

n° 1/2020

il Notiziario

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

Anno XXIII, Numero 1, Gennaio – Marzo 2020



il Notiziario

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

Anno XXIII, Numero 1, Gennaio – Marzo 2020

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

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

Contributi a questo numero da:

dott.ssa Laura Baffoni - U.O. Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza Ospedale "Infermi" Rimini

dott.ssa Giovanna Tommasini Grossi - presidente A.M.M.I. Sezione di Rimini

dott. Franco Magnoni - cardiologo libero professionista

dott. Gianni Morolli - medico di medicina generale AUSL della Romagna

dott. Emilio Rastelli - medico chirurgo reumatologo

dott. Marco Vigna - presidente CAO Omceo Rimini

Grafica e stampa a cura di agenzia NFC - Rimini - tel. 0541 673550 - www.agenziafc.com

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini

Via Flaminia, 185/B - Rimini

Tel. 0541.382144 - fax 0541.382202

lunedì dalle 12.30 alle 17.30

martedì, mercoledì, giovedì e venerdì dalle 8.00 alle 13.00

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

sommario

EDITORIALE	4
IL PUNTO REDAZIONALE	6
SANITÀ LOCALE	
RUBRICA DI MEDICINA GENERALE	9
• Il Medico Paziente e la Medicina Generale Incentivata (Diario notturno di una aritmia parossistica)	
VITA DELL'ORDINE	11
FOCUS SULLA PROFESSIONE	15
• Carenze farmaci. "Situazione critica in tutta Europa"	
• Quattro chiacchiere sulla Fibromialgia Reumatica	
GIOVANI MEDICI	19
• Bisturi rosa. Specializzazioni: le chirurgie sono sempre più al femminile.	
• La scelta di carriera: dalle preferenze ai compromessi	
PAROLA D'ORDINE	23
MEDICINA DI GENERE	25
• Centro di Formazione Medicina di Genere Rimini. Le differenze di genere nelle dipendenze patologiche. Dal convegno "Che genere di cervello?" 11 maggio 2019 (II parte)	
• Focus on	
MEDICI MA NON SOLO	34
• La fantasia della carità	
RECENSIONI	36
• Bassa marea di Enrico Franceschini ediz. Rizzoli	
• ETRUSCHI - Viaggio nelle terre dei Rasna	
SEMISERIA...MENTE	40
PILLOLE E CAVILLI	41
• <i>Death in custody</i> : il contributo della medicina legale inglese alla crescita delle istituzioni democratiche.	
CORSI, CONVEGNI, CONGRESSI E ATTIVITÀ CULTURALI	43
RICORDANDO I COLLEGHI	44
SPAZIO AMMI	47
VARIAZIONI AGLI ALBI	49

Il pericolo è che se [il medico] cessa di riflettere per conto suo, diventa un vero robot capace soltanto di un lavoro automatico che lo pone allo stesso livello del commesso di farmacia, dispensatore di specifici per ogni male, dal foruncolo alla silifide (*William Osler*)

Editoriale



di Maurizio Grossi

Alcune considerazioni sul “suicidio assistito”

Con la pubblicazione della sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale sul così detto “suicidio assistito”, è subito iniziata una riflessione in seno alla Fnomceo sulla attualità e compatibilità dell’articolo 17 del vigente Codice di Deontologia Medica e sulla sua eventuale modifica.

Tale articolo è titolato “Atti finalizzati a provocare la morte” e recita: “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”.

Ma la Corte Costituzionale con la nota sentenza 242/2019 ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 580 del codice penale nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), o con modalità equivalenti, agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Sempre nella sentenza si dice che automaticamente non si crea “alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato.”

Si afferma che occorrerà dunque che le condizioni del richiedente che valgono a rendere lecita la prestazione dell’aiuto – patologia irreversibile, grave sofferenza fisica o psicologica, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli – abbiano formato oggetto di verifica in ambito medico; che la volontà dell’interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni; che il paziente sia stato adeguatamente informato sia in ordine a queste ultime, sia in or-

dine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all’accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua.

Con queste indicazioni appare evidente che nel nostro ordinamento non si crea un nuovo “diritto” soggettivo, cioè il diritto dell’ammalato di richiedere, anzi di esigere dal medico una prestazione, appunto il suicidio assistito.

Rimane una facoltà, cioè una possibilità a lui concessa quando versa in determinate situazioni soggettive, di cui sia titolare, e a cui non corrisponde un “dovere”, cioè un obbligo da parte del medico

Con queste premesse, la Consulta Nazionale Deontologica, di cui mi onoro di fare parte, si è espressa con un documento che prossimamente sarà portato in discussione in seno al Consiglio Nazionale dei Presidenti di Ordine.

Tale documento indica la necessità di:

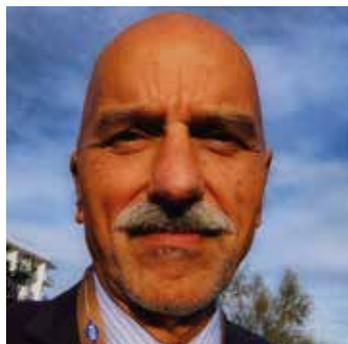
- 1) non modificare gli artt. 17 e correlati e il Giuramento Professionale del Codice Deontologico e di demandare alla Federazione l’invio di una nota esplicativa “deontologico disciplinare” in merito alla corretta applicazione della sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e di prevedere una nota esplicativa quale indirizzo applicativo in appendice al CD dello stesso tenore.
- 2) Di prendere atto della non obbligatorietà per il medico di procedere ad atti suicidari, in ciò avvalorando la clausola di coscienza e rendendo inutile procedere all’obiezione superata dalla “non obbligatorietà” dell’atto stesso.
- 3) Di rispettare il principio deontologico e l’art. 17 e correlati e nel contempo considerare che ogni sanzione disciplinare sia resa compatibile con la non punibilità penale stabilita dalla CC in alcuni specifici casi.

In sintesi si dice che va fatto salvo il valore etico e deontologico dell’articolo 17 a cui ogni medico dovrà riferirsi nella professione.

Che al medico che decide di prestarsi ad esaudire le richieste suicidarie del malato non sarà aperto procedimento disciplinare nei casi, e solo nei casi, in cui siano state rispettate le procedure specificate nella stessa sentenza della Corte Costituzionale.

È indubbio che, seppure per casi particolari e rari, cambia il paradigma dell’arte medica ma nello specifico non cambia la sua deontologia e neppure il codice deontologico.

Il punto redazionale



di Marco Grassi

Mentre ci apprestiamo a «chiudere» questo primo numero dell'anno giungono notizie preoccupanti sul «fronte» sanitario mondiale (mi riferisco all'epidemia di coronavirus) o sull'orizzonte più prossimo della cronaca giudiziaria nazionale (ennesimo grave atto di violenza contro medici e personale sanitario). *Il Notiziario* per le sue caratteristiche, sia di «politica» editoriale che di uscita trimestrale, è necessariamente una «palestra» di discussione e riflessione piuttosto che un «foglio» che riporta e commenta notizie fresche di accadimento, fatti su cui avremo eventualmente modo di ritornare con commenti più ponderati, scervi da emozioni o indignazione dettati dalle contingenze. Su questa linea di «riflessione» si inserisce l'**Editoriale**, come sempre a firma del Presidente, che espone alcune considerazioni sul cosiddetto «suicidio assistito»,

oggetto di una recente sentenza della Corte Costituzionale (sentenza 242/2019). La sentenza è stata analizzata dalla Consulta Nazionale Deontologica che ha espresso le sue conclusioni in un documento che sarà portato in discussione in seno al Consiglio Nazionale dei Presidenti di Ordine.

Sanità Locale in mancanza di notizie di attualità riporta la «lettera aperta» che come redazione rivolgiamo a tutti i medici iscritti al nostro Ordine che operano nell'ambito locale per una fattiva collaborazione a questo Notiziario.

Due articoli per **Focus sulla professione**: un argomento di interesse generale (anche come eventuali pazienti, oltre che come medici) riguarda la problematica legata ai sempre più frequenti casi di «scomparsa» dalle farmacie di farmaci di uso corrente e un articolo più specialistico con cui Emilio Rastelli ci ragguaglia sulla fibromialgia reumatica, patologia frequente e spesso misconosciuta.

Il 7 dicembre 2019 è stato consegnato presso la sala convegni del Grand Hotel di Rimini, il 3° premio Iano Planco d'oro al dott. Massimo Migani. Questa cerimonia, che da tre anni chiude l'annata di lavori, convegni e manifestazioni di cui l'Ordine si è fatto promotore, ha visto una folta partecipazione di colleghi e cittadini riminesi. In **Vita dell'Ordine** Marco Vigna traccia un sentito ritratto professionale e umano del dottor Migani che, «traducendo la vocazione professionale in servizio cristiano rivolto agli ultimi, alle comunità più povere del continente africano, ha dedicato a uomini, donne e bambini di Mutoko, tempo, cure e affetto, in un'ottica di solidarietà e fratellanza».

Antonella Chiadini riassume nella rubrica **Medicina di Genere** alcune interessanti relazioni del convegno «Che genere di cervello?» tenutosi l'11 maggio 2019 e promosso dal Centro di Formazione Medicina di Genere del nostro Ordine (la prima parte delle relazioni è stata pubblicata sul Notiziario n° 3 /2019). Questo secondo blocco di argomenti tratta delle differenze di genere nelle dipendenze patologiche, diversità che hanno importanti risvolti pratici sia in fase diagnostica che terapeutica e prognostica. Segue nella stessa rubrica un *focus* di Laura Baffoni sulle differenze di genere nelle caratteristiche cliniche e prognostiche in pazienti affetti broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Nello spazio di **Medicina Generale** Luigi Casadei con la sua consueta disincantata ironia conia

un nuovo acronimo per descrivere la professione di MMG: MMGI ovvero Medici di Medicina Generale Incentivati. Così saremo ricordati, si chiede l'autore? Non più i medici della persona ma i tecnici che parcellizzano l'atto medico in «decine di opprimenti-insulse mansioni che, in sostanza, ci rendono dipendenti da un modo inappropriato e cottimista di essere Medici.»

