

il Notiziario

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



anno XXVI numero 3-4
luglio-dicembre 2024





il Notiziario

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

Anno XXVI, Numero 3-4
luglio-dicembre 2024

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

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

Contributi a questo numero da:

dott.ssa Sara Biondi – medico chirurgo-nutrizionista
dott.ssa Selene Catena – medico chirurgo-radiologa
dott. Giancarlo Cerasoli – pediatra-Scuola di Storia della Medicina OMCEO Rimini
dott.ssa Maria Caterina Staccioli – medico chirurgo-oncologa-psicoterapeuta
dott. Eros Tiraferri – medico chirurgo-ematologo
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. donne per la salute Sezione
di Rimini

Referenze iconografiche:

pag.20-21: Archivio OMCEO Rimini

In copertina:

Foto Archivio OMCEO Rimini

Grafica e stampa a cura di

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

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

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

3-4/2024

sommario

- 4 Editoriale**
di Maurizio Grossi
- 6 Il punto redazionale**
di Marco Grassi
- Sanità Locale**
DR.SSA FRANCESCA RAGGI
DIRETTRICE STRUTTURA COMPLESSA
U.O. DIREZIONE MEDICA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIMINI
SANTARCANGELO NOVAFELTRIA
AUSL ROMAGNA
di Antonella Chiadini
- 7 Giovani medici**
DOSSIER: QUALE FUTURO
PER I GIOVANI MEDICI?
di Marco Grassi
- 17 Vita dell'ordine**
GIORNATA DEL MEDICO E
DELL'ODONTOIATRA
di Giovanni Cananzi
- 20 Focus sulla professione**
LA TERAPIA
ANTICOAGULANTE ORALE... OGGI:
LE INTERAZIONI FARMACOLOGICHE
di Eros Tiraferri
- 23**
- 29**
DISBIOSI INTESTINALE
E SAZIETÀ
di Sara Biondi
- Storia della medicina**
UGO GOBBI,
UN PEDIATRA
DA RICORDARE.
di Giancarlo Cerasoli
- 33**
- 36 Medicina di genere**
FOCUS ON
di Laura Baffoni
- 41**
ATTIVITÀ DEL CENTRO
DI FORMAZIONE MEDICINA
DI GENERE
di Loreley Bianconi
- 45 Medici ma non solo**
I GIORNI DELLA LUMACA
di Selene Catena
- 46**
LA CALDA ESTATE...
di Luigi Casadei
- 49**
LAGGIÙ VEDO QUALCOSA
di Maria Caterina Staccioli
- 50 Recensioni**
PIERO MARTIN
STORIE DI ERRORI MEMORABILI
di Mauro Giovanardi
- 52 Semiseria...mente**
INDOVINELLO
REBUS
GIOCO CON NUMERI
di Saverino La Placa
- 53 Spazio Ammi**
LA SOSTENIBILE LEGGEREZZA DEL
TEMPO CHE PASSA: STILI DI VITA,
MOVIMENTO, LONGEVITÀ NELLA
DONNA E ALTRO ANCORA...
di Giovanna Tommasini Grossi
- 56** **Variazioni agli albi**
- 57** **Corsi e convegni**
- 58** **Ricordando i colleghi**
GIUSEPPE CORBUCCI VITOLO



di Maurizio Grossi

4

CARE COLLEGHE, CARI COLLEGHI, sono passati pochi mesi dalla competizione elettorale e con il primo gennaio 2025 sarà insediato il nuovo consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici-chirurghi-odontoiatri della nostra Provincia.

Ritengo che il nuovo Consiglio sia rappresentativo delle diverse anime della professione medica: ospedale, territorio, specialistica, privato convenzionato. Abbiamo visto l'ingresso di giovani consiglieri, Mascia Grani, Bianca Maria Morolli, Maria Cristina Basili, Francesca Raggi, e complessivamente su un numero di 15 consiglieri 6 sono di nuova nomina.

L'obiettivo per la prossima consiliatura è di proseguire nelle iniziative e nei progetti iniziati e darne vita a nuovi e lavorare per una sanità più vicina e attenta ai bisogni dei cittadini. Avremo anche il compito di continuare a lavorare per migliorare la nostra professione consolidando i risultati ottenuti ma anche affrontando nuove sfide.

Il primo obiettivo sarà la Formazione: da oltre 10 anni la **Scuola di Etica Medica** è il fiore all'occhiello del nostro Ordine, prima Scuola italiana di Etica e deontologia medica.

Il **Centro Formazione Medicina**

di Genere è un'altra delle nostre iniziative, che hanno fatto di Rimini e del suo Centro in Medicina di Genere un riferimento nazionale. La **Scuola di Storia della Medicina**, anch'essa divenuta un punto di riferimento per gli studiosi di questa materia, con la pubblicazione di Quaderni tematici dedicati ai grandi medici del passato.

Commissione Giovani Medici da sempre impegnata in un interessante programma di formazione sui più attuali temi della medicina.

Continuerà il nostro impegno per il **Progetto di Curvatura Biomedica**: l'Ordine di Rimini ha aderito al progetto ministeriale di curvatura biomedica. Lo scopo di tale percorso ministeriale è quello di favorire l'acquisizione di competenze in campo biologico e di orientare le studentesse e gli studenti liceali che nutrono un particolare interesse per la prosecuzione degli studi in ambito chimico-biologico e sanitario. Altro tema che sarà affrontato, costituendo un gruppo di lavoro ad hoc, sarà quello della **Integrazione Ospedale-Territorio**: l'Ordine di Rimini si è sempre posto l'obiettivo di stimolare una maggiore e migliore integrazione Ospedale-Territorio per garantire

una assistenza ottimale e sviluppare progetti di potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, favorendo il miglioramento del rapporto tra colleghi.

Combattere la violenza contro i medici e gli operatori sanitari: L'Ordine di Rimini ha sempre collaborato con le Istituzioni al fine di introdurre normative più severe, chiedere maggiore sicurezza nei luoghi di lavoro, organizzare campagne di sensibilizzazione per educare il pubblico al rispetto dei sanitari.

Ci impegneremo per la de-burocratizzazione: questo è un tema di grande rilevanza, specie per i medici di medicina generale, poiché la eccessiva burocrazia può limitare l'efficacia del sistema sanitario, ridurre la qualità delle cure e aumentare lo stress dei professionisti sanitari. Cercheremo di implementare alcune strategie per affrontare questo problema quale quella di rivedere e semplificare le normative sanitarie esistenti, eliminando obblighi burocratici ridondanti o non necessari. Lavoreremo perché i medici siano coinvolti nella progettazione di sistemi e processi amministrativi che siano adeguati e funzionali alle esigenze del lavoro clinico quotidiano. Promuoveremo l'adozione di pratiche innovative e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi che possano ridurre la burocrazia, anche come l'uso, sempre attento ed etico, dell'intelligenza artificiale per l'elaborazione automatica di documenti.

In collaborazione con la AUSL sarà nostro compito quello di migliorare l'organizzazione del lavoro negli ospedali, promuovendo nuovi modelli di lavoro con la garanzia dei turni di riposo, implementazione

degli organici, il riconoscimento dei ruoli e delle competenze.

Cercheremo di combattere il fenomeno sempre più comune della "fuga dei medici dagli ospedali" ascoltando quella ormai chiara necessità di porre maggiore attenzione al lato personale e privato del professionista, che oltre all'attività lavorativa, ha l'esigenza di curare la sua vita privata e familiare. Infine vorremmo riportare "il paziente al centro", La tutela e la salvaguardia della deontologia medica, compito primario dell'ordine professionale, non può far altro che favorire una sanità nella quale il paziente è al centro del sistema. Il nostro giuramento di Ippocrate è portatore di un messaggio nel quale il rigore della cura passa nell'assistere ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di diseguaglianza nella tutela della salute. Perseguire l'instaurarsi con la persona assistita di una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione comprensibile e completa sono principi fondamentali da difendere e rafforzare.

Per concludere posso dire che la continuità che ci auspichiamo è nel metodo di lavoro e nei valori che hanno portato il nostro ordine professionale ad essere quello che è ad oggi, il rinnovamento lo immaginiamo nella visione che porterà alla nascita di nuovi progetti con uno sguardo sempre rivolto alle future sfide della professione, promuovendo l'indipendenza e la centralità del medico per un sistema sanitario più giusto e sostenibile.

il punto redazionale



di Marco Grassi

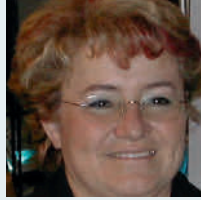
6

CARE COLLEGHE,
CARI COLLEGHI
Con questo numero doppio del Notiziario si chiude anche l'anno 2024. Un anno che ha visto come momento più importante per la vita dell'Ordine le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo e la successiva nomina degli Organi Istituzionali. L'**Editoriale** di Maurizio Grossi traccia le «linee programmatiche» del prossimo quadriennio di consiliatura in continuità con il precedente *“proseguendo nelle iniziative e nei progetti iniziati e darne vita a nuovi e lavorare per una sanità più vicina e attenta ai bisogni dei cittadini. Avremo anche il compito di continuare a lavorare per migliorare la nostra professione consolidando i risultati ottenuti ma anche affrontando nuove sfide”*.
Accanto alla «continuità» il nuovo Consiglio si caratterizzerà anche per il «rinnovamento»: *“lo immaginiamo nella visione che porterà alla nascita di nuovi progetti con uno sguardo sempre rivolto alle future sfide della professione, promuovendo l'indipendenza e la centralità del medico per un sistema sanitario più giusto e sostenibile”*. Rinnovamento che è già avvenuto, quantomeno nella composizione del nuovo Consiglio che vede

l'elezione di sei consiglieri di nuova nomina e l'aumento a cinque consiglieri della componente femminile.

Anche questo Notiziario vuole «rinnovarsi» invitando i colleghi alla collaborazione nella sua stesura con articoli sia di argomento «scientifico» (aggiornamento, divulgazione) che inerenti la professione (organizzazione, «politica» sanitaria, etica, deontologia, *humanities*) oltre a elaborati sia grafici (vignette, fotografie) che testuali (racconti, poesie, pensieri, commenti ad articoli, etc.) frutto di interessi extraprofessionali (non siamo solo medici...). Molti colleghi hanno aderito a precedenti «inviti» e questo numero ne è già una testimonianza con articoli di nuovi «collaboratori». Non mi dilungherò quindi, come di consueto, nella anticipazione del contenuto di questo numero, lasciando alla curiosità del lettore scoprirne il contenuto.

Chiudo questa breve presentazione augurando a nome mio, della Redazione e del Consiglio dell'Ordine un sereno Natale e un felice anno nuovo.



di Antonella Chiadini

Dr.ssa FRANCESCA RAGGI
Direttrice Struttura Complessa
U.O. Direzione Medica Presidio
Ospedaliero di Rimini Santarcangelo
Novafeltria AUSL Romagna

AL PRIMO IMPATTO non te la immagini donna di comando. Alla mano e sorridente, semplicità e sobrietà le calzano a pennello. Eppure, se la guardi bene, le leggi nello sguardo, nei gesti e nelle parole, pragmatismo e determinazione, doti fondamentali che le hanno aperto la strada alla scelta professionale. Se dovessi sintetizzare il mio colloquio con lei in due parole chiave, queste sarebbero: VALORI e SQUADRA. Niente male se pensiamo che i valori sono il presupposto dell'agire umano e che la squadra è il modello strategico vincente per il lavoro

e le scelte decisionali. Facile a dirsi ma molto più impegnativo da realizzare. D'altra parte, come diceva Thomas Hood: "Quando mai è stato fatto il miele da una sola ape di un alveare?"

Forlivese, classe 1972, si laurea nel 1999 all'Alma Mater con tesi su "Sistemi di classificazione dell'attività specialistica ambulatoriale - l'esperienza della Regione Emilia Romagna" (relatore prof. Mario Zanetti) e si specializza in Igiene e Medicina preventiva nel 2003 con tesi su "I sistemi di classificazione in ambito sanitario. Il sistema di classificazione ICD-9-CM. Lo stato dell'arte". Segue un ricco percorso di alta formazione sul *management* delle aziende sanitarie e socio-assistenziali: dalla Scuola Superiore di Politiche per la Salute dell'Università di Bologna ai master presso l'ateneo di Ferrara e l'Harvard School fino alla prestigiosa Scuola di Direzione Aziendale SDA Bocconi a Milano. Anche la storia professionale è tutta proiettata sulla gestione ospedaliera e su progetti di pratica sanitaria nelle ASL. Insomma un curriculum davvero importante che le ha permesso di acquisire competenze trasversali manageriali di notevole livello.



“Qui a Rimini mi sono subito sentita a casa, e che casa! Devo dire che prima di vederlo dal vivo, avevo ampiamente sottovalutato la grandezza della realtà riminese. Da forlivese, ho sempre frequentato il mare di Cervia e di Milano Marittima e ricordando il mio antico sogno di lavorare in una città di mare, il pensiero andava all'Ospedale di Cervia, ben più contenuto rispetto all'Infermi. Non avrei mai pensato di arrivare al Presidio ospedaliero di Rimini che, perdipiù, include gli ospedali di Santarcangelo e Novafeltria! Ho preso servizio nel gennaio 2021, in piena pandemia, e mi sono subito messa all'opera con lo stile che più amo: lavoro di squadra e partecipazione su obiettivi condivisi. Ho trovato professionisti di alto livello con forte senso di appartenenza e cooperazione.

Abbiamo subito costituito i tre Board di coordinamento funzionale che, tuttora, sono fondamentali per gestire i processi e prendere le scelte più difficili:

1 - BOARD MEDICO che si occupa dei percorsi clinici di urgenza;

2 - BOARD CHIRURGICO per il governo delle sale operatorie (oltre ai direttori di U.O. ne fanno parte gli anestesisti, gli infermieri del blocco operatorio, del pre-ricovero e i coordinamenti di percorso);

3 - GRUPPO SPAZI per la gestione tecnica e dei cantieri in ospedale (ne fanno parte colleghi dell'Ufficio tecnico, Ingegneria clinica, Direzione infermieristica, Logistica...).

Il mio prossimo obiettivo? Non è 'io vorrei' ma è 'io voglio' riuscire a creare una visione unitaria di Ospedale. Le dimensioni così vaste della struttura e il serrato lavoro quotidiano per gli operatori ai

vari livelli non facilitano il 'fare squadra', intendo una squadra unica dove tutte le U.O. lavorino in modo sinergico, integrato e coordinato. Ecco, quella ospedaliera deve diventare una comunità professionale che ha come obiettivo comune la cura, intesa davvero come il "prenderci cura" della persona.

Faccio il tifo per una presenza sempre più femminile in ruoli deputati alla regia dei servizi, come sta avvenendo a capo delle Unità Operative. Questa nuova generazione di dirigenti donne preparate e determinate sta dimostrando grande impegno e capacità manageriali. Insomma, credo nella *leadership* femminile! Nel disegno della rete ospedaliera dell'Area Vasta Romagna, ogni ospedale polispecialistico ha una vocazione distintiva: così come Cesena si caratterizza nel politrauma, Forlì nell'Oncologia, Rimini nel Materno Infantile, vuoi per la sua tradizione di tutela della mamma e del bambino, vuoi per l'alto numero di parti effettuati a Rimini e per le prestazioni complesse erogate in questa area dai nostri professionisti.

E io, per la mia storia familiare, sento molto il settore della Pediatria. Al bambino vanno assicurati rispetto, umanizzazione delle cure, meno dolore possibile e tutte quelle azioni e progetti integrativi che possono rendere più dolci e accettabili le cure e il ricovero ospedaliero (come la *pet therapy* o la scuola in ospedale). E qui entra in gioco il volontariato come risorsa ineludibile per poter creare un ambiente più sereno e, si fa per dire, piacevole. Sì, credo molto nel valore del volontariato attivo e sono molto aperta alle

associazioni di volontariato in ospedale!

Parlando della mia sfera privata, sono single, non ho figli, vivo con due gatti, arrivati 17 anni fa dalla cucciolata di una collega del Bellaria di Bologna. Patroclo e Paris, che mi hanno sempre seguito, mi tengono compagnia nelle poche ore in cui sono a casa e sono due presenze preziose, che amo e che per certi aspetti considero i miei maestri di vita, così come può capire bene chi ha animali.

La mia giornata si apre con la loro colazione, poi con la mia, abbondante e soprattutto dolce, continua in ospedale con il lavoro che mi prende molto; la palestra e lo sport nonché le uscite con gli amici a completare le mie giornate. Mi piace leggere, alterno saggistica a narrativa, ma in ferie leggo solo romanzi d'amore a lieto fine! Faccio sport tre volte a settimana, ho cominciato recentemente ad allenarmi per la corsa ad ostacoli: la *Spartan Race* può sembrare una disciplina 'da maschiaccio', ma combina, in modo giocoso, prestazione fisica e atletica con concentrazione, equilibrio e strategia. Nelle competizioni o comunque nelle prove sfidanti, pericolo e resistenza si abbinano a una forte componente ludica e a spirito di squadra. Insomma mi mette di fronte ai miei limiti fisici e alle mie paure e mettendomi così in gioco, riesco a capire molte dinamiche mentali e atteggiamenti di difesa da superare. Da quando sono arrivata a Rimini, mi alleno anche in palestra con un personal trainer, che stimo molto e che mi ha aiutato a migliorare la mia autodisciplina.

