake news" che possono rivelarsi ulteriormente dannose per il benessere dei pazienti».



Com'era prevedibile, ancor prima della pubblicazione del DPCM del 4 novembre, il Comitato scientifico della Scuola di Storia della medicina – in accordo con il Presidente, il Segretario e la Sezione di Museologia Medica della Società Italiana di Storia della Medicina (SISM) – ha deciso di rinviare al 2021 la IX edizione delle Giornate di Museologia Medica, che si sarebbe dovuta tenere a Rimini il 6 e il 7 novembre.

Oltre al logo delle Giornate realizzato da Stefano Tonti, un graphic designer di fama nazionale che dal 2016 cura le immagini e la grafica della Scuola, è stato comunque pubblicato il terzo numero dei «Quaderni della Scuola di Storia della medicina», che contiene i riassunti estesi dei trentaquattro interventi che dovevano essere presentati alle Giornate (dedicate a *Le collezioni di strumenti chirurgici*) e che – nonostante l'annullamento del convegno – si configura come un'interessantissima ed esauriente monografia sulla storia dello strumentario chirurgico dall'antichità greco-romana ai nostri giorni. Il Quaderno sarà presentato più compiutamente nel prossimo numero de «Il Notiziario»; nell'attesa chi volesse leggerlo in anteprima può richiederne copia alla Segreteria dell'Ordine.

Stefano De Carolis

Medicina di genere



di Loreley Bianconi

Medicina di genere e...



MEDICINA DI GENERE
Centro di Formazione OMCeO Rimini

Sabato 25 gennaio è iniziato il secondo ciclo di formazione professionale Omceo Rimini promosso dal Centro di Formazione Medicina di Genere (MdG) del nostro ordine con una mattinata dedicata ad alcune patologie del polmone: BPCO e asma, interstiziopatie e oncologia polmonare. Per conoscere meglio come il genere condizioni le patologie, stiamo percorrendo insieme - noi medici - un percorso di analisi e approfondimento su come nascono, si manifestano e vanno curate le malattie a seconda del paziente che abbiamo di fronte. Come ha sottolineato il presidente Maurizio Grossi durante i saluti di benvenuto, la MdG rappresenta un obiettivo strategico che le organizzazioni sanitarie devono perseguire anche nell'ottica di favorire parità di accesso ai servizi ai cittadini, occorre un lavoro inter e multidisciplinare, sono necessarie nuove risorse e ricerche oltre alla sensibilizzazione del mondo medico e della popolazione. L'apertura dei lavori è stata affidata alla prof.ssa Anna Maria Moretti, uno dei massimi esperti di MdG, presidente nazionale GISEG, esperta in malattie dell'apparato respiratorio, allergologa e immunologa clinica, direttrice di Pneumologia all'Ospedale S. Maria di Bari. Nella sua relazione "BCPO e Asma", ci ha ricordato che le malattie polmonari rappresentano la terza causa di morte (dopo le patologie cardiovascolari e i tumori) e la loro incidenza è in aumento nelle donne. Ha sottolineato come il fumo di sigarette, l'inquinamento, l'inalazione di sostanze tossiche come anche i virus, batteri e miceti irritino i bronchi. I più esposti sono bambini e anziani, i fumatori ma anche chi vive con un fumatore (fumo passivo) e chi già soffre di malattie polmonari.

Le differenze di sesso (uomo/donna) si verificano già in età prenatale: le neonate femmine presentano un quantitativo maggiore di surfactant e maggiore adattamento alla nuova vita. Nelle bambine rispetto ai maschi l'apparato respiratorio è più equipag-

giato. Ci ha parlato di "ombrello" ormonale che aiuta il sesso femminile nelle riacutizzazioni respiratorie: gli estrogeni giocano un ruolo importante. L'inquinamento atmosferico incide molto più nelle donne con ostruzione piccole vie respiratorie così come la co-morbilità:

BPCO - Ansia, depressione
BPCO - Reflusso gastro-esofageo
BPCO - Obesità
BPCO - Fibrillazione Atriale cronica
BPCO - Diabete

Peraltro esiste una sottostima di malattia e ricoveri per quanto riguarda il sesso femminile perché la BPCO nelle donne è meno diagnosticata. L'asma bronchiale ingravescente in menopausa e la Sindrome ACOS (sovrapposizione di Asma e PBCO) sono più frequenti nella donna. La prof. Moretti ha sottolineato come lo stato civile di coniugato e sesso sia un fattore prognostico positivo per l'uomo e invece negativo per la donna. Questo ci può far sorridere ma anche riflettere: l'uomo ammalato vive di più perché la moglie lo segue, lo accudisce, lo cura a differenza della donna che, se sposata e ammalata, si trascura e non si cura a dovere perché deve accudire la propria famiglia, il marito, pensare alla casa e tende a sottovalutare la propria patologia. Quindi sesso, età e variabili ambientali sono tre condizioni fondamentali per lo sviluppo di patologie polmonari.

Parlando di ambiente ci ha portato ad esempio l'alta frequenza di patologia asmatica in un vecchio quartiere al centro di Bari dove le case vecchie erano umide con infiltrazioni di acqua e muffe. Un piano regolatore ha fatto sì che quelle case fossero demolite e ricostruite completamente. Oggi la situazione è cambiata e non c'è incidenza di asma in quel quartiere. Ci ha parlato di equità di accesso alle cure, del rischio relativo di ospedalizzazione per unità

territoriale, di come sia maggiore l'ingresso in ospedale di uomini rispetto alle donne.

Si è ricollegata ai Quaderni del Ministero della Salute e in particolare a quello del 26/04/2016 intitolato "Il genere determinante di Salute" [1]. Al capitolo 3 "Determinanti di salute e medicina di genere" si afferma che: "Il concetto di "salute e medicina di genere" nasce dall'idea che le differenze tra i sessi in termini di salute non sono legate esclusivamente alle peculiarità derivanti dalla caratterizzazione biologica dell'individuo e dalla sua funzione riproduttiva. Con il termine "genere" si intende infatti un'accezione più ampia della "differenza" che include fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali. La medicina di genere si pone pertanto come obiettivo quello di realizzare una condizione di "salute" ponendo attenzione non solo alla malattia in quanto tale, ma anche ai determinanti di salute a partire dagli stili di vita quali alcol, fumo, attività fisica, alimentazione e peso corporeo. Questi, infatti, contribuiscono a "determinare" la salute di donne e uomini e a condizionare l'incidenza di alcune malattie croniche: malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori e diabete". Si tratta per lo più di scelte individuali, dove però il contesto socio-economico e ambientale è fortemente limitante la libertà di scelta". Si afferma inoltre che "è ormai noto che un impianto di prevenzione, diagnosi e cura che non tenga conto delle differenze e disuguaglianze di sesso e genere compromette l'equità, l'appropriatezza di cura e il rispetto del diritto di salute". Dunque tra gli indicatori vi è lo stile di vita, l'ambiente, lo stato socio-economico, il patrimonio culturale e tra le patologie delle dipendenze i disturbi del comportamento alimentare (più sviluppati nelle donne rispetto agli uomini), le dipendenze da eroina, una medicina di genere bio-psico-sociale. L'Atlante Italia delle disuguaglianze (Istat 2019) fornisce un quadro esaustivo delle differenze geografiche e

socioeconomiche nella mortalità e speranza di vita nel nostro Paese.[2]

A seguire, la dr.ssa Claudia Ravaglia (AIMART Pneumologia Ospedale Morgagni di Forlì) ha relazionato sulle interstiziopatie polmonari, gruppo di gravi patologie caratterizzate da infiammazione dell'interstizio polmonare espresso anche dalla sua sostituzione con tessuto interstiziale con grave compromissione degli scambi gassosi insidiose in quanto a volte possono passare anche tre anni prima di arrivare a una diagnosi. In queste patologie vi sono importanti differenze uomo-donna: specifica della donna, tra le malattie rare, è la LAM (Linfoangioleiomiomatosi); più frequenti nel sesso femminile sono le interstiziopatie di origine reumatica, mentre quelle fumo-correlate e da asbesto sono più frequenti negli uomini.

La LAM è l'interstiziopatia polmonare in cui si ha una proliferazione non controllata di cellule muscolari lisce (cellule atipiche LAM) che invadono il polmone. Colpisce prevalentemente il sesso femminile in età fertile, più raramente in età post-menopausale. È caratterizzata da formazioni cistiche più o meno grandi che possono occupare anche tutto il polmone bilateralmente. La LAM viene considerata una neoplasia metastatizzata, interessa infatti anche il sistema linfatico e a volte si associa a tumori benigni renali.

La LAM può esordire anche con pneumotorace, emottisi, chilotorace, in altri casi con sintomi più subdoli come tosse secca, affanno che peggiora con il tempo, astenia, dimagrimento. Può aggravarsi in alcune condizioni fisiologiche come gravidanza, ciclo mestruale, mentre con la menopausa l'evoluzione si arresta.

Nella donna sono più frequenti anche le interstiziopatie secondarie alle connettiviti come l'artrite reumatoide, la sindrome di Sjogren, il lupus eritematoso sistemico (LES) e le connettiviti miste. Anche qui gli ormoni giocano un ruolo

importante. Quando interessano gli uomini sono però molto più gravi.

La chiusura dei lavori è stata brillantemente sostenuta dal dr. Luigi Lazzari Agli, direttore dell'U.O. di Pneumologia Rimini e dal dr. Davide Tassinari, direttore dell'U.O. Oncologia Rimini che hanno rappresentato la nostra realtà riminese sulla Oncologia polmonare.

Il dr. Lazzari ha esordito dicendo che le donne fumano sempre di più e questo ha portato un allineamento uomo-donna per quanto riguarda il tumore polmonare, principale causa di morte tra le neoplasie in entrambi i sessi. Le neoplasie polmonari sono le più diagnosticate con 1.350.000 nuovi casi/anno. La loro incidenza sta decrescendo negli uomini mentre è in aumento nelle donne di oltre il 35% negli ultimi 10 anni.

Nelle giovani donne si osserva un livellamento dei tassi di mortalità. Questa maggior incidenza e mortalità nel sesso femminile non è spiegabile solo sulla base dei cambiamenti al fumo, le donne fumatrici hanno un rischio di malattia triplicato rispetto alle non fumatrici e ogni 4 donne fumatrici con carcinoma polmonare c'è una donna non fumatrice. Anche le donne scarse fumatrici hanno un rischio maggiore e quelle che smettono sotto i 30 anni hanno lo stesso rischio delle non fumatrici. Le differenze di genere, secondo il collega Lazzari, sono enormi.