La riflessione di Franco Magnoni in **Medici ma non solo** potrebbe essere intitolata anche «Carità 2.0» per fare il verso al linguaggio e ai comportamenti *smart* dei nostri tempi: anche l'atto di soccorso verso il prossimo, non solo di tipo tecnico, è appiattito dalla fretta e conferito alle apposite organizzazioni: «La tristezza dei nostri tempi in rapporto al sentimento del prossimo non è tanto un calare della buona volontà nel soccorrere ma piuttosto l'appiattimento frettoloso dell'atto del soccorso o, come è di moda oggi, l'alienazione dell'atto di amore verso gli altri. Possiamo essere buoni samaritani per qualche giorno all'anno, forse a Natale e a Pasqua ma anche allora chiediamo alle organizzazioni i compiti che il Padreterno, o semplicemente la coscienza affidano al segreto della nostra sensibilità.»

Novità sull'argomento Educazione Continua in Medicina (ECM) sono presenti in **Parola d'Ordine**: considerato che la problematica coinvolge tutti i medici professionalmente attivi ne consiglio almeno una «presa visione».

A distanza di oltre venti anni dalle ultime grandi mostre italiane il Museo Civico Archeologico di Bologna presenta questa ricchissima e ben documentata esposizione, che rappresenta una

vera ed esauriente panoramica sul mondo etrusco, in cui sono raccolti più di 1400 reperti provenienti da 60 musei nazionali ed internazionali unitamente alla cospicua collezione etrusca del medesimo museo petroniano. Maurizio della Marchina in **Recensioni** ci introduce a questa interessante mostra bolognese che oltre alla ricchezza di reperti esposti ha anche il vantaggio della vicinanza. Sempre in **Recensioni** Gianni Morolli ci invita alla lettura di un giallo ambientato sulla nostra riviera, «una avventura sul filo della tragedia e della lullonaggine di vitelloniana memoria».

Dopo **Semiseria...mente** con i consueti indovini di Saverino La Placa affrontiamo le **Pillole e cavilli**. La proposta di Mario Bartolomei per questo numero è quanto mai stimolante perché riflette sui rapporti fra progressi della scienza e il loro impatto sul livello di civiltà di una popolazione e sul rispetto dei diritti fondamentali dei singoli.

Lo **Spazio AMMI** presenta Giovanna Tommasini Grossi, nuovo presidente della sezione riminese, che anticipa anche il nutrito calendario di manifestazioni e incontri dell'associazione. A Giovanna Tommasini Grossi il benvenuto da parte della Redazione e un augurio di proficuo lavoro mentre alla *past-president* Lorenza Bonifazi Marsciani va il ringraziamento per la sempre puntuale collaborazione offerta al Notiziario.

Ricordando i Colleghi Amedeo Brici e Gennaro Arturo Celestino, abbiamo l'occasione per rivolgere un pensiero non solo alla memoria dei colleghi recentemente scomparsi ma, attraverso il ricordo dei figli, anche ripercorrere un pezzo di storia sanitaria riminese.

Sanità locale



di Marco Grassi

La rubrica Sanità Locale è stata tradizionalmente utilizzata dalla redazione come contenitore di notizie e fatti inerenti l'organizzazione della sanità del nostro territorio. Ultimamente, come conseguenza del notevole *turn-over* avvenuto nelle Unità Operative (UO) dell'Ospedale Infermi abbiamo presentato i nuovi direttori, facendoli conoscere al «grande» pubblico dei colleghi non solo sotto l'aspetto prettamente professionale e scientifico. Ma non ci vorremmo fermare qui. Come redazione di questo Notiziario vorremmo allargare la platea dei collaboratori alla rubrica invitando tutti i colleghi che operano nell'ambito della sanità locale a diventare fattivi «animatori» di queste pagine con l'invio di ogni notizia che possa essere di interesse per la nostra comunità medica. Rivolgiamo un particolare invito alle Unità Operative ospedaliere e territoriali e saranno ben accetti articoli scientifici, ricerche, analisi, commenti e quant'altro riguardi i vari aspetti della sanità locale che possa essere utile sia come aggiornamento scientifico che come informazione

Rubrica di Medicina generale



di Luigi Casadei

Il Medico Paziente e la Medicina Generale Incentivata (Diario notturno di una aritmia parossistica)

Ho un brevetto da sub, ma pratico volentieri l'apnea... Anzi, la *dispnea*. Venerdì ho fibrillato tutto il giorno. Mi sono svegliato verso le sette e trenta, il nodo alla gola e un senso di inopinata fatica, già nei primi blandi sforzi per alzarsi. Avanti così, fino alle 9.30 del mattino successivo, due Almarytm dopo. Non è agevole lavorare durante un episodio di FA parossistica. Spesso manca il fiato e bisogna arrendersi a un cuore che batte dappertutto, in modo incoerente, troppo rapido e disordinato, per uno che non sta correndo i cento metri piani. Durante la crisi, per non dargliela vinta, appena riesco, mi faccio qualche chilometro a piedi di buon passo. Almeno gli offro un valido motivo per andare tanto in fretta. Perciò all'una e quindici di sabato mattina, complice una bella luna quasi piena, per 45 minuti ho passeggiato svelto nei quartieri attorno a casa mia. Poi sono andato a letto. E ho dormito male. Nel dormiveglia mi tastavo continuamente il polso. La «cosa» si ripete ormai tre quattro volte al mese, ma stavolta è stata lunga. Da circa 3 anni assumo Apixaban, 5 mg 2 volte al giorno.

Il mio rischio di stroke ischemico è stimabile intorno 2,2% all'anno e, per quanto concerne la possibilità di ictus emorragico, non voglio sapere. A volte penso... Ecco: già col verbo *pensare* mi trovo quasi a disagio. Comunque penso: quando mi sveglierò domattina, sarò ancora un essere senziente? Sono elucubrazioni fugaci. Però, ammetto, vivo un po' «alla giornata». Credetemi: bisogna essere molto organizzati e programmare tutto davvero bene, per vivere alla giornata. Supponiamo perciò che io sia pronto. Allora mi chiedo: camminando nel mondo, ho lasciato

qualche impronta di questo passaggio? Cosa ricorderanno di me?

Era un bravo medico: compilava le schede del Diabete, i calendari delle TAO; eseguiva le visite domiciliari programmate e le ADI; non disdegnava le PIPP e inviava regolarmente i report entro il dieci del mese successivo; invitava i suoi pazienti a usufruire dei Servizi Ospedalieri nell'ambito della nostra Ausl; telefonava sempre ai Colleghi ospedalieri, prima di inviare un'urgenza; rispettava i turni in H9; era piuttosto assiduo ai corsi di Aggiornamento dell'AUSL, cui partecipava diligentemente, ponendo spesso domande sensate ai Relatori; praticava le vaccinazioni; era attento nelle prescrizioni dei farmaci; pur se "dematerializzate", stampava oltre l'80% delle ricette al computer; rifuggiva l'Off-Label e indirizzava i pazienti verso terapie a base di molecole genericate; era ben inserito in una medicina di gruppo; partecipava con vivo interesse alle riunioni di Nucleo Primario; rispondeva pazientemente al telefono e teneva in ordine la scrivania... Nel suo ambulatorio non mancava una bella foto in bianco e nero di lui, sua moglie, i due figli... A parte le ultime, essenziali voci di questo elenco, tutte le altre sono frutto di zelanti accordi sottoscritti dai nostri Sindacati. I quali hanno ritenuto opportuno contribuire a frantumare un legittimo e giusto compenso in decine di opprimenti-insulse mansioni che, in sostanza, ci rendono dipendenti da un modo inappropriato e cottimista di essere Medici. Seguire il diabetico, fornire supporto e direttive a chi assume il Warfarin, praticare le vaccinazioni, assistere in modo costante e particolare il cronico e l'anziano, sono mie funzioni specifiche, compiti miei propri...

Ma perché dovrei avere un "premio", al posto di un: 1 - *Onnicomprensivo*, 2 - *Appropriato*, 3 - *Corretto*, 4 - *Doveroso*, 5 - *Equanime* "riconoscimento pecuniario" per tutto quello che quotidianamente svolgo e che rientra nel perimetro della mia professione? Per ognuna delle mansioni sopra descritte, invece, è calcolato un "valore" arbitrario. La nostra retribuzione mensile risulta, per una parte cospicua, dalla somma di un mezzo euro qua, un euro là, il 75% per cento per una scheda diabete con visita annuale, il 100% se si effettuano una valutazione annuale più una semestrale e, colpo di scena, un'aggiunta a sorpresa, se si incrementano le proprie schede diabete del 10% per l'anno in corso. Poi vengono l'indennità informatica, quella per la medicina di gruppo, ecc. ecc. Categorie che *non seguono un criterio clinico*, ma una logica "commerciale" o eterodiretta da interessi differenti, rispetto all'atto di diagnosi e cura che dovrebbe orientare il nostro agire. Una logica "altra", che noi siamo costretti a introiettare e assorbire, se vogliamo una busta paga non decurtata. Questo modo di intendere la nostra identità e le nostre funzioni, ci ha reso medici ammaestrati, pronti a scambiare questi obiettivi per un dovere professionale (che ha invece sostanza e modalità diverse). Ci ha confuso e reso duttili, anziché fermi nei nostri propositi; ci ha fatto guardare altrove, anziché i nostri pazienti e, alla fine, renderà incomprensibili le pur flebili tracce che pensavamo di lasciare al mondo, come depositari di un millenario carisma, di un ancestrale privilegio che pone al centro del suo interesse la cura degli uomini. E noi? Ci siamo accorti di quando siamo diventati MMGI (Medici di Medicina generale Incentivata)?