Il mio difetto più grosso?

Nel rapporto con gli altri sono

sempre molto diretta ma, nelle situazioni in cui mi metto sulla difensiva, posso sembrare arrogante.

Un pregio?

Sicuramente la tenacia nel perseguire ciò in cui credo fermamente".

E dopo questa lunga e piacevole chiacchierata che ce la fa conoscere meglio come persona, chiedo subito alla dr.ssa Raggi un nuovo appuntamento per entrare nel merito della struttura e dell'organizzazione ospedaliera. Riporto (nella pagine a seguire) solo alcuni numeri per capirne la portata.



POSTI LETTO

| | |
|------------------|------------|
| H. RIMINI | 573 |
| H. SANTARCANGELO | 60 |
| H. NOVAFELTRIA | 48 |
| TOTALE | 681 |

ATTIVITÀ 2023

ACCESSI AI PS: 123.847
(di cui 100.843 all'Infermi, 13.885 a Santarcangelo, 9119 a Novafeltria)

| | |
|------------------|----------------|
| PS RIMINI | 100.843 |
| PS SANTARCANGELO | 13.885 |
| PS NOVAFELTRIA | 9.119 |
| TOTALE | 123.847 |

**RICOVERI (compresi Day Hospital)
RICOVERI CHIRURGICI**

| | |
|---------------|---------------|
| RIMINI | 10.627 |
| SANTARCANGELO | 1.316 |
| NOVAFELTRIA | 885 |
| TOTALE | 12.828 |

RICOVERI MEDICI

| | |
|---------------|---------------|
| RIMINI | 19.114 |
| SANTARCANGELO | 1.523 |
| NOVAFELTRIA | 904 |
| TOTALE | 21.541 |

TOTALE RICOVERI MEDICI E CHIRURGICI

| | |
|---------------|------------------|
| RIMINI | 29.741 (86,03 %) |
| SANTARCANGELO | 2.839 (8,21%) |
| NOVAFELTRIA | 1.789 (5,17%) |
| TOTALE | 34.569 |

TOTALE PRESTAZIONI AMBULATORIALI CLINICHE E DIAGNOSTICHE
(visite, prelievi, esami ematochimici, esami radiologici, ecc.)

| PRESTAZIONI AMBULATORIALI | | % |
|----------------------------------|------------------|---------------|
| PS RIMINI | 1.067.040 | 59,12 |
| PS SANTARCANGELO | 542.224 | 30,04 |
| PS NOVAFELTRIA | 195.461 | 10,84 |
| TOTALE | 1.804.725 | 100,00 |



DOSSIER: QUALE FUTURO PER I GIOVANI MEDICI?

di Marco Grassi

QUESTO DOSSIER segue e amplia un argomento già trattato in questo Notiziario [1] su cui vorrei tornare in modo più analitico. Anche quest'anno le preferenze dei giovani medici si sono distribuite su una curva pressochè continua ma con una accentuata concentrazione sui due estremi: da un lato le Scuole meno scelte con posti vacanti superiori al 70% e dall'altro quelle con posti messi a concorso occupati al 100% e senza abbandoni nel corso della specializzazione. Sulle «caratteristiche» di queste Specializzazioni non mi dilungo, avendole già trattate nell'articolo citato [1]. Brevemente abbiamo da un lato Specializzazioni «cliniche» (dermatologia, cardiologia, oftalmologia, chirurgia plastica etc..) esercitabili sia in ambiente «organizzato» (Ospedali, cliniche private, ambulatori ASL) sia in contesto libero-professionale (sia pubblico come intra-moenia che totalmente privato) e dall'altro Specializzazioni di tipo clinico generalista (medicina di emergenza-urgenza, medicina di comunità) e non cliniche legate ad una organizzazione sanitaria (farmacologia, anatomia patologica, microbiologia, statistica, patologia clinica etc.), con percorsi di carriera esclusivamente all'interno del servizio pubblico.

Le opzioni espresse dai neo-laureati possono essere quindi interpretate come una sorta di indice di fiducia nella futura carriera e possono essere assimilate agli indici statistici sulla fiducia dei consumatori o dei manager, circa gli sviluppi a breve dell'economia, del proprio reddito o del business. Preferenze che «segnalano», ormai da molti anni, una disaffezione nella sanità pubblica il cui significato non è stato ancora ben valutato nei suoi diversi aspetti e nei potenziali effetti sulla tenuta di un sistema già in affanno. Poche e superficiali analisi del «fenomeno» tendono a stigmatizzare le scelte in chiave prevalentemente opportunistica dei giovani medici (...non hanno spirito di sacrificio...pensano al guadagno...un tempo la specializzazione si faceva gratis...) piuttosto che indagare in profondità. Peraltro, su questa linea di analisi «elementare», si inserisce anche lo slogan utilizzato dal Ministero della Salute nella campagna per incentivare le iscrizioni alle Scuole di Specializzazione in Medicina d'emergenza-urgenza: " Scegliete non solo con la testa ma anche con il cuore". [2]

Questi dati potrebbero essere invece la spia di tendenze più profonde, a livello socio-culturale, già emerse in altri contesti geografici. Il passaggio dal «professionalismo» classico a

quello organizzativo, segnato dalla svolta manageriale e dalla inarrestabile burocratizzazione del SSN, non sarebbe estraneo ad un cambiamento del ruolo sociale del medico e soprattutto della sua «identità» di professionista. La letteratura recente si è infatti concentrata anche sul mutamento della professione medica, in particolare alla relazione e rapporto, spesso conflittuale, tra sfera lavorativa e sfera privata e le motivazioni che inducono ad intraprendere la professione. Jones e Green [3], sulla base di una ricerca attuata sui medici di medicina generale inglesi, affermano che la professione è caratterizzata da un declino del «vocazionalismo», ossia dell'idea tradizionale che essere un medico sia una scelta motivata da una «chiamata» (calling) e che il lavoro rappresenti la sfera di vita centrale del soggetto. Declino della «vocazione» come frutto di una «ri-visitazione» del ruolo della profes-

sione nella vita di chi la esercita per cui la professione non rappresenta più la fonte principale di identificazione sociale e culturale del professionista ma solo una delle molteplici attività che fanno parte della sua vita. Un declino che sembrerebbe confermare quella tendenza socio-culturale, comune anche ad altri ambiti professionali, per cui il lavoro avrebbe perso la sua centralità rispetto alle altre sfere di vita e la sua capacità di strutturare l'identità sociale ed i loro percorsi biografici. Pur se l'elemento vocazionale non scompare del tutto, la medicina pare non costituire in se stessa una vocazione, quanto piuttosto una pratica lavorativa come le altre, messa in atto in orari prefissati ed organizzata dai professionisti in modo tale da non confliggere con gli altri momenti della vita. La figura 1 tratteggia alcune delle differenze fra professionalismo classico (a prevalente «impronta» vocazionale)

Professionalismo classico e nuovo professionalismo medico

| | Professionalismo classico | Nuovo professionalismo |
|--------------------------------------|--|--|
| Movente | Vocazione | Ricerca di un lavoro gratificante e stimolante |
| Conoscenze | Relativamente stabili | Aggiornamento continuo e impegno al miglioramento costante |
| Competenze | Cliniche | Relazionali, lavoro di squadra, informatiche |
| Relazione col paziente | Paternalismo ed asimmetria informativa | Egualitarismo; consumerismo |
| Ruolo della sfera di vita lavorativa | Centrale | Mutevole |
| Valori centrali (ethos) | Ideale di servizio; status | Qualità del lavoro; qualità della vita |
| Struttura della carriera | Carriera definita | Percorsi di carriera molteplici |
| Carico di lavoro | Routinario | Stimolante; controllato |
| Relazioni professionali | Gerarchiche: modello del professionista individuale e della dominanza medica | Democratico: modello del network professionale |

e nuovo professionalismo in cui la scelta della professione è indotta dalla ricerca di un lavoro gratificante e stimolante.

Come ha commentato il sociologo delle professioni Sofritti [4] " È altresì vero che il disconoscimento della vocazione come caratteristica definitoria e quasi ontologica della professione non comporta un rifiuto del professionalismo tradizionale e dell'orgoglio di cui è portatrice la competenza clinica per chi la pratica. Si assiste però ad una sorta di ridimensionamento della professione rispetto alle altre sfere di vita con i medici che non percepiscono più la professione come fosse la loro vita; la vita stessa accadeva anche al di fuori della realtà del lavoro»

I medici «figli» del nuovo professionalismo concepiscono quindi il lavoro come una delle molteplici sfere in cui si costruisce e si consolida l'identità personale, privilegiando il lato espressivo del lavoro, ovvero la capacità di risultare gratificante e stimolante a livello soggettivo con percorsi di carriera all'insegna della flessibilità e di un adeguato bilanciamento tra tempi di vita e tempi di lavoro.

In questo contesto di profondi cambiamenti socio-culturali e demografici (la progressiva «femminilizzazione» della professione), di cui non si è preso completamente atto, avviene anche un imponente ricambio generazionale, nei modi più incerti e turbolenti, sia sul territorio che negli ospedali. Un avvio di una professione in grave sofferenza e difficile transizione in cui le naturali difficoltà di adattamento che si incontrano ad inizio carriera sono acuite da un carico di lavoro e responsabilità già ritenuto gravoso dai medici più maturi ed esperti. È a rischio la tenuta individuale e il futuro collettivo di un'intera gene-

razione, chiamata a sostituire quella della prima riforma sanitaria, a quel tempo motivata da un professionalismo vocazionale ormai tramontato ed improponibile per la sua obsolescenza rispetto allo spirito dei tempi.

Bibliografia

[1] M. Grassi - Le scelte degli specializzandi nel concorso 2023. Le preferenze dei futuri specialisti sono un segnale di disimpegno dal SSN? Notiziario n° 4/2023 pagg. 20-22

[2] https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=661

[3] Jones L. e Green J. 2006, Shifting discourses of professionalism: a case study of general practitioners in the United Kingdom, «Sociology of health and illness», 28(7): 927-950. (full text al link <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9566.2006.00513.x>)

[4] F. Sofritti - Medici in transizione. Etica e identità professionale nella sanità aziendalizzata. Firenze University Press 2015. (Full text al link <https://media.fupress.com/files/pdf/24/2907/26168>)

I CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE ASSEGNATI NEL 2024

Sono stati pubblicati a fine settembre i dati dei contratti per le scuole di specializzazione per l'anno 2024. A fronte di una offerta di 15256 contratti (oltre il doppio rispetto al periodo pre-Covid), la domanda ha coperto solo il 75% dei contratti banditi, in tendenza con i risultati del 2023. Questo 25% di contratti senza assegnazione, come il pollo di Trilussa, non è però uniformemente «distribuito» su tutte le speciali-

tà. Come nel 2023, alcune sono in particolare «sofferenza» e rendono ragione di quel 25% di contratti rimasti senza alcun pretendente. Senza entrare troppo nel dettaglio i dati si possono riassumere in queste succinte note:

Totale contratti assegnati 11392 su 15256 vale a dire il 75% (percentuale di poco superiore ai 2/3 del 2023)

- Le specializzazioni più «gettonate» - con posti assegnati al 100% (mentre nel 2023 solo 7 superavano il 90% senza saturare i posti banditi - riguardano 10 discipline: dermatologia, cardiologia, chirurgia plastica, pediatria, oftalmologia, gastroenterologia, endocrinologia, medicina termale, pediatria, radiodiagnostica.
- Le specializzazioni che superano il 90% dei posti messi a concorso sono 18: medicina legale, pneumologia, medicina dello sport, medicina del lavoro, chirurgia maxillo-faciale, ginecologia, reumatologia (99-98% dei posti), allergologia, otorino, neuropsichiatria infantile, chirurgia pediatrica, ortopedia, psichiatria, neurochirurgia, chirurgia vascolare, oncologia (97-90% dei posti)
- Al polo opposto, con meno del 50% di posti assegnati, troviamo 12 specializzazioni rispetto alle 19 nel 2023 (tra parentesi la percentuale del 2023): chirurgia toracica 48% (37), nefrologia 48% (45), anatomia patologica 47% (28), medicina d'urgenza 30% (24), medicina nucleare, 27% (30), statistica medica 26% (31), cure palliative 22% (28), medicina di comunità e cure primarie 21% (8), radioterapia 18% (13), farmacologia 17% (12), biochimica 15% (14), microbiologia e virologia 11% (11)

Nel 2024 si accentua quindi il trend già emerso con i contratti assegnati nel 2023: le specializzazioni opzionate sono quelle cliniche più specifiche e settoriali mentre quelle generaliste e quelle non cliniche, incardinate nell'organizzazione ospedaliera o altre emanazioni del SSN, sono le meno appetite. Questi dati ci dicono inequivocabilmente che i giovani medici mostrano una disaffezione verso il sistema sanitario pubblico e dubitano che il loro futuro professionale possa svolgersi con profitto, sia professionale che, perchè no, economico all'interno del perimetro del SSN.

Dati e tabelle complete:

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124617

CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE: CHI VINCE E CHI PERDE (POSTI)

Un'analisi più approfondita dei dati riguardanti l'ampio panorama della formazione specialistica evidenzia alcune «distorsioni» che sono state solo in parte rilevate e corrette con la chiusura di 41 scuole di specializzazione, senza tuttavia esaminare a fondo il problema. (vedi riquadro). L'analisi, basata sui dati di immatricolazione alle scuole di specializzazione degli anni dal 2020 al 2023, evidenzia come al «disinteresse» per alcune specialità si accompagni anche una certa «freddezza» verso alcune sedi universitarie. Una sonora «bocciatura» da parte degli specializzandi che documenta come, evidentemente, la qualità della formazione specialistica non è uniformemente distribuita sul ter-

ritorio nazionale. In questa analisi vengono approfonditi i dettagli su alcune specialità caratterizzate da un già basso «indice di gradimento» (Medicina di Emergenza Urgenza, Anatomia patologica) e alcune specialità che sono state, in passato, le «regine» delle specializzazioni (Chirurgia generale e Medicina interna).

MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA

Nel quadriennio esaminato il tasso di occupazione dei posti messi a concorso (3594) è stato del 45% cui si sono sommati i posti abbandonati nel corso degli anni successivi (428) portando al 58% la percentuale di posti non coperti+abbandoni. Una media piuttosto alta ma con «code» della gaussiana che le rappresenta significative e meritorie di opportuni approfondimenti a livello dei decisori «politici» (Ministero, Regioni, Università). Per esempio, all'Università di Bologna vi è una occupazione dei posti (124) che è la più alta in Italia (70%) e quasi analoga percentuale alla Cattolica del Sacro Cuore. Attorno al 60% di posti occupati si trovano solo Catania, Milano, Torino, Pisa e Modena-Reggio Emilia. Poi il «diluvio» di sedi con posti non accettati o accettati e successivamente abbandonati (è la specialità con la maggior percentuale di abbandoni in itinere). La lista (lunga) meriterebbe un approfondimento nelle opportune sedi, soprattutto per le Università che rasentano l'80% di «disinteresse»: Aquila, Parma, Piemonte orientale, Siena. Un cenno particolare alla situazione regionale del nord-est riguardante le Università venete (Padova e Verona) e friulane (Udine e Trieste). A fronte di 609 posti messi complessivamente a concorso (che rappresentano il 17% dei posti totali messi a concorso in Italia) ne è attualmente occupato solo il 30%. Se i posti richiesti e

messi a concorso fino al 2023 sono basati sulle reali necessità future della sanità locale (cui si presume di sopperire con specialisti «autoctoni» e formati *in loco*) è altamente probabile che i Pronti Soccorso delle di queste due regione soffriranno nel futuro molto prossimo di carenza di organici molto più di quanto non succeda adesso.

CHIRURGIA GENERALE

La specialità che storicamente contendeva a Medicina interna la palma di specializzazione più ambita e prestigiosa anche sotto il profilo del rispetto e ammirazione sociale, da molti anni ha perso l'*appeal* di un tempo. Ciò si è manifestato con una forte crisi vocazionale che ha mandato deserti circa un terzo dei posti messi a disposizione nel quadriennio preso in esame. A fronte di 2746 posti a disposizione non sono stati assegnati 604 contratti, mentre non si sono immatricolati agli anni successivi 346 specializzandi. Ciò rappresenta un tasso di abbandono del 16%, non particolarmente alto ma significativo. Quest'anno la situazione è ulteriormente peggiorata con appena il 51% di contratti assegnati e se continua la stessa tendenza all'abbandono della specialità avremo fra cinque anni $\frac{2}{3}$ in meno dei chirurghi programmati. L'analisi per sedi evidenzia due dati ancor più allarmanti. Milano e Roma (sede di 5 scuole di specializzazione entrambe) hanno tassi di contratti non assegnati+abbandoni nettamente inferiori alla media, in particolare Milano che si attesta attorno al 12%, un dato da considerarsi quasi fisiologico. Per converso, in alcune sedi (equamente distribuite fra nord e centro) sono andati deserti oltre il 60% dei posti (Chieti, Molise, Perugia, Piemonte orientale, Politecnico delle Marche, Siena, Udine). La

«concentrazione» delle scelte verso le due «capitali» (Milano e Roma) può essere ragionevolmente spiegata con le maggiori possibilità che hanno queste università di essere all'avanguardia nella ricerca e nelle tecniche operatorie e nel più ampio case-mix di pazienti trattati (sia per demografia, sia per attrattività dalle province e regioni circostanti per Milano e da tutto il centro-sud per Roma).