I fattori di rischio sono: fumo di sigarette, inquinamento ambientale (gas di scarico, metalli pesanti, radon), pregressa radioterapia (> incidenza di neoplasie in pazienti sottoposte a Radioterapia per ca mammario), esposizioni professionali (idrocarburi, amianto, pesticidi), combustione di biomasse (utilizzo per riscaldamento), fattori endocrini, storia familiare di tumore polmonare, patologie polmonari preesistenti (fibrosi, BPCO). Resta ancora da chiarire il nesso tra dieta-vitamine e sviluppo di tumore.

I dati sugli ormoni e sul trattamento ormonale sono contrastanti.

In Italia, il tumore del polmone è così rappresentato: negli uomini il 98% sono fumatori e il 2% non fumatori; nelle donne invece il 75% sono fumatrici e il 25% non fumatrici.

Il dr. Davide Tassinari, nel ribadire l'importanza dei suddetti fattori di rischio, ha confermato che il tumore polmonare nei non fumatori è più frequente nelle donne che negli uomini e che il sesso deve essere tenuto in considerazione come fattore prognostico e predittivo in NSCLC (il tumore polmonare non a piccole cellule che rappresenta circa il 75% dei casi di tumore ai polmoni). Prendendo in esame il tumore polmonare al IV stadio, si evidenzia che:

- sul paziente chirurgico M=F: la differenza di genere non è un fattore prognostico e predittivo,
- sul paziente in terapia medica F>M: essere donna è un fattore prognostico e predittivo positivo rispetto all'essere uomo,
- sul paziente con EGFR-Mutati (EGFR - Fattore di crescita dell'epidermide) F>M,
- sul paziente con ALK-Mutati (Anaplastic Lymphoma kinasi) M=F,
- sul paziente PDL1>1 M>F (PDL1 è uno dei recettori possibili driver per l'immunoterapia e l'immunoterapia) in questo dà maggiori risultati nell'uomo.

Considerando il fatto prognostico e predittivo nelle cure del tumore del polmone al IV stadio, ci troviamo di fronte alla punta dell'iceberg, una cosa molto complessa che ancora non conosciamo ma, dice il dr. Tassinari: "Siamo appunto qui oggi per approfondire: dobbiamo sempre cercare di curare i tumori usando un criterio generale ma sempre di più ci rendiamo conto che questo è sbagliato, basti pensare all'influenza dei fattori sociali, ambientali, culturali. Calzante è l'esempio della dr.ssa Moretti: essere sposato per un uomo è fattore prognostico favorevole mentre non lo è per la donna. Fattori ormonali sono comunque importanti non solo perché rendono l'uomo diverso dalla donna ma perché influiscono sui meccanismi biologici. Ma la genetica del tumore e del sistema immunitario non la conosciamo mica! C'è un articolo che mi sono riguardato in preparazione di questa giornata intitolato: 'Il mio sistema immunitario ha un sesso'. Ma allora viene da dire: 'Il tumore ha un sesso?' Quando vado a cercare un gene 1-2-3-4 o più mutazioni possibili questo può essere diverso ma io non lo so, non lo conosco: vado a studiarlo se qualcuno mi pone il problema!".

[1] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2490_allegato.pdf

[2] <https://www.istat.it/archivio/228071>



di Laura Baffoni

Focus on

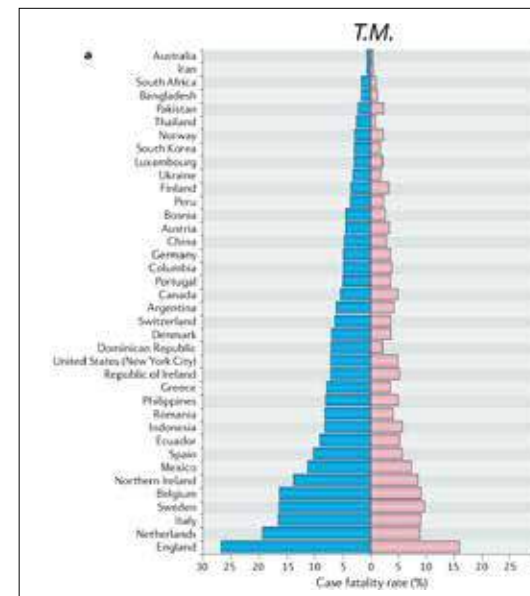
“Considering how biological sex impacts immune responses and COVID-19 outcomes”

Scully E. et Al.; Nature Reviews Immunology; Vol 20; July 2020

La pandemia da Covid 19 (o SARS - COV-2) è ancora un'emergenza per la salute in tutto il mondo perché è tuttora causa di milioni di infezioni e soprattutto perché è gravata da un outcome severo per complicanze e mortalità; quest'ultima, nelle varie casistiche, ha mostrato una maggiore prevalenza nel sesso maschile, in questo confermando quanto già noto riguardo le differenze nella suscettibilità e nella reazione immunitaria in risposta alle infezioni virali nei due sessi. In letteratura diversi lavori hanno cercato di analizzare e spiegare le cause di questo bias; ho scelto il lavoro di Scully et Al. perché ha analizzato i dati epidemiologici disaggregati per sesso, cercando di interpretarli sulla base delle possibili differenze immuno-patogenetiche sesso correlate. Gli Autori sottolineano come l'esatto meccanismo con cui il Covid 19 porta alcuni pazienti a morte, piuttosto che altri, rimanga ancora sconosciuto, ma tale sottogruppo appare caratterizzato da una risposta infiammatoria sregolata ed eccessiva che conduce ad una insufficienza multiorgano.

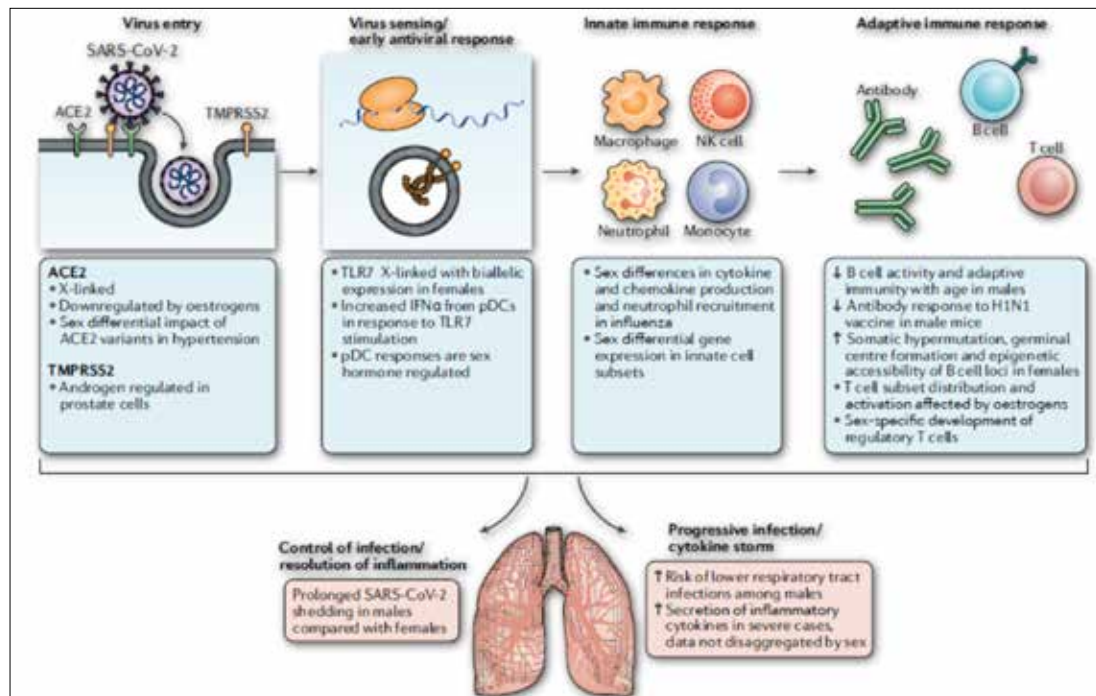
La presenza di differenze di sesso era risultata evidente sin dalle prime osservazioni fatte in Cina, che evidenziavano sia un maggiore accesso in ospedale sia una maggiore mortalità negli uomini; nella Corea del Sud, dove i tamponi erano stati fatti a tappeto nella comunità, il 60% dei positivi al Covid 19 erano donne pur confermandosi la più bassa mortalità. Nella figura a lato gli Autori riportano il tasso di mortalità (T.M.) nei 38 paesi che hanno fornito i dati epidemiologici disaggregati per sesso. L'analisi dei dati mostra che il T.M. maschile è 1.7 volte maggiore rispetto a quello femminile ($p < 0.0001$) (T.M. uomini 7.3; T.M. donne 4.4). Anche analizzando i dati in base all'età, si conferma che il T.M. negli uomini di età superiore a 30 anni è maggiore rispetto alle donne, e questo dato è in linea con quanto già osservato nelle precedenti

epidemie SARS e MERS. Invece se si valuta la prevalenza dell'infezione da SARS-CoV 2 stratificandola in base all'età, questa è maggiore tra le donne di età compresa fra i 10 e i 50 anni, mentre nelle restanti fasce d'età è maggiore per gli uomini; questa differenza è coerente con quanto già osservato durante la pandemia e le epidemie stagionali da influenza tipo A. Gli Autori ipotizzano che la differenza maschile-femminile osservata nella prevalenza dell'infezione sia attribuibile a differenze genere specifiche (norme comportamentali, esposizione a inquinanti, fumo ecc.), mentre quella nel T.M. dipenderebbe dalle differenze biologiche sesso correlate che modificano l'immunosenescenza e la risposta immunitaria innata. Infatti l'invecchiamento agisce sul sistema immunitario in maniera diversa a seconda del sesso: attraverso le diverse concentrazioni di estrogeni, progesterone e testosterone, e attraverso le azioni sulle cellule immunitarie che hanno un pattern sesso specifico di espressione genica. E' noto che nelle donne l'incompleta inattivazione dei geni immunoregolatori sul cromosoma X è correlata all'incremento delle malattie autoimmuni e alla migliore risposta ai vaccini, mentre nei maschi la perdita a mosaico, che incrementa con l'età, del cromosoma Y nei leucociti (vista la sua funzione immunoregolatrice) può alterare la risposta immune e quindi l'outcome delle malattie, come già descritto nell'animale nell'infezione da virus coxsackie e influenza. Gli ormoni sessuali steroidei hanno recettori diversi sulle cellule immunitarie di cui modulano l'azione, e le differenti concentrazioni che si osservano nel corso della vita contribuiscono alle differenze riscontrate sia nella risposta immune sia nella suscettibilità alle infezioni. L'effetto finale è un network regolatorio sesso specifico che comprende varianti genetiche, modificazioni epigenetiche, fattori di trascrizione e ormoni sessuali, che porta a differenti risposte funzionali e



che deve essere attentamente valutato per capire come il Covid19 possa interagire con esso.