Premio Iano Planco 2019



Il 7 dicembre 2019 è stato consegnato presso la sala convegni del Grand Hotel di Rimini, il 3° premio Iano Planco d'oro al dott. Massimo Migani.

Dopo il dott. Burioni e l'ambulatorio "Nessuno escluso" della Caritas riminese, il Consiglio Direttivo dell'Ordine, all'unanimità si è orientato su un odontoiatra. La scelta del professionista è maturata non solo per le evidenti qualità mostrate dal proficuo corso di studi intrapreso, dall'impegno nel settore medico odontoiatrico che lo ha visto collaborare con prestigiosi ambulatori del settore, locali e nazionale, ma soprattutto per il profuso spirito umano e sociale che ha manifestato nei confronti dei più deboli.

Il dott. Migani, dopo aver maturato una personale vocazione prima come volontario, poi come missionario diocesano presso il "Luisa Guidotti Hospital" a Mutoko, ha affiancato in qualità di responsabile del reparto odontoiatrico e anche come assistente la Dott.ssa Marilena Pesaresi (direttore dell'ospedale dal 1982 al 2013). Dal 2014 ad oggi ricopre l'incarico di direttore dell'Ospedale proseguendo la spinta della dott.ssa Pesaresi nel coinvolgimento di specialisti di varie discipline per migliorare la qualità dei servizi offerti alla popolazione delle zone rurali dello Zimbabwe.

Agli specialisti in Cardiologia e Oculistica ha aggiunto missioni filantropiche nell'ambito della Oste-



tricia e Ginecologia, della Medicina Interna, della Chirurgia Otorinolaringoiatrica e della Chirurgia Orale, ha fatto si che il reparto di Odontoiatria diventasse il centro di riferimento per il tirocinio pratico degli studenti della School of Dental Therapy (scuola ministeriale di Terapia Dentale e del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria della University of Zimbabwe
 Il dott. Migani traducendo la vocazione professionale in servizio cristiano rivolto agli ultimi, alle comunità più povere del continente africano, ha dedicato a uomini, donne e bambini di Mutoko, tempo, cure e affetto, in un'ottica di solidarietà e fratellanza.



La sua generosità profonda, la sua umanità piena, si sono tradotte in lavoro costruttivo e concreto, libero da ambizioni personali ed economiche e da orientamenti ideologici divisivi. Il suo amore per il prossimo si è rivolto verso chi non ha diritti, verso chi quotidianamente lotta per sopravvivere.

Il dott. Migani è sicuramente uno degli esempi più edificanti nel panorama medico sanitario, anche se non dobbiamo dimenticarci i numerosi odontoiatri che a diverso titolo operano come volontari nel sociale, mostrando solidarietà e vicinanza verso chi è in difficoltà. A tutti questi dobbiamo la nostra profonda e sincera gratitudine per l'esempio che offrono.

Marco Vigna



ASSEMBLEA ORDINARIA

**GIOVEDÌ 16 APRILE 2020
ALLE ORE 20.30**

presso la sala riunioni dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini,
Via Flaminia 185/B

L'ASSEMBLEA ORDINARIA DELL'ORDINE con il seguente ordine del giorno

- Relazione del Presidente
- Relazione del Tesoriere
- Bilancio Consuntivo 2019
- Bilancio di Previsione 2020
- Varie ed eventuali

In apertura dell'assemblea sarà offerto un buffet ai partecipanti e al termine della relazione di bilancio seguirà conferenza a cura della Scuola di Storia della Medicina del nostro Ordine.



LA PARTECIPAZIONE ALLA CONFERENZA è GRATUITA E APERTA ALLA CITTADINANZA.
Per informazioni rivolgersi alla segreteria dell'Ordine dei Medici: tel. 0541.382144

Il Presidente
dott. Maurizio Grossi

Il sottoscritto dott.

nato a il.....

DELEGA

Il dott.

*a rappresentarlo con piena facoltà di voto nell'Assemblea Ordinaria
indetta dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini.*

Data Firma.....

Focus sulla professione

Carenze farmaci. "Situazione critica in tutta Europa"



di Marco Grassi

È sempre più frequente il fenomeno, particolarmente avvertibile dai Medici di Medicina Generale (MMG), della carenza di alcuni farmaci nelle farmacie di riferimento dei pazienti. Talvolta cambiando farmacia il problema si risolve (anche se temporaneamente) ma nella maggioranza dei casi il problema si ripropone a breve e finite le scorte nelle singole farmacie e presso i grossisti, il farmaco diventa «carente» su tutto il territorio nazionale. Il problema non è di poco conto, specialmente quando si tratti di farmaci che non hanno «equivalenti». Diverso è infatti il caso di carenza di un farmaco nella cui classe sono disponibili diverse alternative con gli stessi effetti farmacologici e clinici (per esempio la mancanza di uno dei tanti ace-inibitori o calcio-antagonisti ad effetto ipotensivo può essere sopperito con altra molecola della stessa classe) rispetto a farmaci unici nella loro classe e con indicazioni molto particolari e in alcuni casi «salvavita». Il fenomeno, che ad una prima superficiale lettura, potrebbe essere ascritto ad una generica «disorganizzazione» locale di produttori, distributori, grossisti, in realtà è un fenomeno mondiale e purtroppo in espansione. Secondo una ricerca su base europea della PGEU (associazione dei farmacisti europei) tutti i 24 paesi rispondenti al questionario hanno sperimentato carenze di medicinali nelle farmacie comunitarie negli ultimi 12 mesi e la grande maggioranza (87%) degli intervistati ha indicato che la situazione è peggiorata rispetto al 2018. Dal sondaggio è emerso che «tutte le classi di medicinali sono affette da carenza nelle farmacie e nella maggior parte dei paesi che hanno risposto (67%), al momento del comple-

tamento dell'indagine sono stati elencati oltre 200 medicinali scarsamente disponibili". Tutti gli intervistati che hanno risposto hanno dichiarato di "ritenere che la carenza di medicinali causi disagi come l'interruzione dei trattamenti (75% dei paesi), l'aumento dei copayments a seguito di alternative più costose / non rimborsate (58%) e il trattamento non ottimale / efficacia inferiore (42%) sono percepiti come conseguenze negative della carenza di medicine sui pazienti".[1] La "carenza di un medicinale" si verifica quando l'offerta non soddisfa la domanda a livello nazionale. Con l'espressione "farmaco carente" si intende, dunque, un medicinale che non è reperibile sull'intero territorio nazionale e per cui il titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) non può temporaneamente assicurare una fornitura continua e appropriata rispetto al bisogno terapeutico dei pazienti, ad esempio a causa di problemi produttivi o di incrementi imprevisti delle richieste di un determinato farmaco.

Il fenomeno delle carenze dei medicinali, che come visto, non riguarda soltanto l'Italia ma ha portata mondiale, è costantemente monitorato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Nell'interesse primario dei pazienti, l'AIFA accerta l'entità e la tipologia delle carenze (periodica, ricorrente, cronica o di nuova segnalazione), valutando attentamente la gestione delle singole criticità, dal momento che in molti casi l'accesso alle cure per i pazienti è garantito dalla disponibilità sul mercato di alternative terapeutiche o di prodotti analoghi sul mercato italiano o estero. L'Agenzia rende disponibile la lista aggiornata dei farmaci temporaneamente carenti e, in tutti i casi in cui sia necessario, adotta i provvedimenti utili a ridurre i disagi causati ai pazienti, autorizzando l'azienda titolare dell'AIC all'importazione dall'estero del farmaco carente e rilasciando alle strutture sanitarie che ne facciano richiesta l'autorizzazione all'importazione dall'estero di farmaci analoghi, nel caso in cui si riscontrino difficoltà a reperire il farmaco importato dall'azienda.[2]

Secondo la lista pubblicata sul sito dell'AIFA, che può essere facilmente consultata, risultano attualmente indisponibili farmaci che seppur di uso limitato non hanno un corrispondente accettabile in condizioni cliniche molto particolari e in alcuni casi la loro sostituzione/sospensione può comportare rischi per il/la paziente. È il caso, per esempio della metildopa come antiipertensivo di prima (e unica) scelta nella paziente gravida, l'acido tranexamico per il controllo/riduzione della emorragia mestruale, della nifedipina a rilascio modificato, dell'antipsicotico clotiapina o del collirio antiglaucomatoso di largo utilizzo dorzolamide+timololo.

Riferimenti

[1] https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=80770

[2] <https://www.aifa.gov.it/farmaci-carenti>



di Emilio Rastelli

Quattro chiacchiere sulla Fibromialgia Reumatica

Già dal titolo che ho scelto, si capisce che questo breve articolo non desidera sviscerare scientificamente questo argomento, non è nello spirito del nostro Notiziario, ma dare spunti di riflessione su questa patologia frequente e spesso misconosciuta.

Per cominciare analizziamo le parole che descrivono questa malattia:

- 1- FIBRO - indica connessione o relazione con una struttura fibrosa, o anche con tessuto fibroso o connettivo
- 2- MIALGIA - dolore localizzato in uno o in più muscoli che appaiono contratti, dolenti se toccati o usati.
- 2- REUMATICA - dal greco, dolore che scorre.