MEDICINA INTERNA

Specialità che soffre da anni di una crisi di identità, «cannibalizzata» com'è dalle molte branche della medicina interna, quali la cardiologia, la gastroenterologia, la nefrologia, la pneumologia, ecc. con le sub-specialità a ciascuna di esse collegate. Branche della Medicina interna che costituiscono campi di studio nei quali lo sviluppo scientifico è stato notevolissimo e ha indotto una relativa evoluzione di distinti dipartimenti clinici con l'attribuzione del titolo di "specialista". Assistiamo ad una sempre più spiccata frammentazione della medicina interna, quindi, che può mettere in discussione persino la questione del futuro di questa parte della medicina. Prova ne sia, seppur aneddotica ma significativa dei «tempi» attuali, le domande, dubbi e incertezze che si pongono nei forum i giovani medici alle prese con la decisione di quale specializzazione intraprendere.

Medicina interna ha un tasso di abbandono che, considerato il passato «fulgore», non può dirsi trascurabile: il 27% dei posti messi a concorso negli ultimi quattro anni è andato deserto o abbandonato. Particolarmente significativo il tasso di «abbandoni» che sono più dei contratti non assegnati (500 vs 394). L'abbandono prematuro di questa specializzazione avviene con percentuali molto superiori alla media nazionale (17%) nelle

Università di Ferrara (39%), Salerno (35%) e Siena (31%). Complessivamente, tre Università (Ferrara, Sassari e Udine) presentano un preoccupante vuoto di posti del 57%, seguite da Molise e Siena (50%) mentre Insubria, Pavia Perugia e L'Aquila si attestano attorno al 40%. Poche quelle molto sotto la media: Bologna, Milano, Milano Humanitas, Campania Vanvitelli, Cattolica del Sacro Cuore con l'85-90% dei posti stabilmente occupati.

ANATOMIA PATOLOGICA

Chiudiamo infine questa analisi con Anatomia patologica, una specialità «chiave» poichè cardine della diagnostica e terapia in campo oncologico (ma non solo). I risultati sono sconcertanti e preoccupanti in chiave futura. Una carenza di anatomo-patologi, che per la peculiarità delle loro competenze non sono sostituibili da nessun altro specialista, avrebbe gravi ripercussioni su tutto il comparto sanitario, sia pubblico che privato, nelle specialità che necessitano di diagnosi istologiche accurate e in tempi rapidi (oncologia, chirurgia generale e specialistica, dermatologia, screening oncologici). La «noncuranza» con cui vengono accolti questi dati è un po' la cartina al tornasole dell'approssimazione con cui si sta gestendo la formazione delle future generazioni di specialisti. Nello specifico, la metà dei posti messi a concorso non sono stati occupati ma con discrepanze fra le varie Università che ancora una volta mettono in risalto la poca uniformità dell'offerta formativa. Su 31 corsi accreditati, sette Università (Chieti, Foggia, Insubria, Politecnico delle Marche, Tor Vergata e Udine) vedono vacanti oltre il 70% dei posti mentre altre otto Università sono tra il 60-70% (Bari, Cagliari, Cattolica del Sacro Cuore, Piemonte Orientale, Firenze, Milano Bicocca, Parma, Pavia).

Bibliografia

Dati ricavati dalle seguenti pubblicazioni:

<https://als-fattore2a.org/download/23651/?tmstv=1729112632>

<https://als-fattore2a.org/download/23654/?tmstv=1729112632>

<https://als-fattore2a.org/download/23657/?tmstv=1729112633>

NEL 2024 CHIUSE 41 SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

L'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica ha licenziato il documento di lavoro che ha portato alla chiusura di 41 scuole di specializzazione, il quadruplo rispetto alle 10 chiusure della scorsa tornata di accreditamento. Di esse, 22 scuole non sono state accreditate per insufficienza di volumi di attività o per mancanza degli standard previsti dalla legge, 15 per insufficienza dei requisiti del personale docente, e infine 5 sia per carenze di personale che di attività.

Le 41 scuole di specializzazione chiuse sono suddivise in maniera omogenea tra le facoltà italiane e tra le specializzazioni mediche. Tali chiusure sono state ufficializzate mediante i recenti decreti di accreditamento ed evidenziate nella pubblicazione sulla suddivisione dei contratti riguardanti il Concorso SSM 2024. La chiusura di una scuola di specializzazione ha come duplice conseguenza sia la non assegnazione di nuovi medici specializzandi alla struttura che la possibilità per i già iscritti di trasferirsi in qualsiasi momento senza il nullaosta del Direttore di scuola. Sullo «spinoso» argomento Anaao Giovani e Associazione Liberi Specializzandi (ALS) hanno duramente commentato: «Nonostante l'insediamento dell'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica sia avvenuto con ben 9 mesi di ritardo il nostro lavoro di

rappresentanza ha portato a queste chiusure, prevenendo la formazione inefficiente di diverse centinaia di futuri specialisti. Tali 41 chiusure rappresentano solo il primo step della tornata di accreditamento, effettuata a marce forzate in poche settimane: basti pensare che esse sono scaturite dalla "semplice" verifica documentale degli standard assistenziali, cosa che ha messo in evidenza una o più carenze tra volumi di attività insufficienti, assenza di personale docente e mancanza di reparti.

Come ANAAO e ALS abbiamo da sempre evidenziato che la sola analisi documentale degli standard strutturali rappresenta un importante limite nella verifica della qualità formativa e, pertanto, è stato ideato e realizzato il questionario anonimo di valutazione. Composto da domande standardizzate, cui gli specializzandi devono obbligatoriamente rispondere annualmente, esso consente di individuare quelle realtà che, nonostante vedano formalmente rispettati tutti gli standard assistenziali, evidenzino il mancato rispetto delle cosiddette "normative non strutturali".

"In attesa della riforma della formazione medica - proseguono - la verifica minuziosa e puntuale delle normative attuali rappresenta un'attività di rappresentanza fondamentale, svolta nel pieno rispetto della riservatezza che la normativa attuale impone. Purtroppo l'organo nazionale deputato a ciò, l'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica,

| ELENCO DELLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE MEDICHE CHIUSE NELLA TORNATA DI ACCREDITAMENTI ANNO 2024 | |
|---|---|
| Anestesia Rianimazione dell'università di PERUGIA | Nefrologia dell'università di ROMA TOR VERGATA |
| Cardiologia dell'università di PERUGIA | Nefrologia dell'università di FOGGIA |
| Chirurgia maxillo-facciale dell'università di MESSINA | Nefrologia dell'università di FERRARA |
| Chirurgia pediatrica dell'università di ROMA TOR VERGATA | Neurochirurgia dell'università di ROMA TOR VERGATA |
| Chirurgia plastica dell'università di INSUBRIA | Neuropsichiatria infantile dell'università di PALERMO |
| Chirurgia Toracica dell'università di ROMA TOR VERGATA | Oftalmologia dell'università di MOLISE |
| Chirurgia Vascolare dell'università di SIENA | Oncologia dell'università di ROMA TOR VERGATA |
| Chirurgia Vascolare dell'università di ROMA TOR VERGATA | Oncologia dell'università di KORE ENNA |
| Dermatologia dell'università di CATANZARO | Ortopedia dell'università di NAPOLI VANVITELLI |
| Dermatologia dell'università di INSUBRIA | Ortopedia dell'università di SALERNO |
| Endocrinologia dell'università di SALERNO | Ortopedia dell'università di CAGLIARI |
| Gastroenterologia dell'università di BARI | Ortopedia dell'università di MOLISE |
| Genetica dell'università di BARI | Otorino dell'università di NAPOLI VANVITELLI |
| Ginecologia dell'università di ROMA CAMPUS | Otorino dell'università di NAPOLI FEDERICO II |
| Medicina dello sport dell'università di BOLOGNA | Otorino dell'università di PALERMO |
| Medicina dello sport dell'università di CAGLIARI | Otorino dell'università di ROMA TOR VERGATA |
| Medicina d'Urgenza dell'università di ROMA CAMPUS | Otorino dell'università di MESSINA |
| Medicina d'Urgenza dell'università di ROMA TOR VERGATA | Otorino dell'università di PERUGIA |
| Medicina legale dell'università di INSUBRIA | Otorino dell'università di CHIETI-PESCARA |
| Nefrologia dell'università di PALERMO | Otorino dell'università di CATANZARO |
| | Psichiatria dell'università di CATANZARO |

è lo specchio delle incoerenze del nostro paese perché su 15 membri è composto da soli tre rappresentanti dei medici in formazione e ben 8 appartenenti al mondo Universitario (Direttori di Scuola di Specializzazione e Rettori), quando la legge ne prevede soltanto tre. In un Organo che dovrebbe verificare le eventuali illegalità degli Universitari non può esserci una maggioranza assoluta degli stessi universitari poiché non è moralmente accettabile a nostro avviso che i controllori corrispondano esattamente ai controllati. Pertanto - concludono - è quanto mai urgente una concomitante riforma dell'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica che dovrebbe essere composto in maggioranza da membri tecnici terzi ed imparziali che, insieme a membri del mondo universitario e di rappresentanza giovanile, dovrebbero minuziosamente verificare gli standard e la qualità formativa, oltre alla documentazione fornita dai direttori di scuola che è quasi sempre una autodichiarazione,

spesso non coerente con i dati oggettivi e validati di Agenas". [1]

[1] https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124447
https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124447

L'ANNO DEL SORPASSO: LE DONNE MEDICO SONO PIÙ DEGLI UOMINI

Le donne medico in attività sono di più dei loro colleghi uomini. A fine 2023, la tendenza già in atto da diversi anni, si è definitivamente consolidata facendo segnare statisticamente un sorpasso, minimo nella percentuale ma particolarmente simbolico nel significato. All'interno dell'intera categoria medica e odontoiatrica, come illustrato dal Bilancio Sociale 2024 dell'Enpam

appena pubblicato [1], il rapporto era di 50,1 femmine per 49,9 maschi (dato rilevato al 31 dicembre 2023).

Un vantaggio a favore delle donne destinato inevitabilmente a crescere ulteriormente nei prossimi anni se si considera che tra i nuovi iscritti alla Quota A, cioè tutti i nuovi camici bianchi che si sono affacciati alla professione medica e odontoiatrica nel 2023, ben il 59 per cento è donna a fronte del 41 per cento di maschi. Dalla composizione degli iscritti per lustri di età (vedi tabella) risulta evidente come l'attuale distribuzione per sesso a favore di quello femminile sia già iniziato 25 anni fa e proiettato a 10-15 anni fa prevedere che in questo lasso di tempo (con il pensionamento delle classi più mature che vedevano ancora una netta prevalenza maschile) la professione di medico sarà svolta per quasi il 60% da donne medico (per l'esattezza 57,2 vs 42,8).

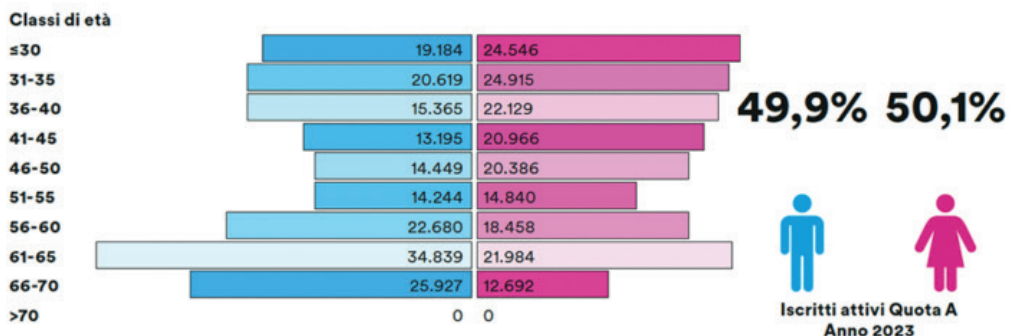
DIFFERENZE PER ATTIVITÀ

Si confermano, tuttavia, importanti differenze a seconda del tipo di attività. In generale quella meno "femminilizzata" è la specialistica esterna (31 le donne 69 gli uomini). La libera professione medica, quella che versa i propri contributi alla cosiddetta

Quota B, è tuttora appannaggio degli uomini (62 per cento contro il 38 delle donne) specie nella componente odontoiatrica. Nel settore del lavoro in convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale invece, nella specialistica ambulatoriale, la prevalenza femminile è ormai consolidata (55 per cento donne e 45 per cento uomini), mentre nell'ambito della medicina generale, per intenderci quella dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, il sorpasso non è ancora avvenuto, ma è ormai dietro l'angolo, con i maschi ancora al 51 per cento e la componente femminile in forte ascesa al 49 per cento. Proprio il tema della femminilizzazione della professione medica è stato quest'anno al centro del Bilancio Sociale dell'Enpam, che per l'occasione si presenta con una non casuale copertina rosa. *"Il futuro della professione medica e il destino stesso del Servizio sanitario nazionale si scriveranno con l'azione delle donne e con la loro capacità di prendersi cura. Una sfida importante che potrà diventare chance di rilancio per il Paese e per la società"* ha commentato Alberto Oliveti, presidente dell'Enpam.

[1] <https://www.enpam.it/bilancio-sociale-2024/>

QUOTA A



vita dell'ordine



GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

di Giovanni Cananzi

20 **L'** INNO PARTE IN RITARDO, siamo tutti in piedi nella bella sala del Grand Hotel ad aspettare l'inizio del nostro inno nazionale che deve inaugurare la XV Giornata del Medico e dell'Odontoiatra. Credo sia un'opportunità e non un difetto quello di rubare un attimo di silenzio guardando negli occhi i giovani medici e i decani fianco a fianco in una platea affollata. Era proprio questo, qualche anno fa, il nostro intento nell'immaginare la giornata celebrativa del giuramento di Ippocrate e del rinnovo delle promesse. Sentiamo la necessità di premiare chi ha passato la vita a prendersi cura delle persone e dare un caloroso benvenuto ai giovani che dopo un lungo, insidioso, entusiasmante, costoso corso di studi sono arrivati a dirsi Medici. In tutto questo, oltre ai saluti delle autorità e del Presidente dell'Ordine,

sotto la guida esperta e delicata di Simona Mulazzani, abbiamo avuto l'onore di ospitare la lezione magistrale della Dott.ssa Elena Cattaneo.

Un'iniezione di entusiasmo e di sogni per una ricerca scientifica sempre più performante, oltre le più sfrenate fantasie, ricordiamo che le battute d'arresto di oggi non sempre sono vicoli ciechi.

Il messaggio è non mollare mai e continuare a sognare, essere sfrontati, questa è la ricetta che da tutte le parti ci viene indicata per portare al posto giusto la nostra Italia, con tanti talenti e tanti problemi.

Una giornata memorabile e sicuramente scolpita a fuoco nei ricordi di tanti di noi, che si sono specchiati nell'impaccio di quando eravamo giovani e nella volontà di condividere ora che siamo grandi. Grazie a tutti: nulla viene per caso e i semi di oggi saranno frutti domani.