Il SARS-COV-2 entra nelle cellule legandosi all'enzima di conversione tipo 2 (ACE2) presente sulla membrana cellulare; l'entrata è potenziata dalla proteasi di membrana TMPRSS2 che causa l'attivazione proteolitica della proteina spike del virus. Gli androgeni inducono l'espressione di TMPRSS2 nelle cellule prostatiche, tuttavia non è stata trovata differenza nell'espressione di mRNA - TMPRSS2 nelle cellule polmonari di maschi e femmine. L'ACE2 è codificato sul cromosoma X e il suo gene è stimolato dall'interferone ed è sottoregolato dagli estrogeni [altri Autori* invece sostengono che gli estrogeni inducono un aumento dell'espressione dell'ACE2 - n.d.r.]; la regolazione dell'espressione dell'ACE2 può inoltre variare in base all'età e in risposta alle infezioni virali oltre che agli ormoni sessuali. Altri studi sono necessari per spiegare il peso di questi fattori



nella diversa suscettibilità al Covid 19 nei due sessi e i bias legati al sesso che si verificano in diversi step della nostra risposta immunitaria. La prima linea di difesa contro i virus è l'immunità innata che agisce riconoscendo il virus come estraneo, quindi producendo interferoni ed attivando l'infiammasoma; alla risposta innata fa seguito la risposta immunitaria adattativa che è specifica, ma essendo il Covid 19 un nuovo virus non c'è memoria immunologica di un precedente contatto, quindi l'efficienza della immunità innata è fondamentale per l'evoluzione clinica della malattia. Il riconoscimento innato del virus avviene attraverso recettori che riconoscono profili molecolari [determinate strutture tipiche di patogeni - n.d.r.] Tool-like tipo 7 (TLR7). Il TLR7 è maggiormente espresso nelle cellule immunitarie femminili perché sfugge alla inattivazione del cromosoma X. Inoltre le cellule dendritiche plasmacitoidi femminili producono più interferone alfa di quelle maschili e anche questo effetto è mediato dagli ormoni sessuali; in alcuni modelli animali di infezione da SARS-CoV il pretrattamento con questo tipo di interferone migliora l'outcome a prescindere dal sesso, comunque sono necessari ulteriori studi per capire se l'intensità della risposta interferonica o la sua cinetica siano responsabili dell'evoluzione dell'infezione da SARS-CoV2 e se il suo utilizzo in terapia possa essere efficace.

Per quanto riguarda l'immunità adattativa la donna genera una maggiore risposta anticorpale in risposta ad una infezione virale o ad una vaccinazione, a fronte di una maggiore autoreattività; non si sa ancora se il sesso abbia un peso nella produzione anticorpale in risposta alla infezione da Covid 19. Alcuni studi evidenziano che il titolo anticorpale verso alcuni epitopi del Covid 19 è maggiore nei casi più severi, e la siero-conversione non sempre si accompagna ad una riduzione della concentrazione virale; sono in corso studi che valutano l'efficacia terapeutica della somministrazione di plasma di convalescenti. L'obiettivo dei vaccini in corso di studio, avendo presente che nei modelli animali alcune risposte anticorpali hanno indotto una potente ed eccessiva risposta infiammatoria, è la creazione di anticorpi protettivi e neutralizzanti il virus; è necessario valutare le caratteristiche di tale risposta in base al sesso, per individuare le dosi efficaci che evitino effetti collaterali e risposte anticorpali eccessive (più probabili nelle donne). Infine il sesso influenza lo sviluppo delle cellule T regolatrici, la distribuzione dei sottogruppi linfocitari e la qualità complessiva della risposta linfocitaria T; al momento non è chiaro se particolari fenotipi T siano implicati nel SARS-Cov2, ma la linfopenia si associa alle forme più severe.

Le forme più severe di infezione da Covid 19 sono caratterizzate da una sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), che necessita ossigenoterapia e supporto ventilatorio. Gli Autori sottolineano come in uno studio di coorte che ha valutato pazienti con insufficienza respiratoria severa affetti da Covid 19 e che ha utilizzato come gruppo di controllo pazienti con sepsi secondaria a polmoniti batteriche, vi era una prevalenza del sesso maschile e la risposta immunitaria appariva sregolata e caratterizzata da un pattern infiammatorio con attivazione macrofagica e deplezione linfocitaria. Nella figura in fondo all'articolo sono riassunte le differenze sesso-correlate che probabilmente giocano un ruolo importante nella infezione da Covid19 ed alla sua progressione.

Per concludere, Scully et Al. sottolineano come le differenze sesso correlate nell'infezione da Covid 19 e la sua progressione devono essere una spinta a considerare il sesso come variabile biologica in tutti gli studi, dalla ricerca di base agli studi preclinici dei farmaci, dai trial clinici agli studi epidemiologici, perché solo valutando tutti i fattori biologici e socio-culturali è possibile comprendere l'outcome così eterogeneo dell'infezione da SARS-CoV2; più in generale, dalla ricerca alla clinica, il sesso - e non solo nello studio del Covid19 - diventa un motore di ricerca e innovazione che comporta esiti più equi in salute.

[n.d.r.* M.C.Gagliardi et al.; ACE2 expression and sex disparity in Covid-19; Cell Death Discovery (2020) 6:37]

Medici e padelle



di Franco Magnoni

Per... Bacco

Non è ancora certo a quale epoca risalga il “fiasco”, cioè quel vaso di vetro, rotondo e panciuto senza piede, con una copertura fatta di erba palustre essiccata al sole ed imbiancata con zolfo che ne cinge il corpo e gliene fornisce anche la base.

I pochi frammenti recuperati negli scavi e ricavati da fonti scritte collocano l'origine del fiasco nel 1400, tuttavia Boccaccio nel Decamerone già fa riferimento al fiasco, indicandolo come recipiente adatto a contenere buon vino vermiglio, e specifica con grande esattezza che esistono diverse misure di quel recipiente, il che lascia supporre che la produzione fosse già avviata nel 1300.

Un affresco della metà del quattordicesimo secolo, opera del pittore Tomaso da Modena mostra un fiasco di piccole dimensioni, rivestito con cordicelle disposte orizzontalmente, che lasciano libera solo la bocca. A Modena, città d'origine di Tomaso, sin dal 1330 era attiva una fornace condotta da vetrai fiorentini, mentre alcuni documenti trecenteschi fanno riferimento al termine fiascaio come vetraio addetto alla realizzazione di recipienti particolari, in uso nelle cantine.

Resta da chiarire se il compito di rivestire i fiaschi con la così detta sala, una pianta palustre particolare, spettasse ai fiascai o se si trattasse di un mestiere autonomo, svolto all'interno delle fornaci dove, spesso, si trovavano ingenti quantitativi di sala da fiaschi. Il fiasco è pure presente in una lettera scritta dalla madre, nel 1447, a Lorenzo de' Medici “... Mandovi sedici fiaschi di vino greco vantaggiato, otto fiaschi di Poggibonsi segnato collo inchiostro, otto fiaschi di Colle...”.

Né va dimenticata una seccatissima missiva di Michelangelo Buonarroti alla famiglia ove si dichiarava “... Avrei avuto più caro due fiaschi di vermiglio che otto camicie...”.

Il fiasco è dunque già popolare nel nostro Rinascimento, anche se la forma di allora era un poco differente dall'attuale, più panciuta e con la paglia disposta diversamente.

Sandro Botticelli raffigura due grandi fiaschi appoggiati ad un tronco d'albero per i commensali invitati al Banchetto per Nastagio degli Onesti. In un affresco di scuola del Ghirlandaio ci

sono alcuni fiaschi capienti ed anche maneggevoli, riferibili ad una delle misure dei fiaschi del XV secolo quella di “mezzo quarto”. Domenico Ghirlandaio raffigura un fiasco di piccole dimensioni ne la nascita di Giovanni Battista, ove un'ancella porta, legati al polso, due piccoli fiaschi contenenti vino aromatico da offrire alla puerpera.

Fu proprio l'ingente produzione di fiaschi a determinare la necessità di una regolamentazione legislativa riguardo misura e portata. Un bando fiorentino del 1574 stabiliva che la misura del fiasco doveva essere di “mezzo quarto”, ossia di 2,28 litri, e il segno pubblico, cioè l'ufficio adatto alle misure applicava un marchio di piombo sul rivestimento di paglia, a garanzia dell'effettiva capienza del recipiente. Un bando granducale del 1618 stabiliva che, per ovviare le frodi, il bollo, che spesso era tolto da recipienti rotti ed attaccato ai nuovi, venisse sostituito “con una pallottola di piombo, bucata nel mezzo”, attaccata direttamente al vetro. Chiunque contraveniva alla disposizione legislativa era punito con la multa di “scudi due per ogni fiasco”.

Alla fine del Settecento l'impagliatura era disposta in fasce verticali, mentre nella seconda metà dell'Ottocento la base era rinforzata con una ciambella, realizzata con paglia di scarto, stretta con fili d'erba palustre sottile, detta salticchio.

Spesso i fiaschi destinati all'esportazione erano rivestiti in sala bianca e con l'aggiunta di due strisce laterali di paglia di colore rosso e verde che inneggiavano alla bandiera italiana. Tra il 1910 e il 1915 si svolse un lungo contenzioso con la conclusione che il fiasco non era più inteso solo come il tradizionale recipiente da vino, bensì anche una misura da cui, poi, figuratamente, ne nacquero le famose dizioni “fare fiasco”, “è stato un gran fiasco”, per dire di non essere riusciti in qualcosa di aver avuto insuccesso, e così via.