Quindi già i termini evidenziano per ben due volte che la condizione morbosa è caratterizzata dal dolore, il quale colpisce muscoli, strutture connettivali, dolore che aumenta con la palpazione ed è diffuso.

Il dolore è caratterizzato, ma deve essere presente in punti ben precisi del corpo, i cosiddetti punti grilletto (*trigger point*), in numero considerevole.

Oltre al dolore si associano un numero straordinario di altri sintomi, che talvolta confondono il medico, si va dalla meteoropatia, disuria, colon irritabile, insonnia, stanchezza, irritabilità, dismenorrea, tutti sintomi comuni ed anche aspecifici.

Spesso in anamnesi ricorre un trauma psicologico o una malattia traumatica o reumatica infiammatoria seria.

Il sesso femminile la fa da padrone, la numerosa e cospicua documentazione medica portata in visione conferma le peregrinazioni presso tanti specialisti, le diagnosi più disparate e i tanti infruttuosi tentativi terapeutici.

Appena varca la soglia dell'ambulatorio la paziente esordisce: "Nessun medico può guarirmi".

La diagnosi è di esclusione, già la documentazione presentata può essere esaustiva, l'esame obiettivo dirimente, la palpazione dei punti dolenti fa sobbalzare la paziente che esclama: "Ma così, dottore, mi uccide". Per mia esperienza, la diagnosi è certa se comprimendo la cute che ricopre la cresta tibiale, la paziente afferma di sentire un terribile dolore. Potete toccare e comprimere un numero enorme di creste tibiali, difficilmente se non c'è una frattura sottostante o Fibromialgia, causerete disturbo al soggetto, questa mia osservazione non è riportata nei sacri testi, chi legge può tranquillamente ignorarla.



Un altro elemento che conforta l'ipotesi diagnostica è il mancato beneficio della terapia con FANS o steroidi, gli indici infiammatori non elevati, il CPK entro i valori normali ed altri esami, allontanano l'ipotesi che si tratti di una Polimiosite Reumatica.

Fatta la diagnosi, occorre impostare la terapia. È mia convinzione che già illustrare la malattia alla paziente e assicurarla che la condizione non è evolutiva ed invalidante, sia già un passo terapeutico importante. Tutte le terapie possono essere efficaci o inutili, molto dipende da come vengono presentate, ogni reumatologo ha le proprie convinzioni a riguardo e studi controllati non ne conosco.

Un tempo chiamato Reumatismo Psicosomatico o Malattia Fantasma, finalmente anche per l'interessamento delle associazioni dei malati è stato istituito su proposta della SIR al 56 Congresso Nazionale, tenutosi a Rimini dal 27 al 30 novembre 2019, il Registro Nazionale sulla Fibromialgia Reumatica. Tale registro renderà più facile il riconoscimento della Fibromialgia Reumatica quale malattia cronica invalidante.

Circa il 15-20 % delle visite di un ambulatorio reumatologico è co-

stituito da fibromialgici sia della forma primaria, che secondaria ad altre forme reumatiche. Un malato fibromialgico è ad alto costo economico, infatti consuma risorse pubbliche o private di molto superiori a soggetti con altri dolori scheletrici, pari a un più 40% circa. Importante è indirizzare il malato verso un medico competente a riguardo e soprattutto emotivamente portato a seguirlo, si eviterà che cada preda di trattamenti fantasiosi, dispendiosi e inefficaci.



di Marco Grassi

Bisturi rosa Specializzazioni: le chirurgie sono sempre più al femminile

Questo studio dell'Associazione Nazionali Aiuti Assistenti Ospedalieri (ANAAO) Giovani evidenzia la forte presenza delle donne nelle scuole di specializzazione in Chirurgia Toracica (61,7% F vs 38,2% M), Chirurgia Generale (57,2% F vs 42,7% M), Chirurgia Vascolare (54,8% F vs 43,5% M); Ginecologia (76,4% F vs 20,7% M). Nell'insieme, le Scuole di Specializzazione a maggioranza femminile sono 33 pari al 67.33% del totale (49), suddivise in 17 di Area Medica, 5 di Area Chirurgica, 11 di Area dei Servizi.

I risultati di questa analisi non devono sorprendere. Da molti anni la percentuale di iscritti al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di sesso femminile è abbondantemente sopra il 50% con ormai una consolidata tendenza verso un rapporto di 2:1 in favore del sesso femminile. L'Università di Bologna, sede di principale riferimento degli studenti riminesi, registra infatti negli ultimi cinque anni di immatricolazioni una percentuale del 66% di immatricolazioni femminili alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. È pertanto verosimile che la «femminilizzazione» della laurea in medicina investa pure la successiva fase della specializzazione anche in quelle specialità chirurgiche che sono sempre state un tradizionale «feudo» maschile.

Dall'analisi comparativa di genere delle scelte delle scuole di specializzazione mediche riferite all'anno 2017-2018 emerge infatti la forte presenza delle donne in Chirurgia Toracica (61,7% F vs 38,2% M), Chirurgia Generale (57,2% F vs 42,7% M), Chirurgia Vascolare (54,8% F vs 43,5% M); Ginecologia (76,4% F vs 20,7% M). Un cambiamento di tendenza nella scelta delle donne che, per il momento, non scalfisce il primato al vertice della classifica dell'Area Medica: Neuropsichiatria Infantile (91,9% F vs 8,0% M), Pediatria (73,3% F vs 25,6% M), Allergologia (73,1% F vs 12,1% M), Nefrologia (67,4% F vs 31,7% M), Geriatria (65,9% F vs 31,3% M), Medicina d'Emergenza ed Urgenza (65,6% F vs 28,9% M), Oncologia (64,1% F vs 31,7% M), Endocrinologia (63,9% F vs 35,0% M). Anche

nell'Area dei Servizi la presenza femminile è in crescita significativa e predominante in: Radioterapia (79,0% F vs 13,3% M), Anatomia Patologica (70,3% F vs 23,4% M), Patologia Clinica (69,3% F vs 21,3% M), Anestesia e Rianimazione (64,6% F vs 35,2% M).

Nell'insieme, le Scuole di Specializzazione a maggioranza femminile sono 33 pari al 67,33% del totale (49), suddivise in 17 di Area Medica, 5 di Area Chirurgica, 11 di Area dei Servizi mentre le scuole che attraggono meno le dottoresse sono Cardiologia (58,2% M vs 36,1% F), Ortopedia (77,0% M vs 21,8% F), Urologia (75,3% M vs 23,8% F), Chirurgia Pediatrica (62,5% M vs 37,5% F), Cardiocirurgia (59,6% M vs 40,3% F), Chirurgia Plastica (56,5% M vs 39,1% F), Chirurgia maxillo-facciale (54,8% M vs 22,5% F), Neurochirurgia (52,5% M vs 44,6% F), Medicina Legale (51,3% M vs 45,9% F, Radiodiagnostica (50,6% M vs 46,9% F). [1]

Lo studio mette in luce un ulteriore fenomeno su cui riflettere vista la sua dimensione quantitativa e i risvolti che comporta: quello dei decaduti, cioè di coloro che pur avendo vinto il concorso per borsa di studio specialistica non hanno scelto la Scuola di specializzazione. Fra i «decaduti» vi è una forte prevalenza degli uomini (33,42%) rispetto alle donne (16,14%) nell'ultimo scaglione dei classificati [nella classifica per merito i primi scelgono Scuola di specializzazione e sede, gli ultimi ciò che resta sia come specializzazione che come sede]. Stante il particolare regolamento del concorso, le cause delle rinunce sono pertanto da attribuire all'insoddisfazione di non poter scegliere la tipologia di scuola preferita, al rifiuto di sedi ritenute disagiate e costose, all'indisponibilità ad effettuare scelte residuali. I «decaduti» contribuiscono purtroppo, con la loro non-scelta, a ridurre il già magro finanziamento alla formazione dei giovani medici e a inficiare parzialmente la programmazione della formazione specialistica. L'interessante studio suggerisce infine diverse riflessioni che partono dalla constatazione che sono in atto profondi processi di trasformazione nella società in generale e nella sanità, cambiamenti che investono anche le donne medico. Processi che è necessario capire e monitorare per governare le non poche problematiche che le donne medico saranno destinate ad affrontare in una società e una professione in rapida mutazione.

Referenze:

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7152015.pdf>

La scelta di carriera: dalle preferenze ai compromessi

Le scelte di sviluppo professionale dei giovani medici possono apparire ad una prima e superficiale visione piuttosto «erratiche» e dettate da fattori non immediatamente comprensibili se non con le logiche che hanno condotto i medici più anziani (come chi scrive) a scegliere questa o quella specializzazione: il caso o la necessità, l'occasione, la tradizione familiare, l'aspettativa di guadagno, per talune specialità maggiore di altre, l'inclinazione caratteriale, l'aspetto «romantico», la vocazione «missionaria» o «eroica». In realtà, a scavare a fondo nei numeri e aiutati anche dalla ricerca qualitativa (il tipo di ricerca che raccoglie informazioni relative alle motiva-

zioni, al pensiero e agli atteggiamenti delle persone), le scelte di carriera professionale delle giovani medico assumono contorni più definiti e «razionali». Le scelte delle donne vanno infatti correlate, per meglio essere lette, sia alle loro esigenze esistenziali, fatte di bisogni, di priorità e di obiettivi da perseguire, sia ai loro orientamenti sociali e culturali.