21



RINNOVO CARICHE ORDINISTICHE 2025/2028

A seguito delle operazioni elettorali per il rinnovo degli Organi istituzionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, tenutesi nei giorni 19, 20, 21, 22, 23 ottobre 2024 e alla distribuzione delle cariche avvenuta nei giorni 28 e 29 ottobre 2024 gli organi istituzionali per il quadriennio 2025-2028 sono così composti:

CONSIGLIO DIRETTIVO:

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <i>Presidente</i> | Dott. Maurizio Grossi |
| <i>Vice Presidente</i> | Dott. Franco Mandolesi |
| <i>Segretario</i> | Dott. Giovanni Cananzi |
| <i>Tesoriere</i> | Dott. Massimo Montesi |
| <i>Consigliere</i> | Dott. Geo Agostini |
| <i>Consigliere</i> | Dott. Antonio Barboni |
| <i>Consigliere</i> | Dott.ssa Maria Cristina Basili |
| <i>Consigliere</i> | Dott.ssa Loreley Bianconi |
| <i>Consigliere</i> | Dott. Fabio Cesaretti |
| <i>Consigliere</i> | Dott. Silvano Fattori |
| <i>Consigliere</i> | Dott.ssa Mascia Grani |
| <i>Consigliere</i> | Dott. Marco Grassi |
| <i>Consigliere</i> | Dott.ssa Bianca Maria Morolli |
| <i>Consigliere</i> | Dott.ssa Francesca Raggi |
| <i>Consigliere</i> | Dott. Alberto Ratta |
| <i>Consigliere Odontoiatra</i> | Dott. Roberto Piastra |
| <i>Consigliere Odontoiatra</i> | Dott. Luigi Tomasetti |

COMMISSIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI:

| | |
|------------------------|--------------------------------|
| <i>Presidente</i> | Dott.ssa Mascia Grani |
| <i>Vice Presidente</i> | Dott. Maurizio Grossi |
| <i>Segretario</i> | Dott. Giovanni Cananzi |
| <i>Componenti:</i> | Dott. Geo Agostini |
| | Dott. Antonio Barboni |
| | Dott.ssa Maria Cristina Basili |
| | Dott.ssa Loreley Bianconi |
| | Dott. Fabio Cesaretti |
| | Dott. Silvano Fattori |
| | Dott. Marco Grassi |
| | Dott. Franco Mandolesi |
| | Dott.ssa Bianca Maria Morolli |
| | Dott. Massimo Montesi |
| | Dott.ssa Francesca Raggi |
| | Dott. Alberto Ratta |

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

| | |
|------------------------|--------------------------|
| <i>Presidente</i> | Dott. Roberto Piastra |
| <i>Vice Presidente</i> | Dott. Luigi Tomasetti |
| <i>Componente</i> | Dott. Marcello Pisano |
| <i>Componente</i> | Dott. Fabrizio Tommasoli |
| <i>Componente</i> | Dott. Marco Vigna |

REVISORI DEI CONTI EFFETTIVI:

| | |
|-------------------|------------------------------------|
| <i>Componente</i> | Dott. Roberto Bellerio |
| <i>Componente</i> | Dott. Roberto Rinaldi (27.03.1963) |

REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE

| | |
|------------------|----------------------------|
| <i>Supplente</i> | Dott. Pierpaolo De Ciantis |
|------------------|----------------------------|



LA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE... OGGI: LE INTERAZIONI FARMACOLOGICHE

di Eros Tiraferri

LA TERAPIA CON ANTICOAGULANTI ORALI (AO) è una delle grandi terapie del nostro secolo. La sua introduzione ha significativamente modificato il decorso e la prognosi di molte malattie come lo stroke embolico correlato alla fibrillazione atriale (valvolare e non valvolare), la trombosi valvolare e le embolie periferiche nelle protesi valvolari meccaniche, la Trombosi Venosa (TV) e/o l'Embolia polmonare (EP). Per diversi decenni la terapia con AO si è basata solo sui farmaci Antivitamina K (AVK) ma da pochi anni il panorama terapeutico è ancora una volta mutato con l'introduzione di nuovi farmaci ad azione diretta, non mediata dalla Vitamina K, da cui la definizione di DOAC (Direct Oral Anticoagulant), diffusamente conosciuti come NAO (nuovi anticoagulanti orali). Per le loro caratteristiche sono ampiamente utilizzati nella fibrillazione atriale non valvolare e nella tromboembolia venosa ma rimangono ancora pazienti in trattamento con AVK. In particolare le protesi valvolari meccaniche, la sindrome da antifosfolipidi i pazienti in terapia cronica con farmaci interferenti (antivirali, antiepilettici) o quelli con insufficienza renale severa.

LE INTERAZIONI FARMACO-FARMACO

Effetti tossici inattesi, mancanza di efficacia clinica o complicanze gravi possano avvenire per interferenze farmacologiche non considerate. Ciò è particolarmente rilevante nei pazienti con patologie multiple e con terapie farmacologiche complesse ma lo è ed ancora di più nella terapia con anticoagulanti orali sia AVK che DOAC.

AVK: LE INTERAZIONI PRINCIPALI

Warfarin (Coumadin®) e Acenocumarolo (Sintrom®) sono i due farmaci AVK disponibili in Italia. Il Warfarin è il farmaco più usato nel mondo per la sua prevedibile cinetica, eccellente biodisponibilità e con una azione più stabile sui fattori della coagulazione vitamina K dipendenti. Ha una emivita media di circa 40 ore mentre l'Acenocumarolo (che ha lo stesso meccanismo d'azione) ha un tempo di dimezzamento plasmatico intorno alle 12 ore. Ne deriva che l'INR è più instabile e può non essere assicurata la copertura antitrombotica nelle 24 ore. Gli AVK presentano un legame > 95% con le proteine plasmatiche, sono metabolizzati dal fegato e sono escreti con la bile, solo in minima parte tramite l'emuntorio renale. Il metabolismo epatico del Warfarin

è sotto il controllo del sistema isoenzimatico del Citocromo P450 (CYP2C9) il cui polimorfismo genico rende conto della ampia variabilità metabolica individuale e della necessità di ricercare empiricamente il dosaggio per il singolo paziente con un test specifico di laboratorio (INR).

In particolare i portatori di una mutazione puntiforme nel gene che codifica il citocromo P450 presentano due varianti alleliche (CYP2C9*2 e CYP2C9*3). I portatori di uno o di entrambi gli alleli (circa il 21% della popolazione) metabolizzano molto lentamente il Warfarin, presentando una iper-risposta al trattamento anche con bassissimi dosaggi.

La risposta agli AVK risente di molte variabili. Oltre alla compliance del paziente e la stabilità della dieta, il malassorbimento intestinale, la colestasi, le epatopatie, l'alcoolismo cronico, lo stato febbrile, l'ipertiroidismo, e lo scompenso cardiaco sono alcune delle cause che possono alterare la risposta terapeutica. In questo contesto l'uso di farmaci associati rende più complesso valutarne l'impatto clinico.

I farmaci che **non appaiono** interagire con AVK per cui il loro uso appare relativamente sicuro sono:

- Paracetamolo (dose <2 grammi/die), Tramadolo, Corticosteroidi, Ibuprofene (minore gastrolesività rispetto ad altri FANS, per brevi periodi).
- Aminoglicosidi, Ceftriaxone, Rifaximina e Paramomicina, Claritromicina e Azitromicina. Amoxicillina /Acido clavulanico (presentano dati discordanti ma seppur segnalato un aumento dell'INR non sembra avere un

significativo impatto clinico).

- Beta bloccanti, Digitale, Ace inibitori, Sartanici, Lidocaina, Flecainide.
- Le Statine non sembrano determinare un rischio emorragico clinicamente significativo seppure siano segnalati alterazioni dell'INR.
- Benzodiazepine, Antidepressivi Triciclici, Valproato, Etosuccimide, Pregabalin, Gabapentin, Levetiracetam.
- Antiacidi, vitamina D-calcio, Alendronati, Folati e Vitamine del Gruppo B, inibitori di pompa protonica (PPI), Ranitidina, Anti Parkinsoniani, Vaccini, Nistatina, Allopurinolo (modesto potenziamento del warfarin ma clinicamente poco rilevante), Nitrofurantoina
- Inibitori della fosfodiesterasi (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil, Avanafil)

Farmaci che associati ad AVK ne **modificano l'attività aumentandone il rischio emorragico** sia con meccanismo valutato dall'INR che per attività anti piastrinica e /o gastrolesività diretta (1):

- Anti-piastrinici (Aspirina, Clopidogrel ed altri) in tal caso l'incremento di eventi emorragici deve essere bilanciato dalla necessità del loro d'uso. Gli anti-piastrinici non influenzano l'INR.
- Antinfiammatori non steroidei assunti per via sistemica: il rischio emorragico è incrementato prevalentemente a livello gastrico sia con i FANS che con Cox-2 ed ancor di più con il Ketorolac (Toradol/ Lixidol). Il trattamento con PPI riduce nettamente il rischio di sanguinamento (1)

- Acidi grassi Omega-3, olio di pesce: aumento del rischio di sanguinamento per attività antiplastrinica (oltre che probabilmente aritmogeni).
- Amiodarone: potenzia notevolmente il Warfarin ed il progressivo incremento dell'INR giunge al massimo entro tre settimane. Il monitoraggio dell'INR deve essere particolarmente accurato analogamente nel periodo successivo alla sospensione del farmaco.
- Derivati dell'acido Fibrico (Gemfibrozil, Bezafibrato, Fenofibrato) incremento progressivo dell'INR che necessita di un monitoraggio più frequente nelle fasi di inizio terapia.
- La vitamina A potenzia l'attività del Warfarin con meccanismo non accertato e la Vit.E presenta effetto antiplastrinico.
- Gli Antifungini Azolici presentano un incremento persistente del rischio emorragico che necessita di frequente monitoraggio dell'INR sia nella fase iniziale che nella fase di sospensione dell'antifungino.
Il Miconazolo in formulazione gel orale / vaginale dovrebbe essere evitato (utilizzando preferenzialmente le compresse perché l'assorbimento trans-mucoso è molto irregolare e seppur ridotto è sufficiente a inibire marcatamente il CYP2C*9 con un rischio di sanguinamento che si protrae per diverse settimane. La formulazione in compresse potenzia sempre l'attività dell'AVK ma ha un assorbimento più regolare e prevedibile.
- Ciprofloxacina, Eritromicina, Cotrimoxazolo, Metronidazolo

agiscono aumentando l'INR e il rischio emorragico (1)

Farmaci che interagiscono con il Warfarin per induzione enzimatica inducendo una insufficiente anticoagulazione:

- Barbiturici Carbamazepina, Oxicarbamazepina, Fenitoina, Rifampicina, Griseofulvina.

In conclusione a differenza degli antinfiammatori ed antiplastrinici, i farmaci che sono interferenti sul metabolismo del Warfarin possono essere associati ma con un monitoraggio più frequente dell'INR. Conoscendone la cinetica, la latenza, gli effetti e la durata del trattamento, l'INR deve essere valutato dopo pochi giorni (3-4 gg) dall'inizio del trattamento, poi in tempi brevi fino alla stabilizzazione (dipendentemente dalla durata della terapia interagente) e con le stesse modalità nel periodo successivo alla sospensione del farmaco interferente.

È consigliabile evitare eccessiva introduzione/sospensione di farmaci interferenti per brevi periodi.

DOAC: LE INTERAZIONI PRINCIPALI

I DOAC stanno progressivamente sostituendo l'impiego di warfarin per la loro semplicità d'uso, la netta riduzione dei sanguinamenti endocranici (0.1% vs 03%, seppur con un incremento di emorragie del tratto gastroenterico), la mancanza di interferenza con alcuni alimenti, la somministrazione a dosaggio fisso senza monitoraggio di laboratorio, la rapida risposta farmacologica. In questi indubbi vantaggi l'assenza di monitoraggio di laboratorio rende complessa la valutazione di interazioni significative mentre PTT e PT non devono essere usati come

test di valutazione emostatica in quanto non correlano né con la concentrazione dei farmaci né con il rischio trombotico e/o emorragico.

Ad oggi sono disponibili quattro DOAC: Dabigatran (Pradaxa®): Inibitore diretto della trombina o II attivato (profarmaco che necessita di attivazione a livello epatico) mentre Rivaroxaban (Xarelto®), Apixaban (Eliquis®) ed Edoxaban (Lixiana®) sono inibitori del X attivato. (2) In estrema sintesi il loro picco plasmatico si ha in 1- 4 ore, il tempo di dimezzamento plasmatico è di 5-17 ore per il Dabigatran, 5-9 ore per Rivaroxaban, 8-15 ore per Apixaban 8-11 ore per Edoxaban. Non presentano interferenza con il cibo ma Rivaroxaban deve essere assunto a stomaco pieno per un assorbimento completo. Dabigatran mostra una eliminazione renale circa 80%, il Rivaroxaban 35 %, Apixaban 27%, Edoxaban 50%. (2) La valutazione della insufficienza renale deve essere calcolata con la formula di Cockcroft -Gault (che non è quella fornita automaticamente dal laboratorio) perché gli studi registrativi dei farmaci sono stati effettuati con la tale formula e da questa deriva la valutazione di efficacia e sicurezza.

I due principali parametri che devono essere considerati nel valutare le interferenze dei DOAC con altri farmaci sono la metabolizzazione tramite il citocromo P450 (CYP450) e la Glicoproteina P (P-gp) proteina che regola efflusso e trasporto transmembrana dei DOAC regolandone l'assorbimento (2) I farmaci che sono induttori di P450 e/o P-gp possono ridurre la concentrazione plasmatica dei DOAC mentre farmaci che inibiscono entrambi i due sistemi

o separatamente uno dei due ne aumentano la concentrazione plasmatica in maniera più o meno significativa. D'altra parte è ormai noto che esiste una ampia variabilità individuale della concentrazione plasmatica dei singoli DOAC ma non è correlabile direttamente la concentrazione del farmaco con un livello di rischio individuale. La ricerca farmacologica sviluppa un numero sempre maggiore di molecole che, dal punto di vista teorico, potrebbero interagire con quelli già presenti in terapia ed è sempre maggiore la disponibilità di farmaci da automedicazione che il paziente può assumere senza conoscerne le interazioni negative.

FARMACI NON INTERAGENTI CON I DOAC IL CUI USO È SICURO O RELATIVAMENTE SICURO:

- Beta bloccanti, Digossina.
- Levofloxacina, Ciprofloxacina, amoxicillina/acido clavulanico, Cefazolina, Metronidazolo, cefalosporine
- Prednisone ed altri corticosteroidi (eccetto desametasone)
- Nistatina
- Pantoprazolo, Esomeprazolo, Omeprazolo. La somministrazione di PPI nei pazienti in DOAC è raccomandata nei pazienti con Fibrillazione atriale dall'AMCO (Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri) e Associazione Gastroenterologi Ospedalieri (98) per la netta riduzione degli eventi emorragici gastrici. Il Dabigatran necessita di un ambiente acido per essere assorbito e l'associazione di un PPI può ridurre l'assorbimento ma non appare clinicamente rilevante. La dispepsia da Dabigatran può

essere risolta sostituendolo con altro DOAC.

- Antidepressivi Triciclici e SSRI.
- Atorvastatina, Fluvastatina, Fenofibrato, Gemfibrozil, Ezetimibe. Lovastatina e Simvastatina possono incrementare la concentrazione di Dabigatran ma è un effetto minore.
- Topiramato, Lamotrigina, Ethosuccimide Zonisamide Pregabalin Gabapentin.
- Tensirolimus, Sirolimus Everolimus (2)
- Inibitori della fosfodiesterasi (Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil, Avanafil)

FARMACI INTERAGENTI CON I DOAC:

- Dronedarone, Amiodarone: non devono essere associati ai DOAC per il loro effetto di marcato incremento delle concentrazioni plasmatiche di Dabigatran, Rivaroxaban ed Edoxaban. L'effetto su Apixaban non è chiaro ma è prudente non associarli.
- Verapamil: non associare con Dabigatran. L'uso con gli altri DOAC appare meno rilevante ma da evitare in caso di altri fattori interferenti quali politerapie con farmaci debolmente interferenti o insufficienza renale moderata. Queste considerazioni riguardano anche Chinidina e Diltiazem. La riduzione empirica del dosaggio in questi casi (proposta in letteratura ma priva di evidenze solide) risulta molto complicata in Italia in cui vige il Piano Terapeutico per la loro prescrizione.
- Antiplastrinici: questo gruppo di farmaci (al di là di Ticaglerol che incrementa la concentrazione plasmatica di Dabigatran dal 25 al 70%) non

modifica significativamente la concentrazione plasmatica dei DOAC ma agisce inibendo l'attività piastrinica e aumentando in questo modo il rischio emorragico. La loro associazione deve essere attentamente valutata.

- Antinfiammatori non steroidei: non modificano la concentrazione plasmatica dei DOAC ma aumentano i sanguinamenti dal tratto gastroenterico. Usare per il periodo più breve possibile Ibuprofene a bassa dose, paracetamolo. Evitare Naproxene, Diclofenac ed altri maggiormente gastrolesivi
- Iperico (Erba di San Giovanni): usato come modesto antidepressivo ma è un forte induttore enzimatico di P450 e P-gp riduce severamente la concentrazione plasmatica di tutti i DOAC con eventi tromboembolici. Allo stesso modo agisce la Rifampicina
- Claritromicina, Eritromicina, Azitromicina, sono inibitori di entrambi P450 e P-gp e sono possibili eventi emorragici maggiori.
- Antifungini azolici (fluconazolo ketoconazolo itraconazolo posaconazolo variconazolo) somministrati sia per assorbimento trans mucoso che via orale sono potenti inibitori di entrambi P-gp e P-450.
- Ciclosporina, Tacrolimus e Desametazone essendo forti inibitori sia della P-gp che di CYP3A4 incrementano significativamente il rischio emorragico.
- Fenobarbitale, Carbamazepina, Fenitoina sono noti potenti induttori di CYP3A4 e P-gp con significativa riduzione plasmatica

- dei DOAC e perdita di efficacia clinica (3)
- Acido Valproico ha un effetto minore sulle vie di metabolizzazione ma può ridurre significativamente la concentrazione plasmatica in associazione ad altri fattori interferenti. Nelle linee guida cardiologiche del 2021 cardiologiche l'acido valproico è controindicato con i DOAC (5)
 - Levetiracetam non ha dimostrato un effetto di induzione sul CYP3A4 ma sul P-gp mentre Oxcarbazepina induttore del CYP3A4 potrebbe alterare profondamente il metabolismo dei DOAC. Nel 2018 le linee guida europee di cardiologia (4) definivano Levetiracetam controindicato con i DOAC mentre nel 2021 viene indicata cautela in caso di politerapia con altri farmaci debolmente interagenti. Nelle linee guida del 2024 fra gli antiepilettici interferenti compaiono solo Carbamazepina, Fenitoina, Fenobarbitale mentre gli altri antiepilettici non sono più citati (4-6)

Non ci sono dati definitivi sui nuovi antiepilettici immessi in commercio e la loro possibili interferenze con i DOAC (Brivaracetam). Non avere dati non equivale ad assenza di interazione per cui si consiglia molta prudenza e buon senso. In conclusione si può affermare che la valutazione delle interazioni fra farmaci rappresenta un problema clinico che il medico pratico affronta quotidianamente e da cui dipende la sicurezza e l'efficacia delle terapie e del paziente stesso. L'inserimento di nuovi farmaci rende più complesse le valutazioni

di interazione e spesso la letteratura è carente, a volte poco pratica se non contraddittoria. In questa rassegna non sono inseriti le interazioni con gli antivirali che sono usati nella terapia dell'HIV e farmaci per il trattamento della Epatite C nonché i farmaci antineoplastici, compresi i monoclonali, che sono le terapie emergenti. Sono problematiche molto complesse che non possono essere trattate sinteticamente e di cui ci si riserva un approfondimento ulteriore. Un'altra parte inerente le interazioni sia con il warfarin sia con i DOAC è rappresentata dalla sempre più ampia diffusione delle medicine complementari, spesso in libera vendita, che hanno importanti interazioni con i farmaci anticoagulanti orali ed anch'esse potranno essere analizzate separatamente in una rassegna apposita.