Un Regio Decreto del 1914 riconosceva piena legalità al fiasco tradizionale, esentato dal bollo di capacità. Il fiasco, adeguato poi alle moderne esigenze di mercato, mantenne inalterate le caratteristiche formali e continuò ad essere il naturale recipiente del vino toscano, anche se i produttori di vino cominciarono a preferire la bottiglia bordolese, più economica e facilmente trasportabile. Un D.P.R. del 12 febbraio del 1965 risollevò le sorti del fiasco: quell'antico recipiente doveva infatti contenere unicamente vino a denominazione di origine controllata. Sembrò un successo, e fu, invece, l'inizio della fine.

E' da ricordare, sulla storia del fiasco, che fino al XIX secolo, in cui si affermò il connubio vino-bottiglia, non esisteva il tappo perfetto, come quello di sughero, ma piccoli legni avvolti da stracci imbevuti nell'olio o legati da una colata di cera come le sole ed uniche chiusure di cui si disponeva. Ora, nel 2020, tutto è mutato e, per i lettori d'oggi, quanto è stato detto non è ormai neppure storia, ma semplice racconto, o addirittura favola. *Prosit!*



Medici ma non solo



di Franco Magnoni

Il bacio scippato

È opinione comune che la scelta legislativa del capo del Governo in conseguenza della esplosione del Covid 19 sia stata legittima e coerente con la situazione che stavamo vivendo e, per la quale, ancora oggi, la nostra vita e le nostre strade sono segnate. Milioni di morti in tutto il mondo con centinaia di migliaia di uomini e donne anche colpiti dal flagello della disoccupazione e della sottoccupazione così, che, a tirare le somme la situazione non è rosea anche se si spera in un futuro migliore, accantonando, per il momento, l'ottimo slogan "io resto a casa" e l'inefficace "andrà tutto bene", con buona pace dei banchi scolastici a rotelle, di "tecnologia innovativa".

Dopo questa premessa, e sempre fedele in ciò che mi sono prefisso, perché mi aiuta a convivere con l'attuale situazione, leggere, scrivere, dipingere, mi è venuto di pensare al "bacio", e a tutti i suoi cultori, una infinità da riempirne delle paginate, ma solo a quelli che mi son venuti a mente tra i primi, alcuni noti anche per le loro implicazioni artistiche e letterarie. Tra i tanti disastri che il coronavirus ha causato, c'è anche quello che siamo stati scippati del bacio, per cui vorrei tentare, per quanto possibile, di darne una esauriente descrizione, artistica, letteraria, scientifica. Molto significativo è il bacio di Hayez, un quadro assai famoso da leggere anche in chiave sentimentale, realizzato in un anno cruciale per l'Italia dell'epoca, il 1859, l'anno della seconda guerra d'Indipendenza. Il giovane che con passione bacia la ragazza rappresenta la dolorosa separazione tra due innamorati che potrebbero non più rivedersi. Non a caso quel bacio sembra non finire mai.... Tra i poeti mi piace ricordare l'autore del Cyrano, Edmond Rostand con la mitica spiegazione del bacio,.... *"Et qu'est-ce qun baiser? Une apostrophe rose entre le mots je t'aime, un secret dit de sa bouche...."*. E poi, anche Gabriel Garcia Marquez, con il suo "L'amore ai tempi del colera", una storia lunga una vita, dove il protagonista Florentino, innamorato di Fermina, ha atteso cinquantuno anni, nove mesi e quattro giorni, notti comprese, per coronare, dopo un tempo incredibile, il suo sogno d'amore. È lecito ipotizzare numerosi baci e calde dimostrazioni di affetto. La palma va, tuttavia, al solito Gaio Valerio Catullo con *"Da mi basia mille, deinde centum, dein mille altera, dein secunda centum, deinde usque altera mille,*

deinde centum..." In omaggio alla sbandierata "uguaglianza di genere", voglio ricordare, ultima ma non meno importante, l'imprenditrice Luisa Spagnoli, molto nota in Italia e all'estero per la sua catena di negozi d'abbigliamento, ma soprattutto per avere ideato il famoso Bacio Perugina che, per recuperare gli scarti di lavorazione degli altri prodotti della drogheria, che conduceva assieme al marito Annibale ne fece uscire fuori il famoso

cioccolatino composto da cioccolata e granella di nocciole ricoperto da cioccolata. Secondo la leggenda i primi cartigli all'interno dell'involucro argenteo (colore della luce lunare) furono inseriti poiché la Spagnoli era solita mandare segretamente al suo amante, Giovanni Buitoni, dei bigliettini amorosi nascosti in mezzo ai cioccolatini. Particolarmente felice fu l'idea che negli anni Venti venne al Direttore Artistico della Perugina, Federico Seneca, che scelse, come immagine per la scatola dei Baci, il già citato dipinto di Hayez adattandolo al contesto commerciale del prodotto.



Per completezza, è bene, però, citare anche alcuni interessanti dati scientifici. Durante il bacio intervengono 146 muscoli, 34 facciali e 112 posturali, cinque paia di nervi cranici per veicolare al cervello informazioni riguardanti movimenti, temperatura, sapori e odori provenienti da labbra, lingua, guance e naso. Da non trascurare che, attraverso la pratica del bacio, si determina la trasmissione di una considerevole e poderosa fonte batterica (80 milioni di batteri con un bacio della durata di 10 secondi, un globale rinforzo del sistema immunitario). Gli eventi fisiologici innescati implicano l'attivazione di modelli neurochimici e neuroendocrini specifici con il ruolo di modulatori della motivazione, dello stress e della stimolazione sessuale. In sintesi, sul piano della stimolazione ortosimpatica si ha l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna, l'aumento della profondità del respiro, l'aumento del diametro pupillare, l'aumento della salivazione (che determina una disinfezione del cavo orale e dunque dentario), l'attivazione metabolica e relativo consumo di calorie, secrezione di serotonina, dopamina e ossitocina, marcata riduzione del livello di cortisolo.

Diciamo quindi, per concludere, che è inutile "girarci intorno": baciarsi è importante. Penso di poter affermare che, se la scienza ha elaborato molte ed interessanti teorie, e l'atto di baciarsi determina una condizione di vicinanza tale da aumentare la possibilità di scambio di messaggi chimici, è altrettanto vero che la pura e semplice vicinanza contribuisce a incrementare una condizione facilitante un "candidato" partner, avvantaggiando questi a discapito di tutti gli altri.

Kissing or not kissing, that's the problem.



di Emilio Rastelli

Pandemia Covid19: dall'osservazione del comportamento dei miei vicini cinesi

Quando cominciarono ad arrivare le prime notizie riguardo l'epidemia di Whuan, il mio pensiero ritornò alle precedenti epidemie virali come aviaria, Sars, Mars, ebola: così come allora, pensai, resteranno confinate lontano, noi abbiamo malattie più importanti a cui pensare.

In seguito cominciai a cambiare opinione. Il Governo aveva emesso a fine gennaio un avviso di epidemia con previsione di fine epidemia il 31 luglio. Strano, non si interessano mai di sanità se non per tagliare fondi, qui cominciò ad insinuarsi un dubbio, vedi che sto virus dal nome monarchico non è poi così confinato all'oriente? Ebbi la certezza dell'imminente catastrofe, quando personaggi di scarsa fama scientifica, cominciarono a emettere informazioni rassicuranti: "È solo un'influenza", poi "influenza solo un po' più grave", "È stata peggio la Spagnola...". Se cominciamo a parlare di Spagnola, la cosa si fa seria.

Quando poi un tipo sconosciuto, dal cognome uguale a quello di un grande magistrato comincio a pontificare che le mascherine non servono, sono inutili, poi non ci sono. Ma i giapponesi sono tutti matti? Ero appena rientrato da un viaggio in Giappone e avevo notato che specie sui treni, gran parte dei viaggiatori portava una mascherina.

La mia preoccupazione divenne certezza, alimentata dalla scomparsa dei vicini cinesi, dalla mancanza della vocina insistente e disturbante di Lia, a capo di una banda allegra di bambini dagli occhi a mandorla che gioca nella via. Contemporaneamente tutti i negozi cinesi chiusi in ferie, stranamente a metà febbraio. Ho chiesto al proprietario del super market vicino a casa mia, munito già di mascherina, dove fossero andati tutti e dove andassero decine giovani conterranei con grosse valige verso la stazione, lui mi disse: "Oldini del governo". Governo? A sì, governo cinese naturalmente.

Poi mi disse che a gennaio aveva ordinato ventimila mascherine e quando fossero arrivate, mi avrebbe avvertito. A gennaio: ventimila mascherine, ma allora servono!

Quarantena, quaranta giorni, peste nera, vaiolo, siamo messi male pensai. Conferenze stampa, numeri senza senso, notizie contrastanti, aumento dei «letti covid», colleghi ammalati, tamponi, decessi, igG e IgM, trasmissioni Tv, non si parla d'altro, le nostre malattie non esistono più, tutto fermo, visite, controlli, esami, interventi. Non ci sono più le malattie cardiovascolari, il diabete era una bufala, le neoplasie conseguenza del malocchio, anche i Pronti Soccorsi ormai inutili, non più incidenti stradali nè sul lavoro, le punture d'insetto, le abrasioni si curano come faceva la nonna. Io osservo il supermarket asiatico. La cosa è più grave di quanto pensassi, non scaricano più i tir di riso, l'orario ridotto, i clienti sporadici.

Anche il ristorante cinese chiuso, scomparsi i gestori. In un cortile in una via laterale, qualche anziano dagli occhi a mandorla si gode il sole di marzo, il cancello chiuso da una catena e tutti i pacchi che arrivavano disinfettati accuratamente.

A fine aprile comincia un timido via vai di avventori cinesi, il tir del riso è diventato un furgone, ma scarica. I Suv di ultima generazione ritornano a caricare i sacchi di riso, le verdure e le specialità orientali, segno inequivocabile che la morsa infettiva cede. A fine maggio fervore commerciale, i miei vicini puliscono il ristorante, si rialzano le serrande, la strada è di nuovo intasata di Bmw, Audi nuovissime, per fortuna delle aziende automobilistiche tedesche ci sono loro.

ISS, Brusaferrò, Borrelli, Oms e i virologi televisivi continuano a pontificare sulla circolazione del virus, sui pericoli, distanza sociale di 1 mt., ma anche 1,5 mt., facciamo due, ma io non gli credo e chiederò al gestore del Super Market se ci sarà la seconda ondata e se sarà più o meno grave dipenderà dal numero di mascherine che ordinerà.

ISS e governo, invece di 450 esperti, non poteva telefonare a Chiang?