La scelta della carriera, che vale indipendentemente dal sesso, può essere pensata come un processo attraverso il quale l'individuo colloca se stesso all'interno di una mappa multidimensionale di scelte professionali, nella quale le dimensioni spaziali rappresentano le varie caratte-



ristiche dell'attività oggetto di scelta. Un modello teorico, proposto ormai un ventennio fa ma tuttora attuale e rispondente al caso (1) presuppone che le decisioni vengano prese dai singoli individui attraverso un processo in due stadi, che possono tra loro risultare sovrapposti e ripetersi più volte: un processo di *circumscription*, in cui si circoscrivono le proprie preferenze o le proprie avversioni nei confronti di campi specifici basandosi sui propri interessi, valutazioni e capacità e un processo di *compromise*, che realizza il «compromesso» tra le varie opzioni alla luce di considerazioni di ordine prevalentemente pratico.

La figura 1 individua i quattro quadranti che possono essere utilizzati per classificare le specializzazioni mediche: a sinistra si pongono le specializzazioni con un carico di lavoro programmabile o prevedibile (es. medicina interna, medicina di famiglia e consultoriale, medicina di laboratorio e anatomia patologica), a loro volte distinte dall'alto in basso in base alla differente predisposizione verso il contatto diretto alla persona piuttosto che l'approccio tecnologico-pratico. Sulla destra della mappa invece si posizionano le specializzazioni che prevedono un carico di lavoro meno pianificabile o prevedibile, a loro volta catalogabili dall'alto in basso in base alle caratteristiche «sociali» piuttosto che pratiche delle stesse: infatti nel quadrante in basso a destra si trovano le specialità d'urgenza con la loro tendenza alla tecnologizzazione e l'imprevedibilità del carico di lavoro. In generale le specializzazioni, sia quelle preferite che quelle poi intraprese dalle donne, si collocano nei quadranti di sinistra della mappa a due dimensioni, cioè nell'ambito delle specialità con un carico di lavoro programmabile, ed in particolare nel quadrante in alto a sinistra, quello ad orientamento altamente sociale e basato sul contatto interpersonale. Al contrario gli uomini si trovano relativamente raggruppati in basso a destra della mappa a due dimensioni, tra le specialità chirurgiche e mediche per acuti.

Referenze:

[1] Petrides KV, McManus IC. Mapping medical careers: questionnaire assessment of career preferences in medical school applicants and final-year students. BMC Med Educ. 2004;4:18. Published 2004 Oct 1. doi:10.1186/1472-6920-4-18

Obbligo formativo ECM

La Commissione Nazionale per la formazione continua nel 2019 ha deliberato la concessione di un **bonus di 30 crediti** per la costruzione del dossier formativo **per il triennio 2017- 2019** eseguito dalla nostra federazione (FNOMCeO) per tutti gli iscritti agli Albi, medici e odontoiatri, ciò significa che ciascun iscritto agli Albi, medico e odontoiatra, ha acquisito automaticamente i 30 crediti ECM previsti, utili per l'attuale triennio 2017-2019.

La Commissione Nazionale ha altresì stabilito di mantenere l'obbligo formativo, pari a **centocinquanta crediti, per il triennio 2020-2022** e di consentire l'acquisizione dei crediti formativi relativi al triennio 2017-2019 sino al 31 dicembre 2020.

Attualmente, pertanto, ferma restando l'applicazione di quanto già disciplinato, la normativa ECM prevede per:

- **Triennio 2014 – 2016 e Triennio 2017 - 2019:** il recupero dei crediti mancanti sarà consentito fino al 31 dicembre 2020 ed il conseguente spostamento dovrà essere effettuato dal medico o dall'odontoiatra sul sito CoGeAPS;
- **Triennio 2020 – 2022:** l'acquisizione dei crediti formativi stabiliti, pari a 150 salvo esoneri, esenzioni e altre riduzioni, dovrà essere conseguita entro il 31 dicembre 2022.

Avvisiamo che il professionista, nel verificare la propria situazione ECM nella banca dati del CoGeAPS (www.cogeaps.it) potrebbe riscontrare delle incongruenze dei crediti registrati in quanto ancora presenti delle difficoltà tecniche in fase di risoluzione. In particolare potrebbero non essere aggiornati i dati dei crediti ECM conseguiti come bonus per il dossier formativo (risultano essere ancora 10, come prevedeva la precedente normativa) e i dati dei neo-iscritti potrebbero non essere presenti.

Entrambe le criticità saranno sanate a breve non appena si sarà concluso il processo di aggiornamento delle anagrafiche nel sistema CoGeAPS, attualmente in fase di lavorazione.

QUOTE ISCRIZIONE ALBI RUOLI 2020

Il Consiglio Direttivo, nella seduta del 27 gennaio 2020, ha deliberato che le quote di iscrizione agli Albi Medici Chirurghi e Albo Odontoiatri per l'anno 2020 non subiscano aumenti rispetto a quelle emesse per l'anno 2019, mantenendo la quotazione invariata da molti anni.

Albo Medici - € 160,00 (quota Ordine € 137,00, quota Fnomceo € 23,00)

Albo Odontoiatri - € 160,00 (quota Ordine € 137,00, quota Fnomceo € 23,00)

Doppi iscritti - € 297,00 (quota Ordine € 274,00 quota Fnomceo € 23,00)

Elenco Speciale STP (Società Tra Professionisti) - € 320,00 (quota Ordine € 297,00 quota Fnomceo € 23,00).

Riduzione quota per neo-iscritti anno 2020

Nell'espletamento delle funzioni relative all'aggiornamento dei Colleghi e nell'ottica di fornire il

corso Bisd ai neo-laureati, il Consiglio ha deliberato di ridurre la quota del primo anno di iscrizione del 50% in modo tale che l'importo risparmiato possa essere utilizzato dal medico e dall'odontoiatra per effettuare il corso di Bisd presso la struttura di loro gradimento.

Neo-iscritti anno 2020 Medici e Odontoiatri € 80,00 (quota Ordine € 57,00, quota Fnomceo € 23,00).

Riduzione quota per genitorialità

Il Consiglio, attribuendo grande valore alla genitorialità, ha deliberato altresì di ridurre la quota di iscrizione a € 23,00 (versamento annuale obbligatorio che l'Ordine deve effettuare per ogni iscritto alla Fnomceo) anziché € 160,00 per l'anno successivo alla nascita o adozione di un figlio.

La richiesta dovrà pervenire all'Ordine entro il 31 dicembre dell'anno di nascita o adozione e sarà pertanto adottata la riduzione nell'anno successivo. Qualora i genitori siano entrambi medici o odontoiatri iscritti all'Omceo di Rimini la riduzione della quota potrà essere usufruita solo da uno dei genitori.

Riduzione quota per situazioni di gravi malattie e/o gravi situazioni economiche anno 2020

Il Consiglio delibera inoltre di valutare eventuali possibili sgravi delle quote ordinarie nel caso pervenga da parte dell'iscritto affetto da gravi patologie e in condizioni economiche precarie richiesta di esonero.

Gli avvisi di pagamento PagoPA delle quote deliberate saranno inviati via mail agli iscritti nel mese di febbraio con scadenza di pagamento 31 marzo 2020. Ogni iscritto riceverà un avviso PagoPA contenente **un codice IUV di 15 cifre** che identificherà la situazione e che **gli consentirà di pagare dove riterrà più opportuno (Banche, sportelli/tabaccherie Sisal, Lottomatica, con carte di credito, sul sito del nostro Ordine cliccando sul logo "PagoPA")** potendo preventivamente confrontare le commissioni che ognuno di questi soggetti applicherà.

Medicina di genere



MEDICINA DI GENERE
Centro di Formazione OMCeO Rimini

Le differenze di genere nelle dipendenze patologiche. Dal convegno "Che genere di cervello?" 11 maggio 2019 (II parte)

Con "CHE GENERE DI CERVELLO?" l'11 maggio scorso si è concluso il programma formativo 2019 "La Medicina di Genere: una medicina su misura" promosso dal Centro di Formazione in Medicina di Genere. Nella seconda parte del convegno sono intervenuti **Liana Fattore** (neurofarmacologa, Senior research scientist Ist. Neuroscienze CNR Cagliari), **Maria Caterina Staccioli** (Responsabile Centro Dipendenze Alcol-fumo Rimini) e **Teo Vignoli** (medico Sert Lugo).

Liana Fattore, nel confermare l'assodata diversa prevalenza di disordini neurologici e neuropsichiatrici uomo/donna, ha analizzato **il consumo e i determinanti le tossicodipendenze nei sessi** (fermo restando che, negli studi, prevalgono i soggetti maschi).

SOSTANZE IN GENERALE

UOMINI	DONNE	ADOLESCENTI	TEST su ANIMALI
<p>Uso maggiore di alcol (53.6 vs 40.2 %); sigarette (35.2 vs 23.9 %); sostanze illecite (7.7 vs 5.0 %).</p>	<p>Generalmente iniziano a usare sostanze più tardi e per motivi diversi; sono influenzate dal partner; mostrano maggior incidenza di comorbidità psichiatrica.</p>	<p>Le differenze sono molto meno evidenti, sta riducendosi la differenza tra i ragazzi e le ragazze che fumano marijuana; per i cannabinoidi sintetici più bassa è l'età minore è il gap tra sessi.</p>	<p>Differenze sesso-specifiche: in tutte le fasi del ciclo della tossicodipendenza. Le femmine assumono più velocemente comportamenti di autosomministrazione (cocaina, eroina, nicotina) con quantità di droga > ai maschi.</p>

Nelle donne che abusano di cocaina od oppioidi, che fumano marijuana o bevono alcolici si osserva **l'EFFETTO TELESCOPIO** ossia la veloce transizione da un uso occasionale e controllato della sostanza a un uso "fuori controllo" (binge). Dopo aver assunto una droga, le **donne** aumentano la frequenza di assunzione e sviluppano dipendenza più velocemente degli uomini; quando le donne entrano in terapia disintossicante di solito presentano un profilo clinico peggiore degli uomini, nonostante utilizzino la droga da meno tempo.