Bibliografia essenziale

1. Wang Mei et al. Drug Drug interactions with warfarin: A systematic review and meta-analysis. *British J.Clin.Pharmacology* 2021; 87:4051-4100
2. Ferri N. et al: Drug -Drug interactions of direct oral Anticoagulants (DOAC): from pharmacological to clinical practice. *Pharmaceutics* 2022; 14: 1120
3. Candeloro M et al: Drug-drug interactions between direct oral anticoagulants and anticonvulsivants and clinical outcomes: a systematic review. *Res.Prat. Thromb Haemost* 2023;7:e100137
4. Steffel J. et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of Non-VitaminK Antagonist Oral Anticoagulants in patients with Atrial Fibrillation. *European Heart Journal* 2018, 39:1330-1039
5. Steffel J. et al: The 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of Non-VitaminK Antagonist Oral Anticoagulants in patients with Atrial Fibrillation *European Heart Journal* 2021;23:1612-1676
6. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) *European Heart Journal* (2024) 45:3314-3414



DISBIOSI INTESTINALE E SAZIETÀ

di Sara Biondi

CON IL TERMINE DISBIOSI INTESTINALE ci si riferisce ad un'alterazione nella composizione qualitativa e nella funzionalità del microbiota intestinale. Il microbiota è altamente individuale e, fin dalla nascita, si sviluppa, si modifica ed evolve sulla base di fattori genetici, ambientali e comportamentali.

Quando si parla di disbiosi, tuttavia, è necessario distinguere di quale tipologia si parla e in particolar modo a quali fattori può essere correlata. Esistono infatti tre

tipologie di disbiosi alle quali è possibile far riferimento: disbiosi putrefattiva, fermentativa e disbiosi da funghi.

Esse possono essere conseguenti ad un eccesso di patobionti, una perdita di commensali o ad una riduzione della diversità batterica. Nonostante l'alterazione sia intestinale, i suoi effetti si ripercuotono sfruttando connessioni anatomiche e funzionali dell'organismo. Per questo si parla di asse intestino-pelle, asse intestino-cervello, asse intestino-fegato, e così via.

TIPI DI DISBIOSI

| DISBIOSI PUTREFATTIVA | DISBIOSI FERMENTATIVA | DISBIOSI DA FUNGHI |
|--|---|---|
| DIETA POVERA DI FIBRE | DIETA RICCA DI CARBOIDRATI SEMPLICI | DIETA RICCA DI PRODOTTI LIEVITATI |
| SQUILIBRIO DELLA FLORA NEL COLON | SQUILIBRIO DELLA FLORA NEL TENUE | SQUILIBRIO DELLA FLORA NEL TENUE |
| STANCHEZZA CRONICA, INSONNIA, CEFALEA, FORUNCOLOSI, STIPSI | DOLORE ADDOMINALE, DIARREA, MALESSERE, ETC. | PRURITO ANALE, MICOSI, DERMATITI, ALLERGIA |
| DOLORE PALPAZIONE COLON ASCENDENTE E SIGMA | DOLORE ALLA PRESSIONE A LIVELLO DELLA VALVOLA ILEO CECALE | DOLORE ALLA PRESSIONE A LIVELLO DELLA VALVOLA ILEO CECALE |

Ad esempio, è stato largamente dimostrato come uno squilibrio intestinale possa correlarsi con alterazioni cutanee, come la dermatite atopica.

IL SECONDO CERVELLO E LA COMUNICAZIONE MENTE-INTESTINO

L'intestino possiede un Sistema Nervoso Enterico in grado di preservare e garantire le funzioni motorie del tratto digerente e questa sua autoregolazione nella gestione degli stimoli fa sì che venga definito come il "Secondo Cervello".

La comunicazione tra intestino e cervello avviene tramite il Nervo Vago grazie a numerosi mediatori come serotonina, acetilcolina, istamina e melatonina. La serotonina viene prodotta per il 95% dalle cellule della mucosa enterica e regola la peristalsi, la secrezione intestinale, la sensazione di nausea e di sazietà e numerosissime altre funzioni.

La salute del microbiota influenza largamente il metabolismo di questi neuromediatori: uno stato infiammatorio e quindi una condizione di disbiosi compromette la regolarità del processo digestivo, poiché esistono specifici ceppi in grado di produrre neurotrasmettitori quali serotonina e GABA, oltre che citochine sistemiche pro-infiammatorie.

A titolo di esempio, sempre più studi dimostrano la forza della connessione tra mente e intestino, sottolineando un suo importante coinvolgimento in patologie neurologiche e psichiatriche come disordini dello spettro autistico, depressione, Malattia di Parkinson, Alzheimer e Sclerosi multipla. In pazienti con Malattia di Parkinson, infatti, si registra un'aumentata espressione di *Lactobacillus*,

Bifidobacterium, *Verrucomicrobiae*, *Akkermansia* ed una riduzione di *Coprococcus*, *Blautia*, *Prevotella* e *Faecalibacterium*.

MICROBIOTA E SAZIETÀ

CHE COS'È LA SAZIETÀ?

La sazietà è una sensazione di appagamento completo correlato alla mancanza di fame.

Le variabili che incidono sul senso di sazietà sono numerose, e vanno ben oltre il mero riempimento gastrico.

I meccanismi ormonali, la composizione del pasto e il piacere che ne deriva, la velocità con la quale mastichiamo, la durata del pasto e la "presenza" al pasto, il volume degli alimenti e l'indice di sazietà di alcuni cibi rispetto ad altri: queste sono tutte variabili che incidono sul senso di sazietà che si percepisce al termine e durante un pasto.

La velocità con la quale la sensazione di sazietà arriva al cervello, partendo dallo stomaco e dal primo tratto intestinale, si attesta all'incirca attorno ai 20-30 minuti dall'inizio del pasto.

LA DIVERSITÀ DEL MICROBIOTA MODULA LA SAZIETÀ

Il microbiota intestinale è in grado di modulare gli ormoni della fame e della sazietà e quindi, l'assunzione di cibo.

Uno dei principali attori di questa comunicazione fra intestino e cervello è l'acido butirrico, o butirrato, acido grasso a catena corta prodotto da specifici microrganismi.

Diverse sono le sue funzioni, tra le quali si annoverano:

- Ruolo energetico e trofico per le cellule della mucosa intestinale
- Produzione di muco, trasporto

trans-epiteliale di fluidi e mantenimento di una corretta permeabilità intestinale

- Miglioramento di insulino resistenza e ipercolesterolemia
- Produzione di peptidi stimolanti la sazietà (GLP-1 e leptina)

Numerose ricerche hanno infatti dimostrato che gli acidi grassi a catena corta hanno effetti metabolici positivi, contribuendo a migliorare la sensibilità all'insulina e l'equilibrio energetico.

L'acido butirrico in particolare ha un ruolo attivo nella regolazione dell'appetito poiché stimola l'aumento di leptina e produce GLP-1, importanti ormoni che agevolano il senso di sazietà a livello centrale. Gli acidi grassi a catena corta sono implicati inoltre nella regolazione della grelina, ormone che stimola la sensazione di fame, e nell'aumento della produzione di peptide YY, noto ormone della sazietà.

COME MODULARE L'ALIMENTAZIONE IN RISPOSTA ALLA CONDIZIONE DI DISBIOSI?

Il cibo è uno dei principali strumenti attraverso il quale è possibile modulare il microbiota: ciò che si sceglie di consumare quotidianamente è nutrimento per i microrganismi e un'alimentazione corretta genera un circolo virtuoso che promuove la crescita di batteri benefici già dopo 24 ore dal momento in cui viene messo in atto il cambiamento a tavola.

Le fibre alimentari e gli acidi grassi a corta catena prodotti dal microbiota stimolano la produzione e la secrezione di muco e contribuiscono al mantenimento della normale struttura della mucosa intestinale. Le diete povere di fibre, al contrario, aumentano la penetrabilità dello strato interno di muco e sono associate ad un maggior numero di

batteri che degradano le mucine, alterando la normale composizione e funzionalità intestinali.

Per la salute dell'intestino si consiglia di limitare gli alimenti ultra-processati: è il caso di snacks dolci e salati, carni lavorate, sostituti dei pasti, bibite, salse pronte, preparati per dolci e così via. Questi alimenti, trasformati a livello industriale, sono fonti di edulcoranti, stabilizzanti, aromi, emulsionanti e additivi in grado di alterare in modo impattante l'equilibrio microbico.

Gli acidi grassi saturi e gli zuccheri semplici sono inoltre in grado di promuovere l'infiammazione e alterare la normale produzione di acidi grassi a corta catena da parte dei batteri intestinali.

Per la facilità con la quale vengono fermentati, gli zuccheri semplici tendono a causare distress intestinali ed è emerso come consumarne elevate quantità anche solo per brevi periodi, favorisca lo sviluppo di colite e aumenti la permeabilità intestinale, aumentando la risposta infiammatoria.

Infine, carni rosse e lavorate sono fonti di carnitina e di colina, utilizzate dai microrganismi per la produzione di Trimetilammina N-ossido (TMAO), un metabolita associato ad aumento del rischio cardiovascolare.

ALIMENTI CHE FAVORISCONO LA SALUTE INTESTINALE

Per la salute del microbiota, vi sono alcuni alimenti e sostanze dei quali è bene consigliare un'assunzione regolare:

- Cibi vegetali: assunzione quotidiana di frutta e verdura, legumi, cereali integrali, frutta secca, semi oleosi, buone fonti di fibra sia insolubile che solubile
- Olio extra vergine di oliva, preferi-

bilmente non trattato, da spremitura e consumato a crudo

- Cibi fermentati, come kefir, kombucha, crauti e miso
- Alimenti fonti di Omega-3, che stimolano la produzione di acidi grassi a corta catena e riducono l'infiammazione: semi di lino, noci, semi di chia, pesci azzurri di piccola taglia

Un'alimentazione a moderato apporto di grassi e ricca in fibre si è vista essere in grado di migliorare la composizione microbica intestinale, incentivando la presenza di specie batteriche benefiche come *Prevotella* e *Bacteroides*.

ALTRI STRUMENTI CHE MIGLIORANO LA SALUTE INTESTINALE

In aggiunta all'alimentazione, un adeguato riposo, movimento e dedicare del tempo a sé stessi sono tutti modi per prendersi cura di sé e del proprio intestino. L'attività fisica migliora l'umore riducendo lo stress e ha effetti benefici a livello intestinale, migliorando tutti i parametri di infiammazione e di stress ossidativo.

L'assunzione di prebiotici e/o di probiotici è particolarmente indicata ma è bene considerare richieste un intervento diversificato e mirato.

I **probiotici** sono ceppi di batteri vivi che si assumono tramite alimenti e integratori, in grado di arrivare vivi all'intestino e fornire benefici. Possono trovarsi all'interno di veri e propri alimenti e bevande fermentati, come kefir, crauti, kombucha e verdure fermentate.

I **prebiotici** sono fibre solubili che stimolano la crescita di batteri rappresentando per loro una forma di nutrimento. Gli alimenti fonti di prebiotici appartengono al mondo

vegetale e sono soprattutto frutta, verdura e legumi: ceci, fagioli, piselli, avena, banane, cipolle, aglio e porri sono gli alimenti a più alto contenuto di fibre prebiotiche.

Sulla base di quanto emerso ed emerge quotidianamente dagli studi, il microbiota sta acquisendo inevitabilmente un ruolo essenziale e rappresenta sempre di più il **target terapeutico** sul quale è necessario intervenire. La somministrazione di prebiotici, ma soprattutto di probiotici deve tuttavia essere individualizzata e non standardizzata. Ogni intestino è a sé e ogni condizione richiede uno specifico trattamento. Come detto, i probiotici sono microrganismi vivi e vitali e possono in alcuni casi non sortire l'effetto desiderato, se non specificatamente adatti. Per questo motivo il consiglio è sempre quello di confrontarsi con un esperto che possa predisporre la giusta terapia per il momento e la situazione che l'intestino sta vivendo.

Bibliografia:

1. Gomes AC, Hoffmann C, Mota JF. The human gut microbiota: Metabolism and perspective in obesity. *Gut Microbes*. 2018 Jul 4;9(4):308-325. doi: 10.1080/19490976.2018.1465157
2. Cuevas-Sierra A, Ramos-Lopez O, Riezu-Boj JI, Milagro FI, Martinez JA. Diet, Gut Microbiota, and Obesity: Links with Host Genetics and Epigenetics and Potential Applications. *Adv Nutr*. 2019 Jan 1;10(suppl_1):S17-S30
3. Beam A, Clinger E, Hao L. Effect of Diet and Dietary Components on the Composition of the Gut Microbiota. *Nutrients*. 2021 Aug 15;13(8):2795. doi: 10.3390/nu13082795
4. Hills RD Jr, Pontefract BA, Mishcon HR, Black CA, Sutton SC, Theberge CR. Gut Microbiome: Profound Implications for Diet and Disease. *Nutrients*. 2019 Jul 16;11(7):1613. doi: 10.3390/nu11071613.
5. Guan ZW, Yu EZ, Feng Q. Soluble Dietary Fiber, One of the Most Important Nutrients for the Gut Microbiota. *Molecules*. 2021 Nov 11;26(22):6802

storia della medicina



UGO GOBBI, UN PEDIATRA DA RICORDARE

di Giancarlo Cerasoli

UN IMPORTANTE VOLUME pubblicato dalla Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici di Rimini ricorda questo grande medico riminese, la cui memoria è ancora profondamente radicata nella città

«C'è un genere di medici, i pediatri, di cui non ho mai capito il senso. Comprendo l'utilità del medico e quella del veterinario, capisco che curare un uomo è diverso che curare un elefante o un cane, ma la differenza tra l'organismo di un bambino e quella di un uomo proprio non la capisco»¹. Partiamo da qui, da questa sorprendente affermazione della inutilità dei medici dei bambini

espressa trenta anni fa da Umberto Galimberti. La sua voleva essere, molto probabilmente, una provocazione per condannare la prevaricazione di certi "specialismi" che corrono il rischio di complicare inutilmente la comprensione di fenomeni semplici. L'esempio da lui usato però non è affatto pertinente. Anche dal punto di vista delle scienze mediche, come da quelli dell'educazione e dello sviluppo della psiche, il bambino non è un adulto in miniatura ma un *unicum* che va indagato in maniera separata. Il lungo e difficile cammino di affrancamento della medicina dei bambini da quella degli adulti, iniziato dal Medioevo giunse finalmente a termine anche nel nostro paese soltanto agli inizi dello scorso secolo con l'istituzione delle cattedre universitarie di Clinica pediatrica, a partire da quella di Padova istituita nel 1889, e con l'obbligatorietà dell'esame di Pediatria per gli studenti di Medicina e chirurgia stabilita nel 1906.

Ugo Gobbi, nato a Rimini nel 1921, scelse presto di dedicarsi alla cura dei piccoli, come raccontava in un'intervista: «Dopo la laurea (dicembre 1945) fui assistente di Fisiologia a Bologna e conducevo laboratori con gli studenti.

Ero portato per la ricerca pura, e se non fosse stato per la famiglia da mantenere, sarei rimasto all'Università. Ma avevo già moglie e due figli

33



Quaderni della Scuola di Storia della medicina
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

**UGO GOBBI (1921-2012)
E LA STORIA DELLA
PEDIATRIA ROMAGNOLA**

Atti del convegno
Rimini, 9 aprile 2022

a cura di Stefano De Carolis e Giulia Grossi



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini



e la guerra mi aveva distrutto la casa. Perciò subito dopo la laurea aprii l'ambulatorio a Rimini e cominciai a farmi conoscere ed apprezzare»². Si iscriveva nel 1945 alla specializzazione in Pediatria a Bologna, ottenendola nel giugno 1947, e ricordava così quel difficile periodo: «Fare il pediatra nel dopoguerra non era impresa facile. Sembrava di essere nel Terzo

Mondo. Tubercolosi, difterite, poliomielite, malnutrizione, uccidevano o invalidavano i bambini. Il nostro lavoro spesso era inutile. Bisognava cambiare tutto, diffondere le norme di igiene e di prevenzione, creare un ospedale pediatrico»³.

In quegli anni continuava a frequentare la Clinica pediatrica bolognese, lavorava nei consultori dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia a Bologna e nel Riminese e svolgeva

la libera professione a Rimini dove cominciava a farsi stimare. Nel 1948 iniziava l'incarico di consulenza pediatrica presso l'Ospedale Civile di Santarcangelo di Romagna, che tenne sino al 1962, dove ebbe modo di conoscere ed apprezzare i colleghi Antonio Malaguti e Walter Brighi con i quali si instaurò un proficuo rapporto di collaborazione e di studio "al letto del paziente" e nelle riunioni pomeridiane di aggiornamento alle quali partecipavano i medici dell'ospedale e quelli del territorio.