Lia per adesso non si vede, speriamo che sia andata a trovare i nonni in Cina, la banda dei ragazzini scomparsa, come molti giovani, qualche attività di cinesi non riapre, il ristorante deserto.

Chiang mi ha confidato che se l'economia italiana non riprende a novembre, chiuderà il super market e tornerà in Cina.

Se così fosse, gli farò una offerta al ribasso per la sua Audi Q5 bianca, praticamente nuova.



di Mauro Giovanardi

Absit iniuria verbis

Antefatto: per promuovere l'adesione allo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto viene proposta e avviata in Ausl Romagna, su iniziativa dei Centri screening e delle Gastroenterologie, una campagna di comunicazione volta a raggiungere in particolare la fetta di "popolazione bersaglio" più refrattaria alla partecipazione. Purtroppo lo slogan (che non cito) e l'immagine scelti (che non mostro e non descrivo), al primo apparire delle locandine su cui erano raffigurati, sono stati ritenuti offensivi e la campagna sospesa sul nascere, a partire da segnalazioni presentate al nostro Ordine.

La comunicazione rappresenta il fondamento di qualunque relazione; nella relazione medico-paziente è il trattino che colma la distanza, unisce i protagonisti e traccia il sentiero su cui procede l'alleanza terapeutica.

Se narrazione e ascolto e relativi coinvolgimenti empatici, sono il fondamento della comunicazione fra medico e paziente, questo rapporto duale, (allargato eventualmente alla sfera dei rapporti famigliari e affettivi) non esaurisce lo spazio e la potenzialità della comunicazione in sanità e i mezzi espressivi di cui essa può servirsi.

Tra gli individui il piano di comunicazione, da qualunque prospettiva lo si guardi, può giovare dell'"intimità" derivante dalla consuetudine o farsi forte della fiducia che nasce da una sintonia spontanea o costruita nel tempo. In questo spazio comunicativo il paziente può riconoscere nel medico che ha di fronte il "suo" medico e il medico garantirgli di esserlo anche se, contemporaneamente, rappresenta lo stesso riferimento per dieci, cento o mille altri pazienti.

In questo spazio il dialogo e l'ascolto diretto rappresentano i pilastri che sostengono la partecipazione attiva e consapevole, del paziente e di chi se ne prende cura, alle scelte terapeutiche.

In questo spazio può trovare posto ed efficacia il messaggio personalizzato e argomentato volto a favorire l'adesione del proprio assistito a un progetto di cura o a uno screening di prevenzione.

È su quest'ultimo aspetto che vorrei soffermarmi per qualche ulteriore riflessione.

Ogni programma di prevenzione per essere efficace ha bisogno di adesione.

È l'adesione il fattore critico di ogni screening e la comunicazione in proposito deve essere capace di raggiungere la maggior quota possibile di "popolazione bersaglio"; per questo buono scopo tutti i canali comunicativi possono e devono essere sfruttati.

Posto il grande valore che ha la comunicazione personale del medico di famiglia nel favorire l'adesione a uno screening, non si può non sfruttare, se occorre, anche il canale rappresentato dai media come veicolo di campagne di comunicazione mirate. È qui che, di necessità, entra in gioco una modalità comunicativa diversa nell'uso del linguaggio e dell'immagine.

Non più l'essere a "tu per tu" - dove personale capacità ed empatia giocano il ruolo determinante nel decretare il successo del messaggio trasmesso - ma utilizzo di mezzi e spazi comunicativi (camper, gazebo o banchetti, media, social, cartellonistica) che devono arrivare ai molti, possibilmente a tutti coloro che rappresentano la "popolazione bersaglio" dello screening e un linguaggio che sappia sfruttare la forma della comunicazione persuasiva tipica della pubblicità, fatta di messaggi brevi, semplici, eufemici, sintetici.

Non scandalizzi l'accostamento tra pubblicità e comunicazione sanitaria: anche se non mancano esempi di finalità prettamente commerciali anche in ambito sanitario, la pubblicità non serve solo a commercializzare un prodotto esaltandone le qualità vere o presunte fino a renderlo desiderabile al punto da indurre la convinzione di doverlo possedere.

La pubblicità può veicolare anche messaggi politici (si pensi alle varie forme di spot elettorali), religiosi (vedi p.es. campagne per favorire la destinazione dell'8 per mille alla Chiesa cattolica), sociali.

Rientrano in quest'ultimo ambito le tante campagne di Pubblicità Progresso e, appunto, quelle in campo sanitario, come le campagne contro il fumo, contro varie patologie e a favore della prevenzione.

L'intento persuasivo di una campagna di prevenzione, anche se sfrutta tecniche comunicative comuni alla pubblicità commerciale, ha per destinatario non un consumatore ma un utente al quale si propone o nel quale si vuol stimolare un comportamento che ha un fine "etico": il guadagno di salute, la promozione di corretti stili di vita.

Chi promuove una campagna di adesione a uno screening deve prima di tutto avere presente qual è il *target* di popolazione da raggiungere e adattare al *target* il linguaggio, intendendo per linguaggio parole e immagini.

Nella popolazione bersaglio ci sarà una quota di soggetti che per sensibilità, cultura, coscienza sociale, è pronta a raccogliere la proposta senza necessità di particolare azione persuasiva. Ci sarà altresì una quota di soggetti che verranno arruolati nel tempo sulla base di evidenze di efficacia e, infine, una quota di soggetti non aderenti a oltranza. Quanto più ampia sarà quest'ultima fetta, tanto più basso il tasso di adesione e di conseguenza l'efficacia dello screening.

Si tratta di una popolazione che si dimostra refrattaria a una comunicazione "argomentata", basata sui risultati ottenuti, per quanto efficaci. Che fare? Rassegnarsi e abbandonare come irrecuperabili alla causa questi cittadini? O cercare di raggiungerli con un messaggio che faccia uso di tipici "espedienti pubblicitari" quali la brevità e la sintesi estrema di uno *slogan* che si prende la libertà linguistica di giocare magari sullo sfruttamento di un motto o di una espressione gergale allusiva, piegata e adattata al fine perseguito, calcando volutamente sul tono della comunicazione?

È vero, il fine non sempre giustifica i mezzi, ma è pur vero che in una campagna di prevenzione sanitaria, dove non si promuove un prodotto materiale, ma un bene impalpabile e prezioso come la salute, individuale e collettiva, il fine può venir prima del mezzo e può rendere accettabile anche un linguaggio (parole e immagini) giocato su toni "forti" ma comunque proporzionati alle resistenze da scalfire.

Recensioni



di Maurizio Della Marchina

La "Madonna Diotallevi" Raffaello a Rimini

Dal 17 ottobre 2020 al 10 gennaio 2021, in occasione del 500° anno dalla morte del sublime pittore urbinato tornerà a Rimini, in prestito dal Bode Museum di Berlino la "Madonna Diotallevi" un dipinto di Raffaello già di proprietà della nobile famiglia riminese e venduta al museo tedesco dal marchese Audiface Diotallevi. L'esposizione si terrà al museo della città e permetterà di ammirare lo splendido capolavoro giovanile raffaellesco, che fino all'800 faceva parte della ricca collezione del nobile riminese, unitamente ad opere di Leonardo, del Garofalo e della scuola trecentesca riminese.

Il marchese Audiface Diotallevi nacque a Rimini il 27 settembre 1792 in una delle più facoltose famiglie della città ed ebbe una condotta di vita certamente brillante e movimentata-tanto che Carlo Tonini e Filippo Giangi, usualmente molto misurati e sobri, si sbilanciarono in giudizi e valutazioni decisamente critiche e perfino piccanti sullo stile di vita del marchese e della di lui consorte.

In ogni caso il marchese Diotallevi percorse una carriera diplomatica di tutto rispetto, ottenendo cariche e riconoscimenti dallo Stato Pontificio e dal re di Francia, fino ad ottenere la nomina di Gonfaloniere e di Console di Francia.

Egli ebbe casa nel "bel palazzo non finito attiguo al Vescovado" (l'attuale palazzo Diotallevi in via Tempio Malatestiano) che il padre, Marchese Michelangelo, fece rialzare di un piano per accogliere il figlio Audiface e la sposa Francesca Reggiani.

Nel 1842 venne a Rimini l'architetto pontificio Luigi Poletti, chiamato per progettare un grande nuovo teatro e venne ospitato in casa Diotallevi e stringendo con il marchese un fecondo rapporto amicale, ottenne l'affidamento per la costruzione di una pregevole villa a Vergiano (ora Villa Mattioli).



Il Marchese Audiface tramite il Poletti raccomandò a Roma, presso lo studio di Francesco Coghetti (l'autore del dipinto del sipario del nuovo teatro polettiano) il pittore riminese Guglielmo Bilancioni, ancora giovane di belle speranze.

La stima ed il credito che il Diotallevi riscuoteva presso la propria cittadinanza fecero sì che fosse nominato testimone al processo per il riconoscimento del miracolo della "Madonna di Rimini", un dipinto di Giuseppe Soleri Brancaleoni, che nel 1850 pareva avere mosso gli occhi. Il Diotallevi ebbe fra l'altro rapporti di conoscenza ed amicizia con Gioacchino Rossini e con lo scrittore francese Stendhal, mentre meno fortunato fu il suo tentativo, andato a vuoto, di

avere un contatto con Francois-Renè Chateaubriand, allora ministro di Francia a Roma. Nonostante il dovizioso patrimonio avuto in eredità dal padre e la dote portata dalla moglie, Audiface Diotallevi promosse alcune iniziative finanziarie che, se inizialmente ebbero un buon riscontro, furono di seguito meno fortunate.

Egli fu uno degli azionisti del nuovo teatro polettiano e cassiere della Cassa di Risparmio, ma sfortunatamente ebbe la cattiva idea di fondare una banca privata, sulla falsariga di analoghe iniziative francesi, purtroppo, non essendo particolarmente abile nella gestione finanziaria, giunse presto al fallimento dell'impresa portando ad un dissesto di più di ventimila scudi, per la qual cosa fu costretto ad alienare numerose sue proprietà fra cui importanti opere d'arte possedute.

L'esistenza di Audiface Diotallevi ebbe termine il 22 aprile 1860 per "repentino morbo".