SOSTANZE “LEGALI” IN GENERALE

UOMINI	DONNE
Bevono e fumano istigati da amici, per curiosità o semplice piacere; bevono possibilmente al bar e in compagnia; acquisiscono maggior consapevolezza del loro problema di dipendenza; resistono maggiormente alle ricadute all'abuso.	Bevono e fumano per vincere lo stress e combattere la depressione; bevono generalmente da sole e in casa; sviluppano più facilmente dipendenza fisica e psicologica; sperimentano un <i>craving</i> maggiore.

Sull'abitudine al FUMO è quasi azzerato il divario di genere

Le donne sono più vulnerabili agli effetti dannosi del fumo, circa il 30% delle fumatrici sviluppa dipendenza; hanno più difficoltà a smettere (sviluppano *craving* più intenso per la sigaretta); in genere rispondono meno alle terapie comportamentali e farmacologiche (*Perkins, 2001*); rispondono meglio alle terapie di disintossicazione se prima vengono curati gli aspetti psicosociali e risolte, o almeno attenuate, preesistenti problematiche; hanno sintomi depressivi più intensi durante l'astinenza da nicotina con maggior rischio di ricadute.

Sul consumo di ALCOL, le donne tendono a bere meno alcol degli uomini, ma tendono a soffrire di più per le conseguenze nocive dell'abuso di alcol e mostrano deficit motori e cognitivi più gravi per ingestione di quantità minori di alcol.

Nella donna bevitrice, il rischio di insorgenza di cirrosi, cancro allo stomaco, disturbi cardio-vascolari rispetto a chi non beve, è maggiore che nell'uomo e aumenta con l'aumentare del consumo di alcol. Le donne sono più restie a entrare nei gruppi di aiuto e nei programmi di disintossicazione; difficilmente sono sostenute dai loro compagni/mariti nella loro ricerca di aiuto e assistenza; sono spesso depresse, assumono psicostimolanti e riportano maggiori problemi personali e familiari.

L'USO DI SOSTANZE (TOSSICODIPENDENZA)

La tossicodipendenza costituisce una malattia cronica e recidivante del cervello caratterizzata dalla ricerca e uso compulsivo di droghe, nonostante le conseguenze dannose.

Sostanza	Donne	Uomini
In generale	Molto diverse possono essere le motivazioni che inducono all'uso di sostanze nei due sessi. Le sostanze modificano spesso irrimediabilmente le capacità cognitive, quindi il comportamento e le emozioni	
Cocaina	più frequente utilizzo e maggior rischio ricadute	periodi più lunghi tra un'assunzione e l'altra
Eroina	> <i>craving</i> e conseguenze mediche più gravi	minori problematiche personali e sociali

Metamfetamina	riportano spesso sintomi psichiatrici	iniziano la prima volta in età maggiore
Marijuana	più sensibili a effetti sulla memoria visiva/spaziale	più sensibili a effetti soggettivi/cardiovascolari

Le diversità nell'(ab)usare sostanze e sviluppare dipendenza può essere correlata al dimorfismo sessuale cerebrale? Cervello maschile e femminile reagiscono diversamente alle sostanze d'abuso?

LE DIFFERENZE SESSO-SPECIFICHE

1.Struttura & morfologia del cervello	DIMENSIONI Cervello maschile circa 10% più grande e circa 11-12% più pesante del femminile. PESO Cervello adulto maschile= 1350 kg Femm.le= 1200 kg	VOLUME Donne > <i>Corteccia paralimbica frontale e mediale.</i> Uomini > <i>Corteccia frontomediale, amigdala e ipotalamo</i>	SISTEMA LIMBICO Donne in media lo hanno più voluminoso (ippocampo) e hanno maggior empatia. Gli uomini hanno più attiva l'area ventrale del tegmento (VTA).
2.Neurochimica & Neurotrasmissione	DOPAMINA La trasmissione dopaminergica sembra simile, ma la donna tende a < livelli di DA e > livelli di metaboliti DA, i.e. acido omovanillico (HVA), acido 3,4-diidrossi-fenilacetico (DOPAC) (<i>Pohjalainen et al. 1998; Devaud et al. 1999</i>).	GLUTAMMATO Le diverse risposte all'alcol sembrano dovute ai vari meccanismi di neuro-adattamento del recettore NMDA maschili e femminili. (<i>Devaud and Morrow 1999; Johnson 2005</i>)	GABA Differenze sesso-specifiche emergono nella diversa sensibilità di maschi e femmine a composti attivi sui recettori GABAergici.

<p>3. Connettoma (mappa comprensiva delle connessioni neurali nel cervello)</p>	<p>Maschi (sopra) > connettività INTRA-emisferica (=miglior coordinamento percezione/azione?) Femmine (sotto) > connettività INTER-emisferica (miglior integrazione processi analitici/intuitivi?). Il cervelletto (controllo motorio) dei maschi mostra miglior connessione interemisferica. [Tunç et al., 2016: "Increased structural connectivity in sub-networks associated with motor, sensory and executive function sub-networks" (M) and social motivation, attention and memory tasks (F)].</p>
<p>4. Ormoni sessuali</p>	<p>Gli steroidi hanno ruolo chiave nel comportamento. In molte aree cerebrali sono presenti recettori per gli estrogeni che: si legano a specifici recettori steroidei nel citoplasma e nel nucleo; alterano l'eccitabilità della membrana, la sensibilità ai neurotrasmettitori e il rilascio di neurotrasmettitori; modulano le funzioni di svariati enzimi e recettori canale.</p>

IN CONCLUSIONE

- **Differenze sesso-specifiche sono ampiamente dimostrate nell'abuso di sostanze e altre dipendenze comportamentali;**
- **Gli ormoni sessuali sono tra i principali responsabili di tali differenze;**
- **Le differenze di sviluppo e di organizzazione del cervello contribuiscono notevolmente alle differenze di genere.**

Maria Caterina Staccioli, nel suo intervento "CERVELLI SPIRITOSI...", ha presentato la proposta dello studio osservazionale che sarà condotto presso il Centro Dipendenze Alcol-fumo di Rimini, ideato e promosso dal nostro Centro di Formazione in Medicina di Genere. Ha poi mostrato la nuova classificazione della dipendenza, che da categorie *abuso* e *dipendenza da sostanze* del vecchio DSM-IVTR (Manuale diagnostico dei disturbi mentali) sono state comprese nella dizione "*Disturbo da uso di sostanze*" (da lieve a grave). Tra i sintomi è stato aggiunto il *craving* (forte desiderio di utilizzare la sostanza) ed eliminato il criterio sui problemi legali ricorrenti. Tre i livelli di severità applicabili a tutti i disturbi da sostanze: lieve se vi sono 2-3 sintomi, moderato se 4-5, severo > 6.

Ha poi sottolineato come l'alcolismo si presenti con maggior gravità nel genere femminile in relazione ad alcune caratteristiche che rendono l'etanolo più nocivo nella donna. Ad es. maggior percentuale di grasso e minore massa muscolare, minor quantità di acqua, minor efficacia nei processi di eliminazione-metabolismo, interferenza con contraccettivi e ipnotici sedativi tranquillanti, carenza di alcol-deidrogenasi.

1) Donne: consumo privato, contro stress e sintomi depressivi; effetti: ansia, depressione.
2) Uomini: consumo pubblico, ricerca di piacere/socializzazione; effetti: aggressività, violenza.
 Staccioli ha poi presentato alcuni ritratti dell'odierno alcolista che non è più il classico 'barbone' maschio! Un buon titolo di studio (ancor più nelle donne), professione e apparenza 'normale' nascondono un vissuto che emerge solo in una attenta rassegna della storia personale. Alcuni **casi esemplari**, come "Zaino", "Speranza", "Cleopatra" e "Avventuriero" mostrano come alle spalle vi siano situazioni e contesti drammatici fatti di violenze, soprusi e molto altro. La descrizione di Stac-

cioli, il cui obiettivo è favorire una nuova modalità di lettura della patologia da parte del Medico di medicina generale, è terminata con una frase che già Ippocrate diceva: "è più importante sapere che tipo di persona ha quella malattia piuttosto che sapere che tipo di malattia ha quella persona".

Teo Vignoli del SERT di Lugo (RA) ha presentato i dati sul consumo di alcol nell'Area Romagna (vedi su <http://salute.regione.emilia-romagna.it/sanita-pubblica/sorveglianza/passi-er>; Scheda-PASSI_Alcol_ER_1518.pdf) e fornito indicazioni su come approcciare il paziente, quando sospettare l'abuso di alcol e come fare un rapido screening basato su TRE DOMANDE.