Nel 1952 il suo impegno nella cura dei bambini, testimoniato anche da pubblicazioni nelle riviste mediche, gli consentiva di essere nominato primario dell'Ospedalino infantile dell'Istituto San Giuseppe, aperto a Rimini nel 1925, succedendo a Manlio Monticelli⁴, ruolo che mantenne fino al 1974 con una breve interruzione tra il 1960 e il 1961 quando diresse il reparto pediatrico ospedaliero appena inaugurato.

Nel 1966 l'Ospedalino viene ricostruito e ampliato diventando la "Divisione Pediatrica Bronzetti", dal nome del benefattore che la finanziò, un moderno luogo di ricovero con reparti e ambulatori all'avanguardia nella cura dei neonati prematuri, delle patologie cardiache, infettive, endocrinologiche, ematologiche, neuropsichiatriche e chirurgiche. Gobbi ricordava che nella nuova sede era stata messa in opera: «una serie di innovazioni sugli standard dei reparti ospedalieri italiani: la possibilità di ospitare tutte le madri (o le nonne o qualunque altra persona alla quale il piccolo paziente fosse legato da affetto) in continuità, 24 ore su 24. Ciò comportava la necessità di offrire il modo di riposare (ed ecco le comodissime poltrone-letto

in alto: fototessera di Ugo Gobbi scattata nel 1946. Roncofreddo, Archivio Gobbi Gherardi.

a sinistra: Ugo Gobbi nella sala anatomica dell'Università di Bologna, novembre 1940. Roncofreddo, Archivio Gobbi Gherardi.

34



non ingombranti di giorno), i servizi igienici, le docce, il servizio di cucina che assicurava un pasto idoneo con un piccolo contributo (gratuito per i non abbienti). Le stanze di degenza: singole, coi servizi, per i pazienti in osservazione o per quelli nei quali potesse sussistere una pericolosità, attiva o passiva, di infezione. Poi quando si fosse chiarito il quadro morboso, stanze a due letti. Le poche camere a quattro letti erano impiegate per le predimissioni, quando i bambini, omogenei per età, potevano giocare assieme. Due assistenti sociali sbrigliavano le pratiche e i problemi che le madri (o le nonne) non potevano svolgere; si occupavano del gioco, dell'anima- zione per evitare che "non ci fossero farfalle", che l'ospedale fosse un lager. In una struttura relativamente piccola, in certi momenti erano rico- verati cento piccoli pazienti, e tutti con patologie importanti⁵. Nel 1970 l'Ospedale dei Bambini fu classificato ospedale provinciale specializzato in pediatria e attirava pazienti anche dalle città vicine con 24489 gior- nate di degenza. In quegli anni Gobbi propose di far costruire un nuovo padiglione che doveva ospitare la chirurgia pediatrica ma, nonostan- te l'avvio dei lavori nel 1974, la sua realizzazione non andò in porto e il progetto venne abbandonato nel 1975. Il motivo di questa decisione fu l'apertura, nel giugno 1974, del nuo- vo ospedale civile cittadino nel cui contesto era stato trasferito anche il reparto ospedaliero di pediatria con il progetto di concentrarvi tutte le cure all'infanzia ammalata. A Gobbi non restò che prendere atto di que- sta decisione presa dai vertici della sanità regionale e nell'aprile del 1974 si trasferì alla Divisione di Pediatria dell'Ospedale Provinciale "S. Croce" di Fano, chiamata "Ospedaletto dei bambini", dove rimase fino all'otto- bre del 1986.

Il progetto lungimirante che ave- va ideato negli anni Settanta che prevedeva il raggruppamento di centri di pediatria, terapia intensiva neonatale, neuropsichiatria infantile e chirurgia pediatrica, trovò compii- mento a Rimini soltanto nel 2002.

Note

1. U. Galimberti, *Idee: il catalogo è questo, ad vocem fiaba*, Feltrinelli, Milano 1992, p. 85.
2. Intervista rilasciata nel 2009 da U. Gobbi ad A. Chiadini, in A. Chiadini, P. Freddi, *La storia di un valore. L'Istituto San Giuseppe per l'Aiuto Ma- terno e Infantile di Rimini*, vol. 2, Fara, Rimini 2009, p. 96.
3. Ivi.
4. Su Monticelli vedi C. Cavriani, *La guerra in Russia di Manlio Monticelli*, «Ariminum», XXX, 5 (2023), pp. 18-19.
5. U. Gobbi, *Intervento in ricordo di Aldo Pelizza al convegno "La radiologia pediatrica verso il domani"*, Rimini, 27 maggio 1995, cit. in A. Chia- dini, P. Freddi, *La storia di un valore*, cit., pp. 52-54. Sulla vita e l'opera di Gobbi si veda ora anche *Ugo Gobbi (1921-2012) e la storia della Pediatria romagnola. Atti del convegno, Rimini, 9 aprile 2022*, a cura di S. De Carolis e G. Grossi, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, Rimini 2023 («Quaderni della Scuola di Storia della medicina dell'Or- dine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini», 4).

Publicato su Ariminum n°3 Giugno-Luglio 2024 (pp. 14-15)

Ugo Gobbi nel suo studio all'Ospedalino di Rimini, maggio 1963. Rimini, Biblioteca Gambalunga, Archivio fotografico Davide Minghini.



medicina di genere



FOCUS ON
di Laura Baffoni

36 **N**EW MEDIA AS
A COMMERCIAL
DETERMINANT OF HEALTH
Dan Even et al.; *Lancet
Global Health*, 2024;
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00191-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00191-8)

La medicina genere specifica (MGS) valuta come il sesso (ovvero le caratteristiche biologiche e non modificabili di quella persona) ed il genere (costrutto sociale dipendente da fattori variabili) influenzino lo stato di salute, e come questi due fattori si relazionino con l'ambiente nella sua accezione più ampia, comprendente la situazione socio-economica, culturale ed ambientale di un certo luogo (stato, regione, città/campagna, quartiere); in tal modo

l'ambiente influenza sia le reti sociali/comunitarie, sia le condizioni di vita/di lavoro, sia lo stile di vita della singola persona. Tutti questi fattori esercitano la loro influenza sullo stato di salute o di malattia e per questo ognuno rappresenta un *determinante della salute* (Dahalgreen Whitehead, *fig 1*).

Ho scelto questo articolo perché, pur non essendo un lavoro che valuta le differenze legate al sesso e al genere, la MGS è particolarmente attenta ai diversi fattori/determinanti che pesano sulla Salute. Tra questi sono da menzionare i determinanti commerciali della salute (Commercial Determinans of Health CDoH), rappresentati dalle strategie e dagli approcci utilizzati in economia dal settore privato per promuovere prodotti e scelte che però possono essere dannose per la salute; un chiaro esempio è la pubblicità manifesta e/o nascosta di prodotti derivati dal tabacco e dall'alcool o di prodotti alimentari raffinati, la cui azione nociva sulla salute è ben nota. La consapevolezza di ciò ha portato alla ricerca, in ambito scientifico, di contromisure atte a contrastare la diffusione di tali prodotti. Gli Autori dell'articolo che vi propongo, Dan Even et al.,

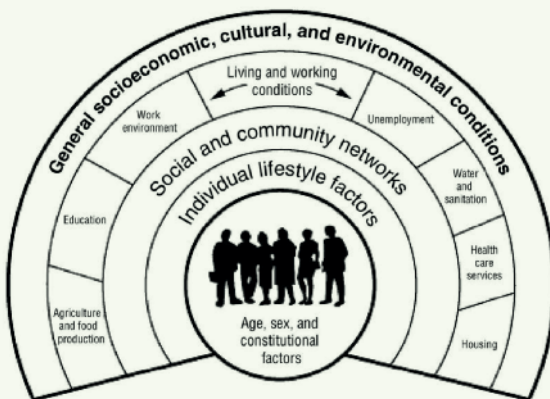


fig. 1: Dahlgren G, Whitehead M. 1991. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies

hanno voluto puntare l'attenzione su come i media siano in grado di influenzare la salute delle persone comportandosi come CDoH. I media hanno l'obiettivo di diffondere informazioni, notizie e storie a un pubblico diversificato e mirato, hanno una diffusione che può essere locale, nazionale o globale, e possono interessare diversi ambiti (economico, commerciale, sociale, sanitario...). Diversi sono i mezzi utilizzati - il formato - per la comunicazione, e comprendono la stampa, la trasmissione radio-televisiva e i siti di notizie online che sono stati sviluppati principalmente dalle stesse società, gruppi, istituzioni e conglomerati di mezzi di informazione cartacei e radiotelevisivi; a questi, che potremmo definire i media tradizionali, si sono aggiunti i social media come le piattaforme Meta (Facebook, Instagram, Messenger e WhatsApp), X (ex Twitter), YouTube e TikTok. La differenza tra i media tradizionali e i social media è che i primi prevedono un flusso di informazioni unidirezionale, mentre nei social media c'è un'interazione ed un feedback immediato da parte del pubblico. L'azione dei media sulla salute è sia diretta sia indiretta tramite altri "attori commerciali". Gli Autori hanno analizzato i media tradizionali perché è più facile analizzarne i meccanismi che li portano ad essere un CDoH. I meccanismi caratteristici dei media che influenzano la percezione del pubblico sono 4: Agenda setting, Framing, Priming e Tattiche di persuasione.

L'*agenda setting* è la modalità con la quale i media danno priorità a questioni specifiche piuttosto che ad altre, modellando la percezione dell'importanza di queste questioni nel pubblico dei lettori o

ascoltatori. La stessa informazione/notizia viene percepita con un peso diverso a seconda di dove o di quando venga posizionata o di quanto spazio le sia dato all'interno del giornale, rivista o programma televisivo. Per esempio in un lavoro del 2018 è stato dimostrato che le persone ripetutamente esposte a messaggi mediatici sulla gravità delle malattie infettive, consideravano queste malattie più gravi di altre malattie che avevano ricevuto meno attenzione da parte dei media, pur a parità di gravità.

La teoria del *framing* (da frame = quadro, cornice *n.d.r.*) analizza l'effetto delle modalità di presentazione di parole o frasi sul significato percepito, cioè la percezione di un argomento sarà diversa e diversamente influenzerà la persona destinataria di quel messaggio in base a come è stato "inquadrato" (*fig.2*).

37

FRAMING EFFECT

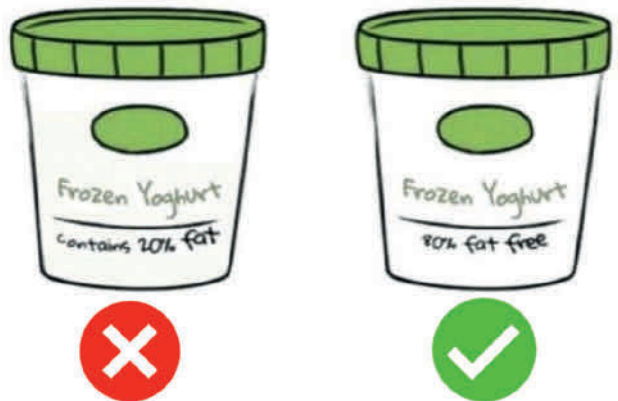


fig. 2: la percezione di un messaggio è diversa a seconda di come venga presentata: l'attenzione alla "linea" fa preferire, quando scegliamo lo yogurt nello scaffale del supermercato, il secondo vasetto al primo, pur avendo entrambi lo stesso contenuto di grassi.

Per esempio se prendiamo l'obesità, che rappresenterà uno dei più importanti problemi di salute pubblica dei prossimi 25 anni, e lo si inquadra esclusivamente come problema legato allo stile di vita del singolo, lo si presenta come problema individuale piuttosto che sociale, diminuendo l'importanza del marketing di prodotti malsani, come i cibi raffinati e le bevande zuccherate.

Il *priming* è una forma di apprendimento non consapevole, e la teoria del priming applicata ai media valuta come la percezione, il giudizio e il comportamento del pubblico sia influenzato e modellato dalla esposizione ad uno stimolo precedente, magari ripetuto. Ad esempio gli Autori sottolineano come Oliver et Al. abbiano dimostrato l'influenza del priming positivo nel ridurre la stigmatizzazione nei confronti dell' obesità e dei comportamenti alimentari nei media.

Inoltre i media utilizzano diverse **tattiche di persuasione**, che includono vari "strumenti" - come interviste di specialisti, citazioni di autorità, esemplificazioni o

rappresentazioni di diagrammi e cifre, ma anche la collaborazione con influencer sociali - al fine di supportare le affermazioni fornite in una notizia/informazione e di aumentarne la credibilità. Le tattiche di persuasione sono aumentate negli ultimi due decenni, in seguito al crescente utilizzo della reciprocità introdotta nelle piattaforme mediatiche tradizionali online e ulteriormente sviluppata dai social media per creare interazioni con il pubblico (che ha la possibilità di aggiungere commenti online, mettere "mi piace" e condividere contenuti). A questo proposito gli Autori citano il lavoro pubblicato da Kessler e Bachmann che ha dimostrato come ricevere un articolo online che confuta un mito sulla salute diffuso, con o senza l'uso di un'immagine, possa cambiare in modo significativo l'atteggiamento dei destinatari nei confronti di questo mito.

I media possono influenzare le scelte delle persone anche per conto terzi, quando cioè altri attori commerciali modellano la salute attraverso il coinvolgimento dei mezzi di informazione utilizzando particolari percorsi: le relazioni pubbliche, la pubblicità e le pressioni economiche. Gli articoli letti su giornali e riviste, o i servizi di approfondimento trasmessi sui mezzi radio-televisivi o su piattaforme on line possono essere il risultato di interessi manifesti o latenti delle attività di **relazioni pubbliche** di altre società (atte a costruire un'immagine positiva a lungo termine di quella società e di ciò che offre e di conquistare la fiducia del pubblico, *n.d.r.*). Numerosi esempi nella letteratura scientifica sui CDOH hanno esaminato l'influenza sulla opinione pubblica delle aziende

38

Il *priming* è una forma di apprendimento

non consapevole, e la teoria del priming applicata ai media valuta come la percezione, il giudizio e il comportamento del pubblico sia influenzato e modellato dalla esposizione ad uno stimolo precedente, magari ripetuto.

che producono o distribuiscono prodotti dannosi (es: prodotti del tabacco, bevande alcoliche, alimenti ultra-processati e bevande zuccherate), ma anche delle aziende farmaceutiche e di tecnologia sanitaria. In questo contesto si possono interpretare, per esempio, le crescenti segnalazioni nei media sui tumori della cervice uterina e la connessione con il papillomavirus umano (HPV) dopo l'approvazione da parte della Food and Drug Administration alla commercializzazione del vaccino HPV.

Il metodo tradizionalmente utilizzato dalle aziende per influenzare la narrativa riguardo alle loro azioni è il comunicato stampa, ma sui social media talvolta questo mezzo non sortisce l'effetto desiderato; al contrario la comunicazione che utilizza esperti e organizzazioni (sponsorizzate sia formalmente, magari attraverso il finanziamento di ricerche, sia informalmente) rappresenta un mezzo di persuasione efficace. A tal riguardo gli Autori ricordano il lavoro di Hilton et al. del 2022 che rilevava come le aziende produttrici di tabacco influenzassero i contenuti dei media attraverso organizzazioni come Smokepeace in Svezia e Smokers' Rights Club in Danimarca, o il lavoro del 2020 di Vallance et al. dove è stato dimostrato che in Irlanda le aziende produttrici di alcolici hanno incoraggiato nei media messaggi che non supportavano le politiche favorevoli alla pubblicazione di etichette di avvertenza sui pericoli correlati all'utilizzo dell'alcol. Per questi motivi gli Autori sottolineano come le attività di pubbliche relazioni delle aziende attraverso i media abbiano un'influenza sociale, politica e sulla

salute pubblica.

Inoltre da decenni le aziende utilizzano la **pubblicità** sui media per influenzare la percezione dei propri prodotti, per esempio già dagli anni '80 è evidente il ruolo nelle abitudini alimentari dei bambini degli spot televisivi, che possono aver contribuito al consumo eccessivo del cosiddetto cibo spazzatura e all'epidemia di obesità anche tra i più piccoli. Un altro esempio è come la commercializzazione dei sostituti del latte materno abbia influenzato le pratiche di allattamento al seno; infatti l'ampia promozione del latte artificiale ha comportato una diminuzione dell'allattamento al seno, a cui è stata associata l'aumento della mortalità neonatale nei paesi a basso reddito. Ancora più difficilmente riconoscibili sono gli effetti della pubblicità subliminale, finanziata da società private e spesso presente all'interno di reportage o di editoriali.