Nel contesto delle raccolte artistiche delle più doviziose famiglie riminesi dell'800 spicca decisamente la collezione Diotallevi, la quale venne formata nel 1793 da Michelangelo per un lascito ereditario di 145 opere pittoriche, mentre alla morte del padre Audiface ereditò una "Galleria" con quadri in tela e cornici di lusso del valore di 554.42 scudi.

Di certo il dato più interessante è quello relativo alle vicende di Audiface collezionista d'arte, ed in particolare l'annotazione di Giuseppe Marchetti che nel 1824 parla del "signor marchese Audiface Diotallevi che possiede bellissimi quadri ed è amatore caldissimo delle arti belle."

La prima notizia relativa ad una singola opera della collezione Diotallevi è quella relativa ad una perizia dell'Accademia di San Luca su di un dipinto da lui posseduto simigliante ad un quadro di Raffaello, ma risultato poi una copia. Tra il 1841 ed il 1858 la raccolta d'arte del Marchese Diotallevi fu visitata da importanti esper-

ti d'arte europei, fra cui Gustav Friederich Waagen, noto conoscitore tedesco e direttore della Königl. Gemäldegalerie di Berlino, il quale, durante la sua permanenza in Italia fece importanti acquisizioni per la propria istituzione.

Osservando la collezione riminese egli attribuì a Raffaello un dipinto precedentemente ritenuto opera del Perugino e di particolare pregio, tanto che così si esprime il teutonico esperto d'arte: "uno dei dipinti rappresenta la Madonna col Bambino sulle ginocchia... nell'atto di guardare Giovanni, un'opera d'arte su legno con figure a grandezza naturale. Si suppone che sia di un Perugino, io però la considero un'opera tra le prime di Raffaello"

La ricca raccolta Diotallevi che includeva opere di tutto rispetto, tanto che il mercante germanico acquistò anche un'opera leonardesca e disegni di Correggio che lo indussero a concludere la propria missione riminese del 1842 con piena soddisfazione.

Lo stesso Luigi Tonini, nel descrivere le più importanti pitture della Città, menzionò la raccolta, dicendo esservi in essa alcuni cimeli di prima classe.

Morto il marchese, nel 1861, buona parte dei suoi beni vennero venduti all'incanto e quanto rimase venne infine ceduto al marchese don José di Salamanca, ricco uomo d'affari e banchiere spagnolo. L'ultimo atto riguardo le opere d'arte della famiglia Diotallevi si ebbe negli anni '30 del 1900 quando Adaudo II, discendente del nobile riminese, donò al museo di Rimini un crocifisso trecentesco.

Non sempre l'attribuzione della Madonna riminese al grande urbinato fu univoca, specie negli anni fra fine '800 ed inizio '900, ma in seguito si fece strada il riconoscimento della mano di Raffaello Sanzio, inquadrando il dipinto come un'opera giovanile creata ancora sotto gli influssi umbri del Perugino, prima dell'evoluzione fiorentina.

La critica moderna maggiormente accreditata tende infine a datare l'opera verso gli anni 1501-1503, attribuendo l'opera alla fase umbra del pittore, in cui erano evidenti gli influssi di Perugino e Pinturicchio.

Inoltre le moderne tecniche di indagine hanno permesso di riscontrare una uniformità pittorica fra il disegno ed il dipinto ed una realizzazione del paesaggio relativamente autonoma da quella delle figure, processo questo tipicamente raffaellesco.

Al termine di questo excursus attributivo durato circa due secoli possiamo concludere riconoscendo la finissima mano di Raffaello nella realizzazione della Madonna Diotallevi, pur se ancora sotto gli influssi della bottega peruginesca, ma con aspetti e dettagli tutti suoi e tipicamente personali.



Antonia Chiara Scardicchio

Curare Guardare Epistemologia ed estetica dello sguardo in medicina

Franco Angeli Editore - Collana Educazione e
Politiche della bellezza

Un libro curioso per medici curiosi. Un libro inquieto per medici la cui inquietudine è la spinta alla ricerca continua, medici la cui "umanità" è tutt'uno con la propria scienza: perché il paziente non cerca romantici sorrisi ma sguardi complessi e compositi, sguardi curiosi, incuriositi, curiosanti come quelli di chi è al cospetto di un'opera d'arte e di una sciarada e si sente interpellato anche a mettersi in gioco, non solo a mettere a nudo. Medici come esperti di estetica: questa la curiosa proposta d'autoformazione in medicina che il libro propone, tessendo un discorso breve ma intenso tra narrazioni scientifiche, biografiche, artistiche. Dentro un ritmo che coniuga questioni di cura e questioni di formazione, il volume è destinato a tutti coloro che, impegnati professionalmente nelle relazioni di cura e d'aiuto, seguendone i contrappunti potranno ripercorrerne passione e curiosità, mossi della "grande" domanda: "l'umanità" è dote innata o si può imparare?

Chi non ha mai ascoltato o letto qualcosa della professoressa Scardicchio, o più semplicemente Chiara, si è perso molto! Ho avuto il piacere e la fortuna di conoscerla anni fa a Bari, durante un laboratorio su Don Chisciotte e i 'nostri' mulini a vento. Da allora la mia strada si incrocia con la sua, a cominciare dal modestissimo contributo alla pubblicazione di quel suo splendido libricino 'storico' che tutti i genitori dovrebbero leggere, intitolato *MADRI, voglio vederti danzare* (NFC Edizioni).

Dopo *MADRI*, altri preziosi piccoli saggi sono *Quel che conta non sa contare* (La Meridiana Edizioni), che consiglio vivamente a insegnanti ed educatori, o *La ferita che cura* (Anima Mundi Edizioni), su dolore e resilienza, per non parlare dei numerosi testi universitari che, in qualità di docente, ha scritto. Noi siamo fortunati perché lei ama venire a Rimini e ogni volta ci regala emozioni portandoci le sue parole e la profonda bellezza delle sue riflessioni.

Ma tornando al suo ultimo lavoro, che è appunto *Curare, Guardare*, non posso che riportare stralci

di quanto scrive a tal proposito il collega Tiziano Scarponi, medico sistemico che vive con ricerca e incessante interrogazione la sua vita professionale e che ha riportato sul bollettino dell'Ordine di Perugia la sua appassionata recensione di questo volume.

Scarponi dice:

“Ogni medico viene ‘ammaestrato’ per sviluppare il famoso occhio clinico, metafora questa per una grande abilità diagnostica e tutti noi, di solito senza rendersene conto, per perseguire questo obiettivo, trasformiamo il nostro modo di osservare e di guardare spostando la nostra messa a fuoco. Eh sì! Mentre un paziente parla e ci racconta il proprio dolore, i propri sintomi magari sotto un nostro terzo grado, siamo stati allenati non tanto a guardare e a capire chi abbiamo davanti, ma a cercare di collocare quello che ci viene detto dentro un catalogo, dentro una casella convenzionalmente definita: una malattia. Uscendo dall'università ci sentiamo imbattibili, pensiamo che tutto quello che passa attraverso il nostro sguardo possa essere scientificamente dimostrato e risolto: sembra che basti solo trovare il verso di poter scomporre il problema in ogni singola sua parte per trovare la logica concatenazione di tutta la filiera delle parti, ma invero nessuno ci insegna mai che il risultato totale del problema è cosa diversa dalla somma delle singole parti e pertanto che il nostro cammino, il nostro andare avanti diventa inesorabilmente “claudicante”.

Claudicante e sofferente, per il medico intellettualmente onesto, perché consapevole dei propri limiti di comprensione e di cura. Consapevole di esercitare un ruolo che tutti si aspettano salvifico e risolutore, ma che tu dentro di te sai benissimo essere limitato e per certi aspetti millantato e che la fede che veniva riposta in te, in anni non tanto lontani, sta sempre più vacillando. Quale via d'uscita pertanto?

Di quale epistemologia si deve appropriare il medico se il metodo fin qui usato è stato senza dubbio utile ma non esaustivo e soprattutto non più rispondente alle necessità per superare le nuove sfide derivanti dalla complessità della patologia cronica? Chiara mi cita quando affermo che il medico per prima cosa deve affrontare i propri fantasmi! E senza dubbio è questo il primo passo: guardare dentro sé stesso attraverso un'esperienza, un percorso di auto-bio-epistemologia per cercare di verificare le proprie motivazioni, la propria soggettività.

Anche l'umano che hai davanti, poi, dovrà essere guardato in modo diverso, come un altro soggetto, ma senza affanno! Come giuocando, come danzando attraverso una “traslitterazione” che porterà per forza ad una “serendipità” casuale, ma non nel senso di un qualcosa piovuto dal cielo come per incanto, ma perché frutto di “... competenza sistemica dell'osservatore che giudica non banale qualsiasi informazione. È competenza estetica dello sguardo che «non cerca: trova» (Chiodo, 2011): ovvero, sapiente abbandono di pre-costituzione rigida e apertura al dato ed alla spiegazione impensata”. L'esperienza clinica, le linee guida consolidate dell'EBM hanno il loro valore, ma attenzione! Cristallizzano e impediscono lo sguardo verso nuovi orizzonti: non solo in senso ampio ma proprio in senso assai pratico giacché presumere di “aver già visto tutto” riduce le nostre potenzialità di ragionamento clinico. E ciò in quanto “...la certezza riduce il raggio visivo. E con essa sfuma ogni possibilità di vedere altro, vedere altrove. E così genera la perdita della competenza ad abdurre, intesa proprio come centro specifico della serendipità”.

Ecco pertanto l'epistemologia che il medico dovrà imparare e studiare non riguarda nulla di astratto ma il più potente mezzo a disposizione dei processi di diagnosi e di cura: il nostro sguardo.

Dunque una vera sfida in “Curare, Guardare”: reimparare a trasformare l'imperfezione in apprendimenti altrimenti impensabili (Covid-19 docet!) ma anche a gioire della nostra umanità affinché nel rapporto medico-paziente noi per primi possiamo scoprire che sterile e asettico sono qualità fondamentali per gli spazi fisici... ma non per quelli psicologici.

Antonella Chiadini

Senza nemmeno un titolo

*D'attimi siamo fatti
d'istanti e tempi effimeri
della somma
di tutti i d-dimeri
del compendio
di tutti i contatti.
Respira con le mani:
un applauso
potrebbe salvarti...
i reparti smembrati,
le terapie intensive...
per oggi si vive
così.
Resta qui,
coi tuoi libri
i tuoi gatti:
d'attimi siamo fatti,
e battiti.
Così.*

Luigi Casadei

Semiseria... mente



di Saverino La Placa

Indovinello

“È figlio di tuo padre e di tua madre ma non è tuo fratello e neanche tua sorella. Chi è?”