IL MODELLO: TRE DOMANDE PER TRE SEMPLICI INFORMAZIONI ANAMNESTICHE

- **Con che frequenza le capita di bere? (nella settimana)**
- **Quando beve, quanto le capita di bere? (in quella giornata)**
- **Ogni quanto le capita di bere almeno 5 (uomo)/4 (donna) unità alcoliche insieme?**

PENSARE SEMPRE all'eventuale abuso di alcol e fare un'ANAMNESI ALCOLOGICA prima di prescrivere terapie/esami/visite in presenza di:		
<p>Apparato gastroenterico</p>	<p>Reflusso GE / Dispepsia / Gastrite / Steatosi-Cirrosi Epatica / Pancreatite / Alvo diarroico / Emorroidi</p>	<p>Prima di dare inibitore di pompa o antiacido e di visita gastroenterologia</p>
<p>Apparato cardiovascolare</p>	<p>Ipertensione arteriosa / cardiopatia / ischemia / scompenso cardiaco / aritmie cardiache / Tia e Ictus cerebrale / Cardiomiopatia alcolica</p>	<p>Prima di antipertensivo, diuretico e di visita cardiologica</p>
<p>Neurologia</p>	<p><u>Neuropatia periferica:</u> seconda neuropatia dopo la diabetica Disestesie / Parestesie ai piedi e alle gambe / Burning / Marcia instabile (inciampo o traballo) / Sensazione di toccare male il pavimento di avere della colla sotto i piedi / Disturbi della forza distale / Iporefflessia profonda / Difetto sensibilità vibratoria (diapason) / Alterazioni tatto-puntorie e termiche <u>Disturbi neuro-cognitivi:</u> Funzione e esecutiva / Memoria / Apprendimento</p>	<p>Prima di dare vitamine, dell'EMG, della visita neurologica, dell'ipotesi di iniziale involuzione</p>

Endocrinologia	Osteoporosi / Fratture (cadute) / Infezioni recidivanti / Disordini tiroidei Maschi Riduzione testosterone e aumento prolattina con rischio di: Declino della libido / Impotenza / Oligospermia / Ginecomastia / Atrofia testicolare Femmine Riduzione estrogeni e progesterone e aumento androgeni surrenalici e prolattina con rischio di: Declino della libido / Dispareunia / Irregolarità mestruali / Anovulazione	Prima di calcio e vit D; Prima di eutirox o visita endocrinologica; Prima del chalis o del viagra; Prima di visita andrologica
Tumori	Tumori del Cavo Orale / Laringe / Faringe / Esofago / Stomaco / Colon-Retto / Fegato / Mammella	Prima della diagnosi (nei pazienti con bere a rischio elevato, familiarità o co-fattori di rischio)
Disturbi psichiatrici	Disturbi dell'umore / Disturbi psicotici / Disturbi d'ansia / Insonnia / Disturbi di personalità	Prima di benzodiazepine, antidepressivi, visita psichiatrica
Gravidanza e sindrome feto-alcolica	Cosa rispondereste a una madre che chiede se può mettere un bicchierino di marsala nel latte del biberon?	Il feto subisce un'alcolemia analoga quando la madre normopeso beve 1- 2 bicchieri di vino!

Un possibile approccio al paziente con sospetto abuso di alcol ...

- **“Ci sono alcune abitudini, stili di vita che possono funzionare e andare bene per un periodo della nostra vita ma che in alcune situazioni è importante modificare...”**
- **“Le va di ragionare qualche minuto sulle sue abitudini alimentari, di attività fisica e svago?”**
- **“Lo sa che l’OMS ha definito i limiti per un consumo a basso rischio di alcol?”**
- **“Se questo è il suo obiettivo le consiglio di prendere un mese dal calendario e per 30 gg segnare quante unità alcoliche assume. Poi se vuole ne riparlamo...”**
- **“Conosco un collega che si occupa di alcol e patologie collegate che potrebbe farle una consulenza gratuitamente...”**

Antonella Chiadini



di Laura Baffoni

Dalla letteratura scientifica. Focus on

“Gender differences among Swedish COPD patients: results from the ARCTIC, a real-world retrospective cohort study”. Lisspers et Al, Primary Care Respiratory Medicine, 2019;
“Gender differences in chronic obstructive pulmonary disease: an analysis of hospitalization indicators” Ambrosino et Al, Italian Journal of Medicine, 2019.

La malattia cronica ostruttiva polmonare (COPD) è una patologia frequente, gravata da una elevata mortalità (rappresenta la terza causa di morte nel mondo) e la presenza di comorbidità come la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco e il diabete mellito aumenta sia il rischio di riacutizzazioni e di ospedalizzazione sia la mortalità per tutte le cause. Fino a venti anni fa era una malattia che mostrava una netta prevalenza nel sesso maschile ma negli ultimi 20 anni si è osservato un incremento della incidenza e della prevalenza nel genere femminile.

Il primo studio preso in esame è lo studio ARCTIC, uno studio retrospettivo di coorte condotto in 52 centri di cura primaria che utilizza i dati di vita reale raccolti dal 2000 al 2014. Sono stati studiati 17.479 pazienti affetti da COPD e 84.455 soggetti di controllo, bilanciati per età e sesso, senza una diagnosi di COPD; queste coorti sono state osservate per un periodo di 12,4 anni, in media. L'ampiezza del campione studiato, l'utilizzo degli ambulatori di base come osservatorio e l'aver utilizzato i dati del “mondo reale”, sono i principali punti di forza del lavoro di Lisspers et al. Nella coorte dei soggetti affetti da COPD le donne erano più numerose degli uomini (54.4% vs 45.6%), più giovani (68.19 vs 68,87) e con un più basso indice di Charlson di comorbidità (1.62 vs1.78). Alla fine dello studio dei 17.479 soggetti affetti da COPD il 34.5% aveva una diagnosi di asma associata (pari a 6026 pazienti); nel gruppo che aveva una diagnosi di asma prima della diagnosi di COPD, le femmine erano significativamente più numerose (12,3% vs 9,4%) ed è probabile, secondo gli Autori, che prima dello studio molte donne con COPD siano state diagnosticate come asmatiche; comunque durante gli anni di osservazione la proporzione di nuove diagnosi di asma si è significativamente ridotta in entrambi i generi e ciò potrebbe essere espressione di una migliorata capacità diagnostica di COPD.

La presenza di comorbidità era maggiore nel gruppo COPD rispetto ai non COPD, e alcune mostravano una prevalenza correlata al genere: l'asma, l'osteoporosi, le fratture, la depressione, l'ansia e l'artrite reumatoide erano più frequenti nella popolazione femminile, mentre le malattie renali, il diabete tipo I e II e le malattie cardiovascolari avevano una prevalenza maggiore negli uomini; nessuna differenza di genere per i polipi nasali, la demenza, l'iperlipemia, i tumori e in specifico i tumori del polmone.

Durante il periodo di *follow up* la popolazione femminile COPD ha presentato un maggior numero di

esacerbazioni e la valutazione del tempo intercorso tra l'arruolamento del paziente e la prima esacerbazione mostrava che le donne avevano un rischio di riacutizzazione precoce del 12% più alto. Secondo gli Autori ciò è probabilmente dovuto alla maggior iper-reattività bronchiale nelle donne che è un predittore significativo di declino della funzione polmonare ed è in parte dovuto alla maggiore suscettibilità agli effetti nocivi del fumo nelle donne. In linea con ciò le donne mostravano un maggior numero di ospedalizzazioni e visite per esacerbazioni dovute alla COPD, mentre la prevalenza dei ricoveri e delle visite ambulatoriali era maggiore negli uomini quando si valutavano tutte le cause. Anche la prescrizione e l'utilizzo di farmaci per la COPD era maggiore nelle donne e secondo gli Autori ciò era dovuto al maggior numero di esacerbazioni, alla maggiore prevalenza di asma (per tale motivo le donne erano maggiori consumatrici rispetto agli uomini di corticosteroidi – ICS – e di inalatori LABA/ICS), alla maggior espressione dei sintomi respiratori e alla peggiore qualità di vita. L'analisi della mortalità mostrava che dal momento della diagnosi le donne vivevano in media 2 anni di più degli uomini (11.1 vs 9 anni); la mortalità era significativamente maggiore negli uomini (45% vs 38%) quando si consideravano tutte le cause (la mortalità per neoplasie e malattie del sistema cardiocircolatorio era significativamente maggiore negli uomini), mentre non mostrava differenze se si valutava la mortalità per la sola COPD. Infine, per quanto riguarda i costi sanitari, nel 2013 quelli diretti erano lievemente maggiori negli uomini (11.054 vs 10.173 euro), mentre l'analisi dei costi indiretti (valutata come perdita di reddito comparata con il reddito della popolazione di riferimento) ha mostrato che era maggiore nei pazienti maschi rispetto alle donne (13.995 vs 8711 euro/anno); tale differenza in gran parte riflette il reddito maggiore della popolazione

maschile rispetto a quella femminile. Il secondo lavoro analizzato, pubblicato sull'*Italian Journal of Medicine*, mostra una fotografia della COPD in una regione italiana: la Puglia. Ambrosino et al. hanno valutato le differenze di genere nei pazienti ricoverati per COPD attingendo ai dati riportati nel data base degli archivi delle dimissioni ospedaliere in Puglia dal 2005 al 2016, arruolando tutti i Pz che alla dimissione avevano come prima diagnosi la COPD con esacerbazioni (COPD-E) e senza esacerbazioni (COPD-NE) con codice ICD9-CM rispettivamente 491.21 e 491.20. Dei 93.638 pazienti così arruolati, quelli con COPD-E erano 74.007, vi era una netta prevalenza maschile (gli uomini erano 61.888 pari al 66.1%), ma tale prevalenza non si è mantenuta costante nei 12 anni studiati, infatti si è passati dal 68.1% del 2005 al 61.1% del 2016; quindi si è osservato un importante calo del rapporto maschi:femmine che è passato da 2,1:1 del 2005 a 1,6:1 del 2016. Secondo gli Autori questa "femminilizzazione" della COPD è innanzitutto dovuta al fumo di sigaretta, infatti l'abitudine al fumo è aumentata nelle donne durante il periodo di osservazione; a questo si potrebbe aggiungere una maggiore suscettibilità agli effetti del fumo, per spiegare lo sviluppo di COPD più severo, ad una età più giovane e con dosi più basse di tabacco, rispetto al sesso maschile; nel periodo considerato, anche l'attività lavorativa delle donne si è modificata, avvicinandosi a quella degli uomini, e questo ha comportato un incrementato rischio di esposizione agli inquinanti degli ambienti di lavoro, mentre invariata restava l'esposizione agli inquinanti *indoor*, specifica delle donne. Inoltre nei 12 anni si è osservato un importante calo dei ricoveri per COPD perché nella regione Puglia si è incoraggiato il trattamento domiciliare della COPD potenziando i servizi di base; infatti i ricoveri sono passati dai 13.728 del 2005 (COPD-E 10893, COPD-NE 2835) ai 2.293 del