Infine molto importante è l'influenza sui media esercitata dalle varie aziende e società attraverso la **pressione economica**, che si manifesta o con la promessa di investimenti pubblicitari o con la minaccia di ritorsioni economiche, come passare a media concorrenti ricavi pubblicitari o abbonamenti. Molti sono gli esempi al riguardo: nel 1976, dopo una serie di articoli sulla negligenza medica, le aziende farmaceutiche minacciarono di ritirare la loro pubblicità dalla rivista *Modern Medicine* di proprietà del *New York Times*, costringendo il *New York Times* a vendere la rivista stessa; oppure più recentemente nel 2021 un canale televisivo israeliano non diede adeguata risonanza ad una iniziativa governativa volta ad aumentare le tasse sulle bevande

dolci, perché azionisti del canale televisivo con interessi all'interno di un produttore internazionale di bevande analcoliche influenzarono il consiglio di amministrazione. Altre volte la pressione non è esercitata da privati ma da uffici governativi (AKser, 2023).

Le azioni dei media sulla salute non sono sempre negative, infatti i media possono essere utilizzati per promuovere anche scelte salutari o all'interno di approcci terapeutici come l'utilizzo di scenette e parodie pubblicate sui social media nel trattamento della depressione (Obiechina, 2023).

A questo proposito segnalo che il 26 settembre scorso sulle news pubblicate dall'OMS, è stata annunciata la collaborazione di un anno tra l'OMS e la piattaforma Tik -Tok, "volta a fornire informazioni sanitarie affidabili e basate sulla scienza. Ciò riflette l'impegno dell'OMS a sfruttare piattaforme di comunicazione digitale per aumentare la sensibilizzazione delle persone a livello globale, per promuovere l'alfabetizzazione sanitaria, comportamenti e azioni salutari in un mondo sempre più digitalizzato" (<https://www.who.int>, n.d.r.).

Da quanto finora esposto è evidente l'impegno degli Autori di dimostrare come i media siano CDoH, quindi capaci di danneggiare o migliorare la salute in modi diretti o indiretti, e come sia necessaria una presa di coscienza di ciò da parte delle organizzazioni sanitarie e degli organi amministrativi, che dovranno vigilare ed incoraggiare messaggi positivi per la promozione della salute; ma anche la presa di coscienza del singolo creando una maggiore consapevolezza sociale che può contribuire ad arginare le influenze negative e favorire quelle positive.

.. essere medico comprende anche quello di aiutare la persona che ci sta davanti a selezionare le informazioni corrette e a riconoscere le fake-news, per consentirle di acquisire gli strumenti necessari per fare scelte consapevoli ed appropriate in tema di Salute.

Sicuramente sarebbe stato interessante se gli Autori avessero anche valutato come i media, nel momento in cui si comportano da CDoH, abbiano un linguaggio diverso se il bacino d'ascolto mostra la prevalenza di un genere, perché riconoscere linguaggi orientati al genere permetterebbe di approntare dei meccanismi più specifici per mitigarne gli effetti negativi.

Penso che anche ciascuno di noi, nello svolgimento dell'attività sanitaria, debba mantenere e difendere il suo ruolo di referente sulla Salute, privilegiando una comunicazione corretta ed esaustiva, utilizzando il "tono giusto o la giusta risonanza per trasmettere il messaggio giusto al momento giusto" (Walters e Litt, *n.d.r.*), non abdicando il proprio ruolo a favore dell'informazione proveniente dai media, consapevoli che essere medico comprende anche quello di aiutare la persona che ci sta davanti a selezionare le informazioni corrette e a riconoscere le fake-news, per consentirle di acquisire gli strumenti necessari per fare scelte consapevoli ed appropriate in tema di Salute.

medicina di genere



ATTIVITÀ DEL CENTRO DI FORMAZIONE MEDICINA DI GENERE

di Loreley Bianconi

STA TERMINANDO L'ANNO 2024 ed è bene rivolgere lo sguardo indietro e ricordare le giornate di formazione MdG (Medicina di Genere) promosse dal Centro di Formazione MdG Omceo Rimini nell'arco dell'anno e gli argomenti trattati. Due i convegni, il primo "Differenza di Genere nelle patologie intestinali" il secondo "Relazione tra linguaggio e genere: i canali della comunicazione."

Nella prima giornata (Rimini 6 aprile 2024) abbiamo avuto come relatori il Prof. Vincenzo Stanghellini - Direttore di Medicina Interna e Fisiopatologia Digestiva, IRCCS Policlinico Sant'Orsola Bologna: "Sistema immunitario di mucose funzionali tra uomini e donne"; la Dr.ssa Samanta Romeo - Medico gastroenterologo, IBD Vit, ASST di Crema, Ospedale Maggiore: "Differenze di Genere nelle malattie infiammatorie croniche intestinali"; la Dr.ssa Paola Mattarese - Ricercatrice, Istituto ISS, Centro di riferimento per la MdG: "Differenze di Genere nel tumore colon-retto. Integrare i dati epidemiologici con la clinica, la prevenzione e la ricerca"; poi, per la nostra realtà riminese, il Dr. Gianluca Garulli e il Dr. Marco di Marco "Esperienza chirurgica dell'U.O. di Rimini tra presente

e futuro" e "Patologia peptica e Genere".

È stato sottolineato come l'intestino è ufficialmente riconosciuto come il secondo cervello dell'essere umano.

La relazione tra cervello e intestino che viaggia sulla base dei neurotrasmettitori è molto importante per il buon funzionamento dell'apparato digerente ma è non il solo. Altre, come la predisposizione genetica, la composizione del microbiota, i fattori ambientali, il tipo di alimentazione, le barriere immunitarie della mucosa e la permeabilità di quest'ultima, possono influenzare decisamente sulla nostra salute intestinale.

Evidenze importanti sono sulla correlazione genere e sindrome dell'intestino irritabile (IBS): una malattia che "preferisce" le donne (ne soffre il 12%).

Per quanto riguarda l'impatto delle malattie infiammatorie croniche dell'intestino sulla qualità di vita e sulla sfera psicologica della persona è enorme.

Nel mondo 5 milioni di persone sono affette da MICI o IBD, in Italia circa 250.000 ne soffrono, di queste il 60% di colite ulcerosa (prevalenza

41

medicina di genere

sempre maschile) e un 40% di Malattia di Crohn (prevalenza sesso femminile).

L'esordio di queste malattie avviene più frequentemente in età giovanile adulta, tra i 20-30 anni ma nel 20% dei casi vengono diagnosticate in età pediatrica. Sono patologie in continuo aumento sia nei paesi occidentali che orientali come Cina e India. Il quadro clinico sintomatologico è molto variegato e per questo si può arrivare in ritardo con la diagnosi.

L'approccio terapeutico in futuro andrà sempre più verso la medicina personalizzata: ad oggi, in base alla gravità del quadro, si va dai salicilati e cortisonici agli immunosoppressori, agli anticorpi monoclonali, farmaci utilizzati a dosaggi differenti in rapporto a patologie concomitanti, età del paziente, familiarità per specifiche malattie e al peso corporeo. Per questi pazienti il rischio chirurgico è molto alto: a 10

anni dalla diagnosi per il 40% dei soggetti con M. di Crohn, per il 20% quelli affetti da pancolite ulcerosa.

L'infiammazione cronica è un fattore chiave nella formazione dei tumori dell'apparato digerente, le diagnosi "rosa" riguardano non raramente tumori più avanzati rispetto alla controparte maschile. Le donne hanno un più alto rischio di sviluppare un tumore del colon destro rispetto agli uomini. Tale neoplasia spesso si presenta più aggressiva di quelle che si sviluppa nel colon di sinistra e sono le donne ad essere meno aderenti agli screening oncologici.

Questi dati sottolineano come sia importante trattare anche le patologie intestinali sotto un'ottica di genere per poter arrivare a una diagnosi precoce evitando errori clinici e riducendo gli avversi.

Nella seconda giornata di formazione (Rimini - 11 maggio 2024) G.di G. (cosa vuole dire la sigla? Scriverla per intero). "Relazione tra linguaggio e genere: i canali della comunicazione" hanno partecipato come relatori: Prof. Fabrizio Asioli - psichiatra e psicoterapeuta; Dott. Daniele Coen - medico divulgatore; Dr.ssa Valeria Raparelli - medico Professore associato Med. Interna Università La Sapienza di Roma; per la realtà riminese - *discussant* la giornalista Simona Mulazzani - sono intervenuti la Dr.ssa Elisa Facondini psicoanalista SPI e il Dr. Mario Bartolomei - medico cardiologo direttore della Scuola di Etica medica OMCEO Rimini.

L'obiettivo della giornata era di sviscerare, tenendo presente le differenze di genere, gli argomenti e gli stili riguardanti la comunicazione a livello sanitario, la comunicazione

42



digitale, la comunicazione in giornalismo, l'importanza della parola nella comunicazione, la disparità di genere nella salute digitale. Come comunicare e come cambia la comunicazione a seconda di chi la esegue e di chi la "riceve"; non solo da parte delle donne rispetto agli uomini ma anche l'utilizzo di un linguaggio diverso per bambini o adolescenti rispetto ad adulti o anziani oltre alle diverse figure genitoriali materno-paterno. Sono diversi gli studi che sottolineano come le donne, mentre parlano o scrivono, usano maggiormente l'aspetto emozionale rispetto agli uomini e questa è una tipicità del linguaggio femminile. Negli anni passati la relazione medico-paziente non è stata ben valutata tenendo conto della diversità di genere ma si è sempre ritenuto che le competenze professionali e l'esperienza clinica rappresentassero i fattori fondamentali per la qualità della relazione con il paziente.

Negli ultimi anni è molto aumentato il numero di donne medico e questo ha portato a trasformazioni rilevanti ed è tra le ragioni per cui sono iniziate ricerche per comprendere le influenze di genere sul rapporto

Una buona comunicazione è il miglior farmaco che possiamo dare al nostro paziente!

medico-paziente e cercando di analizzare le possibili conseguenze di questa "novità" nel campo dell'assistenza sanitaria. È il genere del paziente (essere donna) che favorisce un'interazione più approfondita con il medico quando quest'ultimo presta attenzione all'esperienza di malattia e ai fattori personali di chi ha davanti, ma anche se il genere del medico (essere donna) crea una condizione più favorevole per una interazione partecipata e si verificano i presupposti per una comunicazione più intensa. L'obiettivo di questa giornata di formazione genere specifica è stato fare nostri elementi che ci aiutino ad avere una "buona" conoscenza per comunicare nel quotidiano tenendo presente che la buona comunicazione è alla base della prevenzione e dell'aderenza terapeutica.

43



medicina di genere

Una buona comunicazione è il miglior farmaco che possiamo dare al nostro paziente!

Infine devo ricordare il convegno di Odontoiatria dal titolo: "La salute del cavo orale: quali differenze di genere?" organizzato dalla Commissione Albo Odontoiatri Omceo Rimini con il patrocinio GISEG, Gruppo Italiano Salute e Genere, società scientifica di medicina di genere accreditata presso il Ministero della Salute.

44

Come rappresentante GISEG Romagna, io sono molto orgogliosa di questo lavoro portato avanti dai colleghi odontoiatri perché va sottolineato che i convegni nazionali riguardanti l'odontoiatria sotto un'ottica di genere sono veramente rari.

Bravi quindi i colleghi Marco Vigna, Roberto Piastra e Marcello Pisano ad averlo organizzato.

L'introduzione alla giornata è stata fatta dalla Prof.ssa Anna Maria Moretti, Presidente della Società



Internazionale di Medicina di Genere e Presidente GISEG.

La Dottoressa Sabrina Santianiello, odontoiatra consigliera Omceo Roma, ha trattato le "Patologie internistiche di interesse odontoiatrico in medicina di genere"; mentre l'odontoiatra Alessia Piastra ha parlato di "Differenze di genere in odontoiatria nell'età evolutiva".

"Differenze di genere nei pazienti fragili: esperienze cliniche" è stato il tema della relazione del Dr. Marco Magi.

Questa giornata di formazione è stata molto importante e dimostra come la MdG non è una branca, una specialità della scienza medica ma è una dimensione multidisciplinare e interdisciplinare della medicina che interessa trasversalmente tutte le specialità, compresa quindi l'odontoiatria.

Questo primo convegno vuol essere l'inizio di un percorso di studio Genere Specifico da intraprendere e proseguire nei prossimi anni: costruiamo un messaggio, una proposta di motivazione, di formazione e aggiornamento per migliorare la nostra professione.



medici ma non solo



I GIORNI DELLA LUMACA

di Selene Catena

SENTO SOLO IL RUMORE, solo quello.
E senza guardare so di averla calpestata.
Non ho il coraggio di guardare. Vado oltre.
Deglutendo la saliva amara dell'errore,
del gesto irrimediabile, compiuto, finito.
Senza dirmelo, i giorni seguenti quella strada la evito.
Fuori e dentro di me.

45

“È da un po' che non passa Piede Gigante. Ci manca.
Non che facesse niente di particolare. Ma ci guardava.
Ci guardava. Chissà perché ci guardava.
Ci guardava attraversare la strada, circumnavigare i
fili d'erba, ci guardava fermarci a riprendere fiato.
Nessuno ci aveva mai guardato così.
Che bello sarebbe alzare gli occhi e vederla spuntare
di nuovo, in cima alla salita.”

Che bello sarebbe se, oltre l'amaro sapore dell'errore,
riuscissi a percepire la scia di amore e meraviglia che i
miei occhi sanno lasciare sul selciato.



LA CALDA ESTATE...

di Luigi Casadei

46

*Sono stato al Pronto Soccorso
perché mi ero tagliato. Gli ho
mostrato il dito, ma niente!
Lui continuava a guardare la
Luna...*



medici ma non solo



NEI NOSTRI CAMPI NON COLTIVIAMO PRODOTTI OMG

Solo i nostri **RACCOGLITORI** vengono geneticamente modificati, dimostrando una sopportazione **del 38% superiore alla norma**, in caso di alte temperature, e indici di sopravvivenza molto interessanti dal punto di vista della resa per metro quadro!



LA DOMANDA DEL GIORNO

di Luigi Casadei (doc) 20.07.2024

*In questo mondo già pieno di assilli,
scelte sbagliate e "tira a campare"...
perché produciamo farina di Grilli
e non invece quella di zanzare?*



Nella canicola del primo pomeriggio, il contadino sta, sotto l'albero assopito. Ma il contadino è immobile da più di trenta giorni. E nessuno lo cerca.

48



i MICRORACCONTI “L’Albero che dorme”
testo e disegno di Luigi Casadei (Doc) Settembre 2024

medici ma non solo



LAGGIÙ VEDO QUALCOSA

di Maria Caterina Staccioli





PIERO MARTIN
STORIE DI ERRORI MEMORABILI
Editori Laterza
di Mauro Giovanardi

50

L' **ULTIMA RECENSIONE CHE HO PROPOSTO** e che il *Notiziario* ha pubblicato (*Eroica, folle e visionaria. Storie di Medicina spericolata*, vedi n. 4/2023), raccontava l'epopea di una medicina in bilico tra follia e coraggio estremo: la stagione degli autoesperimenti.

Il libro che qui segnalo è un saggio che, a partire dall'assunto che "la vita è intessuta di errori" e dal racconto del clamoroso errore di un campione sportivo (poche righe e almeno i più anziani capiranno chi e in quale evento sportivo) ragiona di scienza, quindi anche di medicina, da una prospettiva diversa ma altrettanto particolare e affascinante. In questo caso protagonista è l'errore, inteso non necessariamente, o comunque non sempre, come qualcosa di effettivamente sbagliato.

L'errore può consistere nell'essere, rispetto al proprio tempo, talmente avanti nell'intuizione al punto che neppure l'autore sa riconoscere la portata della propria scoperta o troppo avanti rispetto a un "mondo accademico" incapace di riconoscere - per invidia, ottusità o ideologia - la novità di una scoperta

e le sue possibili applicazioni. Come pure si può cadere in errore nella fretta di guadagnare fama, per sé stessi o per il proprio gruppo di ricerca, affidandosi a una comunicazione imprudente e intempestiva che espone a successive clamorose smentite. Gli esempi, talvolta vere e proprie cantonate, sono numerosi e clamorosi, possono riguardare geniali e dimenticati sconosciuti o coinvolgere illustri premi Nobel come Einstein e Fermi e, sembra dire l'autore, se hanno sbagliato loro... possiamo concedere una certa indulgenza agli errori nostri e a quelli di chi ci sta vicino. Non a caso ricorre spesso nel saggio la necessità di non soggiacere al "principio di autorità" (*è vero perché lo ha detto una fonte autorevole*) e anzi di liberarsene a favore del "dialogo e del confronto libero" come fondamento della scienza moderna. La chiave di volta per ribaltare le conseguenze negative dell'errore sta nel saperlo riconoscere, ammetterlo con onestà intellettuale e trarne insegnamento fino a farne un possibile motore generativo di nuova conoscenza. Per finire faccio mia una citazione testuale dell'Autore là dove scrive:

A star fermi si sbaglia molto meno, ma non si va da nessuna parte... e, se avete avuto la pazienza di arrivare in fondo a questa recensione e vi è venuta la curiosità di leggere il libro, vi do un consiglio. Apritelo a pag. 168 - l'ultima prima

dei *Ringraziamenti* – e leggete le ultime cinque righe, che naturalmente non vi anticipo, che riportano una bella citazione di Gianni Rodari tratta dalla prefazione del suo *Il libro degli errori*, poi ripartite pure a leggere dall'inizio.



51

Note sull'autore.

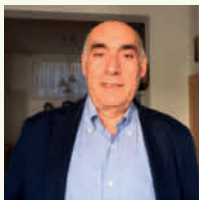
Piero Martin è professore ordinario di Fisica sperimentale all'Università di Padova.