Gioco con numeri

Un uomo in gita spese un quarto di quanto aveva a Firenze e un quinto a Pisa. Successivamente, dopo aver ricevuto da un amico 180 euro, la somma da lui posseduta era di 224 euro. Qual era la somma iniziale posseduta dall'uomo?

Rebus (10, 6)



T



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

Soluzioni dei giochi del numero precedente:

Spiegazione dell'indovinello: **la camicia.**

Spiegazione del rebus: **“P” “OLMO” “NI” “TE” “DA” “CORONA” “VIRUS” (Polmonite da coronavirus).**

Spiegazione del gioco con numeri: **Essa ha 18 anni, una delle sue sorelle 21, ossia tre più di lei e l'altra 13 ossia 5 meno di lei. Sommando gli anni formano mezzo secolo e ...due anni, cioè 52.**

Pillole e cavilli

La medicina, il diritto e il suo rovescio



di Mario Bartolomei

Nello specchio della medicina aerospaziale. Telemedicina e scompenso cardiaco.

La pandemia da SARS-CoV-2, tuttora in corso, ha rappresentato e continua a costituire una sfida culturale, non soltanto sanitaria. Costringe a confrontarsi con circostanze insolite, con la necessità di immaginare soluzioni a problemi prima sconosciuti. Non ci sono solo impellenti questioni diagnostico-terapeutiche a cui dover rispondere. La scena è spesso dominata da complessi aspetti politico-organizzativi e da ineludibili valutazioni economico-finanziarie, che occorre bilanciare con l'esigenza di tutelare la salute dei singoli e delle comunità a cui gli individui appartengono.

Ciò accade tipicamente non soltanto durante una pandemia, ma anche nella quotidianità della medicina aerospaziale, che si occupa di piloti e astronauti, “pazienti” sani per definizione o fino a prova contraria, che operano in situazioni anomale e sono al contempo responsabili della sicurezza di terze persone. La necessità di adottare strategie originali comporta che alcune nostre certezze siano messe in discussione, magari sottotraccia. Tre sono gli ambiti principalmente coinvolti: il ruolo del paziente, la concezione della professione e i modelli di lavoro.

Il ruolo del paziente. È risaputo che gli astronauti in missione siano esposti a processi accelerati di invecchiamento sistemico e il loro ruolo attivo è fondamentale per ritardare l'insorgenza di patologie fortemente legate alla microgravità, come accade ad esempio con il decondizionamento muscolare e osteo-articolare. La salute del singolo astronauta significa, almeno in linea teorica, anche la salvezza di un intero equipaggio. Fatte le debite distinzioni, in epoca di pandemia, il coinvolgimento consapevole della popolazione è di importanza centrale. Allo stesso modo è di importanza centrale, e lo sarà ancor di più in futuro, la *compliance* dei pazienti nella gestione delle sempre più frequenti patologie croniche. Osservazione forse banale: se ne parla da tempo, ma lo si sta sperimentando in modo efficace solo in questi mesi.

La concezione della professione. Durante una missione aerospaziale si fa con quel che si ha e il medico resta a terra. Pertanto, l'astronauta, chiamato a svolgere attività e compiti di alta specializzazione in un ambiente ostile, deve essere addestrato anche a manovre diagnostiche, possibili intubazioni orotracheali, interventi di chirurgia. Le sperimentazioni e le simulazioni sono in corso, immaginando la prospettiva di futuri viaggi nello spazio. In modo diverso, per chi tiene i piedi sul

nostro Pianeta, la questione che emerge con maggior insistenza è quella del *task shifting*. Vero e proprio *task shifting* o meno, l'esigenza di ripensare le modalità di collaborazione con altre figure sanitarie andrà affrontato in modo appropriato da parte di tutti gli attori in gioco, sia nell'interesse del paziente sia per evitare altri conflitti istituzionali come quello che è recentemente arrivato fino alla Corte costituzionale (Sent. 6 dicembre 2019, n. 259 sul c.d. "caso Venturi", all'epoca dei fatti assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna).

I modelli di lavoro. Durante una spedizione spaziale la telemedicina è d'obbligo, ma presenta forti limiti, in modo particolare tutte le volte in cui sarebbe necessario allestire e valutare campioni istologici o eseguire attività chirurgiche. Tra i membri di un equipaggio aerospaziale, le patologie dermatologiche sono tra le condizioni mediche più frequenti e la teledermatopatologia è uno dei campi della c.d. medicina a distanza su cui si sta investendo di più. Qui da noi, invece, molto potrà e dovrà essere gestito con la telemedicina, ma non tutto. Pertanto, bisognerà iniziare a selezionare cosa mantenere nell'alveo di una medicina tradizionale e cosa consegnare a una pratica già fortemente ibridata con le nuove tecnologie.

La sintesi efficace di quanto è stato detto finora è rintracciabile nell'esperienza di alcuni moderni ambulatori dedicati alla gestione dello scompenso cardiaco. Tramite un'app che il cardiologo prescrive al paziente, i dati clinici sono monitorati a distanza grazie alla collaborazione di un'equipe infermieristica dedicata che si può avvalere di software di intelligenza artificiale. Il beneficio di questo sistema di gestione risiede nella possibilità di coinvolgere in prima persona il paziente nel suo percorso di cura, di aggiustare tempestivamente la terapia, di programmare visite *ad hoc*, e non "a scadenza fissa", o di organizzare eventualmente un *day hospital* mirato, al fine di evitare i costi diretti e indiretti, soprattutto di carattere prognostico, legati a un ricovero ordinario per la riacutizzazione della patologia cronica di base.

È in questo scenario che la medicina aerospaziale, e non solo la pandemia, ci indica la strada da seguire.

Per approfondire.

Bailey J.F. et al., *From the international space station to the clinic: how prolonged unloading may disrupt lumbar spine stability*, Spine J., 18(1), 2018.

Benjamins S. et al., *The state of artificial intelligence-based FDA-approved medical devices and algorithms: an online database*, npj Digital Medicine volume 3, 2020.

D'Amario D. et al., *Telemedicine, Artificial Intelligence and Humanisation of Clinical Pathways in Heart Failure Management: Back to the Future and Beyond*, Card Fail Rev 6, 2020.

Dunn C. et al., *Dermatologic manifestations in spaceflight: a review*, Dermatol Online J. 24(11), 2018.

Maines M. et al., *Short-term outcome associated with remote evaluation (telecardiology) of patients with cardiovascular diseases during the COVID-19 pandemic*, Int J Cardiol Heart Vasc. 2020.

Sprugnoli G. et al., *Microgravity and Cosmic Radiations During Space Exploration as a Window Into Neurodegeneration on Earth*, JAMA Neurol. 70(2), 2020.

Stark C. et al., *Tracheal intubation in microgravity: a simulation study comparing direct laryngoscopy and videolaryngoscopy*, Br. J. Anaesth., 125, luglio 2020.

L'illusione dell'estate....

In questi mesi non è stato facile ricoprire il ruolo di Presidente di questa Associazione. Il primo anno del mio mandato, si è aperto in maniera inconsueta e direi unica.

La nostra Associazione si basa sulle relazioni umane proprio quelle a cui è stato chiesto di rinunciare durante questa pandemia. I nostri incontri, nella prima fase, si sono interrotti in maniera inaspettata e ciò ha comportato una frenata della nostra attività.

Nonostante tutto, la reazione c'è stata e siamo riuscite, grazie agli strumenti digitali, a comunicare fra di noi fornendoci la possibilità di rispondere concretamente, in un momento di grave emergenza, alle esigenze della nostra comunità.

Come già riferito nel numero precedente, AMMI - Rimini ha donato 1000 euro all'Ospedale di Rimini per contribuire all'acquisto di un respiratore e, dalla sottoscrizione tra le Socie, si sono raccolti 1600 euro che il 22 maggio scorso abbiamo donato al Parroco della chiesa di S. Agostino, Don Vittorio Metalli, che insieme a Caritas ha devoluto la somma alle famiglie bisognose del nostro territorio.

Durante il periodo di *lockdown*, la Presidente Nazionale, Michela d'Errico, ha continuato a mantenere il dialogo con le Sezioni e per l'emergenza COVID 19 ha promosso diverse iniziative: tra queste mi preme ricordare quella che vede coinvolta l'AMMI Nazionale con la Fondazione ONAOSI a sostegno degli orfani dei Sanitari deceduti a causa del coronavirus. L'appuntamento con la "Giornata Nazionale della Salute della Donna", che l'AMMI celebra tutti gli anni il 22 aprile, è stato caratterizzato



A.M.M.I.

Associazione Mogli Medici Italiani

Sezione di Rimini

"Unite per Unire"



dai significativi interventi tenuti da Giovannella Baggio e Anna Moretti, socie e donne Medico, che sono stati poi diffusi con un video sulla chat di AMMI - Rimini.

Terminato il *lockdown* e con l'apertura della fase 2, ci siamo timidamente riavvicinate e abbiamo considerato l'idea di organizzare un incontro per tornare a guardarci in viso, per provare ancora il piacere di comunicare le nostre emozioni e mantenere vive le nostre relazioni e le nostre amicizie.

Seppur in un modo diverso dagli incontri tradizionali, vale a dire con mascherine e mantenendo il distanziamento sociale, a luglio è stato organizzato un aperitivo nel giardino del Ristorante Embassy di Marina Centro.

Questo incontro ci aveva aperto le porte all'estate trasmettendoci l'impressione che l'emergenza potesse essere superata. Durante la stagione estiva, pur continuando a rispettare le indicazioni date dal Ministero della Salute, la vita sembrava ritornare a una certa normalità ma con l'arrivo dell'autunno, il tutto si è rivelato un'illusione. La curva dei contagi ha ripreso a salire.

Il Covid 19, è un fenomeno per noi sconosciuto paragonabile a un'onda intensa, devastante e imprevedibile. Il virus oggi circola in tutto il Paese con un forte incremento dei casi. Per poter convivere con questo "nemico invisibile" occorre rispettare con coscienza e precisione tutte le norme di precauzione previste per evitare, se possibile, un nuovo *lockdown*. I tempi, purtroppo, si prospettano bui perché siamo nuovamente in una situazione di emergenza sanitaria.

In questo scenario di incertezza abbiamo sospeso tutti gli eventi che avevamo stabilito per i prossimi mesi con la speranza di poterli realizzare in un futuro a noi vicino.