Al centro dei suoi studi la fusione quale sorgente di energia alternativa alla fissione.

È stato responsabile scientifico di

progetti di ricerca internazionali e ha al suo attivo anche un'intensa attività di divulgatore scientifico. Con il suo libro *Le 7 misure del mondo* ha vinto la scorsa edizione del Premio Fiuggi Storia sezione Scienza.

semiseria... mente



di Saverino La Placa

52

INDOVINELLO

Vado avanti, vado indietro, corro e mi fermo, ma non cambio mai di posto. Chi sono?

GIOCO CON NUMERI

Trova un numero che moltiplicato per 3, dia $\frac{3}{4}$ di 240.

MEDICO SÌ, FARMACISTA NO

Un giovane medico, dopo aver visitato una zitella piuttosto matura, tormentata da mal definite crisi nervose, osserva con molta gentilezza:

- *Signorina, mi creda, a lei farebbe assai bene un buon matrimonio.*

E la signorina pronta:

- *Dottore, mi sposi lei!*

Al che il medico ribatte:

- *Signorina, io faccio il medico, non il farmacista.*

REBUS (5, 3, 1, 9)

P



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: "La risposta corretta è "la lettera 'M'". Si può vedere una volta in un "minuto", due volte in un "momento", ma non è presente nella frase "cento anni"".

Spiegazione del rebus: "1" "PER" "TELO" "RIS" "MO" "OCCHI" (Ipertelorismo occhi).

Spiegazione del gioco con numeri: "L'area totale della superficie è 384 cm²." Medici e medicina nell'aneddotica e nell'ironia. Da Esculapio ride...



Donne per la Salute

spazio ammi
donne per la salute



LA SOSTENIBILE LEGGEREZZA DEL TEMPO CHE PASSA: STILI DI VITA, MOVIMENTO, LONGEVITÀ NELLA DONNA e altro ancora...

di Giovanna Tommasini Grossi

PROMUOVERE LA RICERCA, l'educazione e la prevenzione sanitaria: queste alcune delle finalità indicate dallo statuto di Ammi "Donne per la Salute". Ed è proprio con questo spirito che la nostra Sezione ha svolto numerose iniziative ed eventi.



MARZO 2024 Giornata Internazionale della Donna.

Giornata che ogni anno viene dedicata al ricordo delle conquiste sociali, politiche, economiche e di emancipazione che le donne hanno ottenuto

nel corso della storia. Sebbene numerosi siano stati i passi avanti fatti nel tempo, i dati parlano chiaro e le notizie di cronaca raccontano un mondo dove la parità è ancora lontana. Questa giornata va interpretata come un richiamo all'impegno per continuare ad operare affinché nel mondo si possa raggiungere questo obiettivo.

Per sottolineare questa importante giornata, ci siamo incontrate al bar Circus, punto di ritrovo durante i nostri incontri settimanali. Il momento si è svolto in un clima di amicizia e serenità, offrendoci la possibilità di rafforzare il nostro spirito associativo. In questo giorno

speciale, ho avuto l'opportunità di osservare le amiche Ammine e nei loro volti ho letto il sorriso, la forza, la saggezza, la gentilezza, la bellezza, l'allegria, l'unicità; volti che raccontano il passato e il presente. Che questa giornata rimanga nei nostri cuori e che ci aiuti a portare avanti sempre con forza e determinazione quelli che sono i diritti delle donne e con il desiderio che gli altri ci regalino sempre rispetto, tenerezza e amore.

Anche quest'anno siamo state tra gli sponsor che hanno sostenuto il "Concerto per la Vita" giunto alla sua undicesima edizione. Il concerto dal titolo "Il cielo è sempre più blu", si è svolto al Teatro Galli ed era dedicato ai cantautori romani. Questo evento, avviato dal Rotary Club Rimini, ha avuto come fine la raccolta fondi da destinare all'attività di ricerca sulle malattie neurodegenerative condotta dalla Professoressa Elena Cattaneo.

53

CONCERTO PER LA VITA XI EDIZIONE



IL CIELO È SEMPRE PIÙ BLU

9 ^ Giornata nazionale della Salute della Donna: 22 aprile 2024

Un appuntamento che annualmente vuole invitare tutte le donne a prendersi cura della propria salute attraverso la prevenzione. La giornata ha lo scopo di far luce sulla questione femminile, perché penso sia estremamente importante sottolineare la necessità di creare una cultura che riconosca le specificità del corpo femminile e le includa nella pratica medica.

54

"La sostenibile leggerezza del tempo che passa: stili di vita, movimento, longevità nella donna"

è il titolo del tema che quest'anno abbiamo scelto di trattare. L'incontro si è svolto presso l'hotel Villa Adriatica con Relatrice la dottoressa Raffaella De Giovanni, direttore U.O. di Medicina Interna dell'Ospedale di Rimini. Ha parlato della longevità delle donne e dei fattori che la determinano con presentazione di dati epidemiologici divulgati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La maggiore longevità nella donna (in tutto il mondo le donne vivono più degli uomini) può essere raggiunta oltre che per fattori genetici anche per fattori comportamentali, sociali e psicologici. Corretti stili di vita: dieta sana, fare regolarmente attività fisica, mantenere un peso corporeo adeguato, limitare il consumo di alcol e non fumare, avere relazioni sociali, adottare ritmi di vita più lenti, porsi nuovi obiettivi da raggiungere, allenare la mente, mantenere molti interessi. La Dottoressa inoltre ha sottolineato l'importanza di un'attività fisica regolare come uno degli elementi più importanti per ridurre il rischio cardiovascolare e prevenire le malattie neoplastiche.

La Relatrice ci ha inoltre ricordato che per favorire il benessere psicofisico della persona è sicuramente utile non dimenticare quei comportamenti quali il Perdono e la Gratitudine. Il Perdono come rinuncia al risentimento, al giudizio e al desiderio di vendetta nei confronti di chi ha inferto un'offesa o un danno e la Gratitudine come emozione positiva che valorizza l'importanza di dire Grazie e che si manifesta come riconoscenza per un beneficio o un favore ricevuto migliorando in questo modo le relazioni interpersonali.

Un altro appuntamento culturale importante, è stata la visita alla mostra **"Preraffaelliti Rinascimento Moderno** presso il Museo Civico San Domenico di Forlì. Tra gli anni Quaranta dell'Ottocento e gli anni Venti del Novecento, **l'arte storica italiana**, dal Medioevo al Rinascimento, ha un forte **impatto sulla cultura visiva britannica**, in particolare sui **Preraffaelliti**. Questo movimento artistico, nato nell'Inghilterra vittoriana di metà Ottocento a opera di alcuni artisti ribelli aveva lo scopo di rinnovare la pittura inglese, considerata in declino a causa delle norme eccessivamente formali e severe imposte dalla Royal Academy. Il **Preraffaellismo** - la cui data di inizio può essere fissata con certezza al 1848, non fu un ritorno reazionario agli stili del passato ma **un progetto visionario** capace sia di rendere le opere che ne nacquero qualcosa di decisamente moderno, sia di restituire forza e presenza alla tradizione italiana. E altro ancora: **Ben – Essere donna, uno sguardo attraverso la vita**. Letture con accompagnamento musicale e artistico.



55

Un evento organizzato da LILT, al quale abbiamo partecipato insieme ad altre Associazioni, a sostegno della raccolta fondi per l'acquisto di un ecografo per lo screening senologico destinato all'Ospedale di Cattolica.

Visita alla mostra fotografica **Robert Capa: Retrospectiva** a Villa Mussolini Riccione (26 marzo 2024).



Con questa visita continua la nostra formazione sui grandi fotografi del Novecento. La rassegna con più di 100 immagini in bianco e nero ci ha documentato i maggiori conflitti del Novecento, di cui Capa è stato testimone oculare, dal 1936 al 1954.

E non poteva mancare la **cena d'inizio estate**.

Serata allietata dalla cantante e musicista Veronica Villa. Il canto permette di entrare in contatto con la dimensione più preziosa di ogni essere umano: le emozioni. E' questa caratteristica che permette di influenzare la psiche e le emozioni che ne derivano riuscendo a motivare, portare leggerezza, alleviare la solitudine, infondere gioia e allegria. Dopo la pausa estiva, per iniziare la nuova stagione di incontri, abbiamo organizzato una **serata in pizzeria con abbinata una simpatica tombola**, che oltre a creare un senso di aggregazione e divertimento, ha avuto lo scopo di raccogliere una piccola somma che sarà destinata a promuovere iniziative organizzate dalla sezione.

variazione agli albi

56

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 MAGGIO 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

| | |
|------------------------------|---------------|
| dott. BARTOLUCCI Matteo | di Rimini |
| dott.ssa GIOVANNARDI Gaia | di Bologna |
| dott.ssa KLYUCHNIK Anastasia | di Rimini |
| dott. MAGNANI Stefano | di Pennabilli |
| dott.ssa MAURI Chiara | di Rimini |
| dott. PACI Matteo | di Cattolica |
| dott.ssa RAMBERTI Benedetta | di Rimini |
| dott.ssa SEMPRINI Giorgia | di Rimini |

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

| | |
|--------------------------|------------------|
| dott.ssa CORRADI Melissa | da Ascoli Piceno |
| dott. PELLEGRINI Matteo | da Bologna |
| dott. TARSI Andrea | da Bologna |

Reiscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

| | |
|----------------------|-----------|
| dott. BRUGLIA Matteo | di Rimini |
|----------------------|-----------|

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI per trasferimento:

| | |
|----------------------|------------------|
| dott. CARLINI Andrea | da Pesaro Urbino |
|----------------------|------------------|

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

| | |
|------------------------|-----------------------------|
| dott.ssa GENNARI Elena | per trasferimento a Brescia |
|------------------------|-----------------------------|

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| dott. CALISESI Romano | di Santarcangelo di Romagna |
|-----------------------|-----------------------------|

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DELL'8 LUGLIO 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| dott.ssa BAFFONI Costanza | di Rimini |
| dott.ssa BIANCO Francesca | di Rimini |
| dott. GASPARI Filippo | di Riccione |
| dott. GIBERTONI Giovanni | di Santarcangelo di Romagna |
| dott.ssa GIORGINI Aurora | di Rimini |
| dott.ssa MAGGIOLI Matilde | di Rimini |
| dott.ssa MENGHI Caterina | di Bellaria Igea Marina |
| dott.ssa MERCURIALI Beatrice | di Bellaria Igea Marina |
| dott.ssa NERI Eleonora | di Santarcangelo di Romagna |
| dott. TONI Lorenzo | di Rimini |

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

| | |
|--------------------------------|------------|
| dott.ssa BASILI Maria Cristina | da Terni |
| dott. VENERI Fulvio | da Salerno |

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| dott.ssa DI MARTINO Federica | per trasferimento a Catania |
| dott.ssa GIANNINI Giulia | per trasferimento a Bologna |

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 30 LUGLIO 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

| | |
|-----------------------------|---------------------|
| dott. CAPPUCCINI Gianluca | di Rimini |
| dott.ssa CAZZANIGA Martina | di San Marino (RSM) |
| dott. FLORENZANO Alessandro | di Coriano |
| dott.ssa GIULIANELLI Sofia | di Riccione |
| dott.ssa PAGNINI Lisa | di Cattolica |
| dott. PASINI Francesco | di Rimini |
| dott.ssa RINALDI Nicole | di Rimini |
| dott. ROSSI Ludovico | di Rimini |
| dott.ssa TRAVISANI Arianna | di San Marino (RSM) |
| dott. ZANNI Giacomo | di Rimini |

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

| | |
|-----------------------|------------|
| dott. RAZZABONI Paolo | da Bologna |
|-----------------------|------------|

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. TANI Emilio

di Rimini

ISCRIZIONE STP:

The health guard srl

di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 24 OTTOBRE 2024

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BENVENUTI Ettore

di Riccione

dott.ssa DI BETTA Enrica

di Rimini

dott. DOROSHEV Andrei

di Rimini

dott.ssa FERRAIOLI Pamela

di Montescudo-Monte Colombo

dott. GASPERONI Kevin

di Serravalle (RSM)

dott.ssa IORIO Letizia

di Poggio Torriana

dott.ssa MAZZANTI Viola

di Cattolica

dott.ssa PRETE Maria Chiara

di Riccione

dott.ssa RIZZI Caterina

di Rimini

dott.ssa TIRAFERRI Valentina

di Rimini

dott. ZAMAGNI Alessandro

di Riccione

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott.ssa MARTELLI Federica

da Arezzo

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BENVENUTI Laura

decesso 06/08/2024

dott.CIMILLO Angelo

decesso 02/09/2024

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BETTI Alessandro

di Novafeltria

dott.ssa VALLONI Alice

di Dogana (RSM)

Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI:

dott.ssa DALMONTE Giulia

di Rimini

Iscrizione REGISTRO MEDICINE NON CONVENZIONALI:

dott. MATTEINI Andrea

Agopuntura

dott.ssa RIGHETTI Donatella

Agopuntura

dott.ssa VICHI Beatrice

Agopuntura

Iscrizione STP:

VANNINI DOTT.LUCA ODONTOIATRA STP SRL

di Rimini

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2.332 – Albo Odontoiatri nr. 405 – Elenco Speciale STP nr. 11

57

corsi, convegni e attività culturali

PREMIO IANO PLANCO D'ORO 2024

Cerimonia per la consegna del premio **Sabato 7 dicembre 2024 ore 17,45**
Grand Hotel di Rimini

Il Consiglio Direttivo invita gli iscritti a partecipare.

ricordando i colleghi

58



GIUSEPPE CORBUCCI VITOLO

(04 febbraio 1956 – 3 dicembre 2023)

“Terzo piano, chirurgia generale”. Sono queste le parole che rimbombano nella mia testa quando penso all’ospedale di Riccione, parole che sono abituata ad ascoltare prima di abbracciare il Dottore. Si aprono le ante dell’ascensore, giro a destra e percorro il corridoio. In fondo sulla sinistra fuori dalla porta c’è scritto il suo nome. Abbasso la maniglia ed eccolo qui sorridente in questo arioso ambulatorio ad aspettarmi oppure trovo un post-it con su scritto “Cate, arrivo subito”. Finito il turno si torna a casa insieme tra il freddo invernale e le prime gemme di primavera. Così per diversi anni. Il Dottor Vitolo. Trent’anni di dedizione al lavoro, di perentoria tenacia. Quella passione che può delle volte lasciar spazio anche ad un piacevole caffè al bar del piano di sotto purché sorvegliato con i colleghi, la sua seconda famiglia. Ricordo perfettamente il mio silenzio, resto ad ascoltare i pensieri del Dottore espressi ad alta

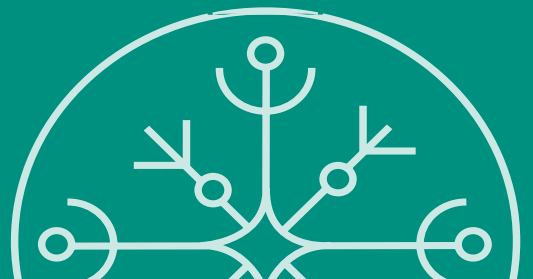
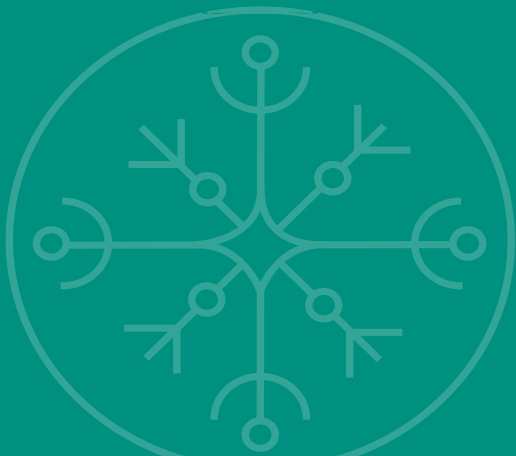
voce senza capirci niente. Non mi permetterei mai. Camminiamo l’uno a fianco all’altro, il passo è pesante, ben deciso e ci credo: con quegli zoccoli rossi ai piedi non è proprio come sentire una farfalla passare. Quante volte ad ammirare con estasi le sue mani e con stupore penso a come sia possibile riuscire a reggere tra quelle sottili dita tutto il peso della vita di una persona. Oggi però vorrei rivolgermi a te, mio Amato padre. Una cosa per una volta vorrei dirla: la verità è che mi sembrerà di sentire il rumore dei tuoi passi lungo il corridoio della chirurgia per altrettanti anni. La tua possente voce continuerà ad abitare non solo le giornate delle persone che ti vogliono bene ma anche quelle mura che ben ti conoscono, che con sfrenata grinta hai vissuto, che vivrai. Sapremo dove trovarti: a parlare con i parenti del paziente che hai da poco operato dando esaustive risposte o semplicemente sulla tua sedia girevole a finire di scrivere una lettera di dimissione. Grazie a te, per la costante cura del prossimo. Ora torniamo a casa che per oggi il tuo turno è finito. Domani, è un altro giorno.

*Con infinito Amore,
la tua figliola Caterina.*



«Due cose sono indispensabili al medico: che possieda la scienza e che abbia quella disposizione di genio che è necessaria per applicarla con affabilità [ut exerceat medicinam jucundam]».

Hermann Boerhaave (1668-1738)





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