Quando finirà tutto questo?

Una domanda che tutti noi ci poniamo e alla quale non sappiamo rispondere.

A mio avviso, la fine di questa pandemia, sarà un processo lungo e difficile e solo nel momento in cui riusciremo a convivere con questo virus potremo dire di essere ritornati ad una certa "normalità".

Arrivederci a presto, con l'auspicio che questo periodo complesso della vita di tutti noi ci conduca ad una crescita personale e di tutta l'associazione, permettendoci di individuare percorsi e modalità innovative che ci consentano di rafforzare il nostro sodalizio.

Giovanna Tommasini Grossi

Spazio Federspev

Lettera ai colleghi pensionati



di Mario Agostini

Carissimi,

giorni fa un amico mi ha inviato per *Whats App* una stupenda foto del Ponte di Tiberio al tramonto. È nata in me una considerazione: ogni momento della giornata ha un suo fascino, ma il momento del tramonto ha in sé qualcosa di molto suggestivo.

Mi è sorta una intuizione: forse questa constatazione vale anche per il momento del tramonto della nostra attività professionale, come in generale per la vita stessa.

Andando in pensione, molti di noi si sono trovati ad affrontare una situazione nuova, con molte incognite, e una difficoltà psicologica inevitabile quando ci si deve "ambientare" al nuovo, o comunque ad una situazione diversa da quella fin qui conosciuta.

In questo contesto, a suo tempo, mi è stata fatta la proposta di iscrivermi alla FEDERSPeV. A dire il vero non ero pienamente cosciente di cosa comportasse tale scelta. Però l'ho accolta come una occasione per vivere al meglio il mio "tramonto", incuriosito dal motto distintivo di questa Associazione: "non soli ma solidali". Ecco, io avevo bisogno di non sentirmi isolato al riguardo dei rapporti coi colleghi pensionati come me e sentirmi oggetto e soggetto di solidarietà nei loro confronti.

Iscriversi alla FEDERSPeV (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove), a cui possono associarsi oltre che Medici, Veterinari e Farmacisti, anche Vedove o Vedovi dei sanitari stessi deceduti, è certo per un fine di aggregazione sindacale, ma anche per svolgere iniziative culturali e ricreative. Attualmente nella Sezione della Provincia di Rimini siamo 44 iscritti di cui 23 medici e 21 vedove.

Il Direttivo è così composto: Past President Carmen Marini Spanedda, Presidente dott. Mario Agostini, Vice Presidente dott. Geo Agostini, Segretario e Tesoriere dott. Alberto Marsciani, Consigliere dott. Angelo Baudassi, Consigliere dott. Giancarlo Leurini.

Chi volesse iscriversi può senz'altro rivolgersi al sottoscritto per e-mail al mio indirizzo personale: dottago@hotmail.com oppure può contattarmi al cellulare: 347 1656561.

Sarò ben lieto di dare risposte ad eventuali domande oppure dare indicazioni per l'iscrizione, per chi lo desiderasse. Un caro saluto a tutti voi.



Ricordando i colleghi



Pierluigi Cecchi
(21 agosto 1943 - 16 luglio 2020)

Descrivere in poche righe la figura umana e professionale di Pierluigi Cecchi, “riminese doc” come amava definirsi, non è facile, tali e tante sono state le esperienze che aveva accumulato. Parole come **passione, impegno, ottimismo, libertà, amore e generosità** lo rappresentano ed è attraverso queste parole che cercheremo di raccontarlo.

Passione per il suo lavoro: ha sempre e solo lavorato per il pubblico e inizia negli anni '70 all'Ospedale dei Bambini di Rimini.

Le nascite sono tante e la mortalità infantile elevata. La neonatologia è agli inizi, non ancora branca specifica della medicina e lui, giovane pediatra nell'équipe del prof. Ugo Gobbi, diventa neonatologo sul campo. Si appassiona e perfeziona le sue conoscenze in questo ambito trasformando le sue ferie in congedi studio e lavorando in centri di neonatologia di primo livello come la Macedonio Melloni di Milano con la Prof.ssa Minoli e il Policlinico Umberto I di Napoli con Marcello Orzalesi.

Si dedica poi allo sviluppo della Pediatria all'Ospedale di Macerata Feltria lavorando anche sul territorio nei consultori ONMI.

Nel 1982 è lui ad aprire la Pediatria dell'ospedale Cervesi di Cattolica dove si esprime con le sue doti di “innovatore” per quei tempi: il rooming-in, le donne gravide che possono parlare con un pediatra prima che il loro bimbo nasca, la presenza del pediatra in sala parto sempre e non solo nelle situazioni a rischio.

Impegno per gli altri: lo ha sempre privilegiato antepoendolo alla carriera professionale come dimostrano le numerose esperienze di cooperazione fatte per il mondo: Uganda, Kenya, Nicaragua, Bolivia, Palestina, Vietnam, Cambogia, Cina. Alcune lunghe di anni altre come missioni brevi. Sono gli anni '80 e dirige il CFS (Coordinamento di Ong italiane per la Formazione sanitaria) organizzando corsi per i medici in partenza per i Paesi in via di sviluppo. L'impegno non è solo per l'estero ma anche per il suo territorio. Crede nell'educazione sanitaria, nel sociale. Nel 1983 fonda l'associazione SAeVO - Sanità e Volontariato organizzando corsi di educazione sanitaria rivolta alla cittadinanza di Riccione e Cattolica.

Ottimismo: nell'ottobre 1999, a seguito della riorganizzazione regionale, il reparto pediatrico di Cattolica viene chiuso ed è sempre lui l'ultimo ad uscire chiudendosi alle spalle, con un po' di dispiacere, un periodo di soddisfazioni. Ma è pronto a ricominciare. Dove? In Cina. Nel 2000 accetta di partire come cooperante responsabile di un progetto del Ministero Affari Esteri all'ospedale



pediatrico di Pechino, uno dei più grandi al mondo. Dirige un progetto che fornirà attrezzature per le due terapie intensive, neonatale e pediatrica e per il pronto soccorso.

La Cina lo entusiasma, è curioso: impara la lingua, la cultura, la storia, l'arte e le ceramiche cinesi diventano un altro dei suoi tanti interessi extra, come lo erano già le macchine fotografiche e gli orologi.

Libertà: al termine del progetto pechinese durato 3 anni, decide di andare in pensione e di continuare a vivere a Pechino. Gli viene offerta la possibilità di lavorare per un'altra Ong italiana e inizia a occuparsi di un settore completamente nuovo per lui, “la psichiatria di comunità”, nel ruolo di coordinatore di esperti italiani e organizzatore di corsi di formazione specifici. I cinesi mostrano interesse per questo ambito essendo nota l'esperienza italiana con la riforma Basaglia.

Le autorità cinesi lo apprezzano, riceve numerosi riconoscimenti, gli chiedono di diventare consulente del Dipartimento Risorse Umane del Ministero della Salute. Dal 2008 si trasforma in “un ponte” Italia-Cina grazie al quale per più di 10 anni centinaia di medici cinesi hanno potuto seguire corsi di formazione nelle migliori strutture ospedaliere e universitarie Italiane.

Amore e generosità: si esprimono in quello che spesso ripeteva “più dai e più ti ritorna”. Il prof. Pietro Gobbi, figlio dell'illustre pediatra Ugo, gli ha dedicato un commovente messaggio ...“il maledetto coronavirus ha avuto la meglio anche sul suo fisico temprato dalle difficoltà, dopo essersi speso come bravo medico nelle parti più difficili del mondo” artefice di “tante splendide vicende, tutte legate alla sua competenza di Medico e di organizzatore per i sistemi sanitari più fragili”. Pierluigi Cecchi, con la sua vita piena e ricca di umanità, non lascia un vuoto ma un “pieno”, profonde tracce di lui rimarranno per le strade che ha percorso e in tutte le persone che lo hanno conosciuto e amato.

Rosalba Rondinelli

Variazioni agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 24 AGOSTO 2020

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BRISIGOTTI Viola	di Rimini
dott. FORLANI Roberto	di Rimini
dott.ssa LAZZARINI Maria Chiara	di San Giovanni in Marignano
dott. MARANI Gianluca	di Sant'Agata Feltri
dott.ssa MONTANI Martina	di Morciano di Romagna
dott.ssa YAZEVA Iryna	di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BACCIOCCHI Luigi	per cessata attività
dott. MARCANTONIO Pasquale	per cessata attività

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. DELLA VALLE Andrea	per trasferimento a OMCeO Milano
--------------------------	----------------------------------

Variazione nome:

dott. BERTOZZI Ronaldo (da BERTOZZI Ronaldo Luigi)	di Rimini
dott.ssa TESTA Giovanna Donatina Clara (da TESTA Giovanna)	di Santarcangelo di R.

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 12 NOVEMBRE 2020

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa ABBATI Chiara	di Rimini
dott.ssa ALBINI Michela	di Rimini
dott. ALDINIO Giovanni	di Rimini
dott. ANTONELLI Gino Andrea	di Ateleta (AQ) - domicilio a Riccione
dott. ATAEI Sam	di San Marino
dott. BAIOCCHI Nicolò	di Cattolica
dott.ssa BURESTA Martina	di Rimini
dott. ssa CAPPETTA Gina	per trasferimento da OMCeO Salerno
dott.ssa FERRI Alessandra	per trasferimento da OMCeO Fermo
dott. GELMINI Marino	per trasferimento da OMCeO Milano
dott. LEONI Luca	di Cattolica
dott. MORRI Simone	di Rimini
dott. ssa PISELLI Giorgia	di Cattolica

dott. RIGHINI Lorenzo
dott. ROSSETTI Andrea
dott. TOCCACELI Matteo

di Santarcangelo di Romagna
di Rimini
di San Marino

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BARILARI Claudio	per cessata attività
dott. DELLA VALLE Andrea	per trasferimento a OMCeO Milano
dott. PAPANIAROS Charilaos	per decesso (02.04.2020)
dott. PILLITU Alfredo	per cessata attività

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa DE LUCA Serena	per trasferimento a Bologna
dott. MALTONI Giulio	per trasferimento a Bologna
dott. STEFANO Mauro	per trasferimento a Bologna

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa TINARELLI Veronica	per trasferimento a Bologna
-----------------------------	-----------------------------

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2.144 – Albo Odontoiatri nr. 398 – Elenco Speciale STP nr. 03