2016 (COPD-E 1783, COPD-NE 510). Lo studio conferma che la presenza di comorbidità modifica significativamente i costi e la prognosi dei pazienti e, a questo riguardo, le differenze di genere sono particolarmente marcate con una maggiore prevalenza nel sesso femminile di tutte quelle considerate (ansia e depressione, diabete, fibrillazione atriale, obesità, osteoporosi, scompenso cardiaco) ad eccezione dell'ipertensione. Nel periodo considerato è aumentata l'età media dei ricoverati sia di sesso maschile che femminile, rimanendo comunque più elevata l'età media delle donne e, poiché le donne vivono mediamente più a lungo, la maggior prevalenza di donne fra i ricoverati per COPD si osservava

soprattutto nei reparti geriatrici. La durata della degenza si è ridotta negli anni ma quella delle pazienti donne resta mediamente più lunga; dai dati riportati nella SDO l'utilizzo dei farmaci respiratori è meno frequente nelle donne in tutti i reparti e in tutti gli anni presi in esame. I due studi si differenziano soprattutto per il punto di vista utilizzato; la medicina di base nello studio svedese e gli ospedali nello studio pugliese, e questo giustifica alcune delle differenze riscontrate. Ciò nonostante da ambedue gli studi emerge chiaramente la crescente rilevanza della COPD nel sesso femminile e alcune differenze di genere nella espressione e nella gestione di questa patologia.

Medici ma non solo



di Franco Magnoni

La fantasia della carità

Il Buon Samaritano non è ancora sparito dalle strade del mondo 2020 anni orsono. Gira ancora, non neghiamo, aggiornato nell'abbigliamento, nel mezzo di trasporto ma sopra tutto nel metodo, nella mentalità; il "samaritarismo", dove sopravvive, si è affidato all'Organizzazione. Cosa farebbe il "buon Samaritano 2020" di fronte a quel tal uomo giacente, a quel prossimo sconosciuto che si parasse davanti alla sua corsa, pressato da impegni, appuntamenti, scadenze indifferibili? Penso non tirerebbe diritto, si fermerebbe. Ma, potrei giurarlo, appena il tempo indispensabile per affidarlo alla competente organizzazione voluta dalla società per provvedere a quel "servizio". Perché, non fare così? O forse non esistono - a merito e gloria della nostra civiltà - pronti soccorsi, ospedali di traumatologia, dispensari, luoghi pii, enti morali, "protezione della giovane", istituti, orfanotrofi, case di riposo, perfino club di consolazione per zitellone e scapoli solitari ancora speranzosi di trovare un compagno per i propri giorni? Il tempo perso a stendere la vittima sulla propria cavalcatura, di versare l'olio e il vino sulle piaghe, il samaritano del 2020 non potrà gustarlo mai e meno ancora il privilegio di tornare sui propri passi a rivedere la vittima soccorsa, ora sistemata in una sordida pensioncina, e leggere nei suoi occhi il sentimento di gratitudine. La tristezza dei nostri tempi in rapporto al sentimento del prossimo non è tanto un calare della buona volontà nel soccorrere ma piuttosto l'appiattimento frettoloso dell'atto del soccorso, come è di moda oggi, l'alienazione dell'atto di amore verso gli altri. Possiamo essere buoni samaritani per qualche giorno all'anno, forse a Natale e a Pasqua ma anche allora chiediamo alle organizzazioni i compiti che il Padreterno, o semplicemente la coscienza affidano al segreto della nostra sensibilità. Penso che in un prossimo futuro creeremo, per non trascurare nessun aspetto della carità, una confraternita di mani per accarezzare i capelli agli orfani in ogni provincia, oppure una sorta di salotto dove raccontare barzellette esilaranti ai vecchietti degli ospizi. La Chiesa, grande madre dei dolenti, aveva nei suoi ammaestramenti suggerito di dar da mangiare agli affamati, da bere agli

assetati, vestire gl'ignudi, alloggiare i pellegrini, visitare gli infermi e i carcerati e seppellire i morti. Poi, ancora più difficile, consigliare i dubbiosi, insegnare agli ignoranti, consolare gli afflitti, perdonare le offese, sopportare pazientemente le persone moleste, pregare Iddio per i morti e per i vivi. Queste decise parole la nostra prosopopea di uomini le ha relegate in soffitta, dove si sono ammucchiate sotto una spessa coltre di polvere. Dovrebbero essere invece il galateo dell'anima se non si vuole inaridire, conformemente a quanto disse San Giovanni in un continuo occuparsi e prendersi cura del prossimo: "Come puoi amare Iddio che non vedi, se prima non ami il tuo prossimo che vedi"? "Ama il tuo prossimo come te stesso" è un comandamento geniale e paradossale ma poi, è il modo buono, il modo giusto d'amare? Mi viene da pensare a come noi ci amiamo, morbosamente e fanaticamente in una scala di negatività che va dal grigiore della sopportazione di noi stessi, fino al suicidio. Ma i cosiddetti buoni sanno che Dio, che ha diritto a tutto, non ha bisogno di nulla, mentre il nostro prossimo ha bisogno, e sempre, di tutto. I Santi faranno tutto per il prossimo con quella scintilla che si chiama amore e con una cosa che all'amore immancabilmente si associa, la fantasia. Questa fantasia, i Santi l'hanno messa nell'umile bicchiere d'acqua da offrire al passante accaldato, così come nelle forme più sbalorditive, padre Massimiliano Kolbe, il polacco francescano, che ad Auschwitz si offrì per andare a prendere il posto di un padre di famiglia, destinato al bunker della fame e della sete. Allora bisogna amare gli altri come Cristo ci ama ed amare tutti gli altri in Lui, un prossimo verso il quale non si pongono problemi di attrito, di litigi, e d'eredità. Per chi accetti il colloquio con i Santi sarà chiara la scelta fra le opposte definizioni che dell'Inferno hanno dato due liberi spiriti, che hanno avuto molti seguaci su strade diverse, "L'Inferno sono gli altri", ha scritto Jean Paul Sartre; "L'Inferno è non amare più", ha scritto Georges Bernanos.

Recensioni



di Gianni Morolli

Bassa marea di Enrico Franceschini ediz. Rizzoli

Si potrebbe definire amici miei 45 anni dopo, ma è un romanzo, non un film.

Un giallo ambientato dalle nostre parti, una riviera fuori stagione, con quattro amici bolognesi alle prese col mistero di una ragazza straniera, trovata sulla spiaggia, più morta che viva. I riferimenti sono reali, come il ristorante di Cesenatico o quello di Fiorenzuola di Focara. 40 i capitoli, ognuno col titolo ed un motivo suggerito per colonna sonora. Dal numero uno, "Sono gli slip", immaginato sulle note di Tequila Sunrise degli Eagles, all'ultimo, "Sei un bel bagaglio", su quelle di Goodnight Irene di Clapton, attraversando nella lettura capitoli come "Cippa-Lippa" o "Sardoncini al pomodoro" e le musiche dei Ramones e dei Doors.

L'autore Enrico Franceschini, corrispondente estero di un grande quotidiano, dopo una nostra giornata a cercare soluzioni, a volte impossibili, per i nostri pazienti, ci permette di lasciarci andare nella lettura di questa avventura sul filo della tragedia e della lullonaggine di vitelloniana memoria. Tra i protagonisti, anche Danilo Baroncini, detto il barone, che qualcuno di noi ha conosciuto come primario gastroenterologo di Pesaro, purtroppo prematuramente scomparso.

Buona lettura quindi, mentre per mangiare del buon pesce in compagnia dei personaggi del romanzo, l'appuntamento è a Cesenatico da...



di Maurizio Della Marchina

ETRUSCHI Viaggio nelle terre dei Rasna

Questa splendida esposizione, che si tiene dal 7 dicembre 2019 al 24 maggio 2020, presso il Museo Civico Archeologico di Bologna, si dipana come un affascinante itinerario attraverso le terre e la civiltà degli Etruschi, percorrendo i momenti e presentando le memorie più significative di questo popolo vissuto nell'Italia antica.

Due sono, a grandi linee, le sezioni in cui si può dividere la mostra, di cui la prima rappresenta una fase di preparazione che vede esposti oggetti e contesti caratterizzanti il mondo dei Tirreni, mentre il viaggio attraverso la civiltà etrusca in senso stretto, che costituisce la seconda, ci permette di avere una vera e propria panoramica dei territori, dei rapporti con le altre genti italiche, dei commerci e delle relazioni di questo popolo con il mondo mediterraneo circostante.

Un'altra peculiarità di questa esposizione è quella di effettuare un tentativo di fornire una visione il più possibile unitaria di un popolo ed una storia spesso considerati e studiati in maniera troppo disgiunta e frastagliata.

Consideriamo, ad esempio, il problema delle origini degli etruschi, tanto dibattuto fino dai tempi antichi, ed ora spiegato non con la migrazione di un singolo popolo, ma con l'influsso che genti di provenienza orientale possono aver avuto sulla formazione e sullo sviluppo linguistico di per sé affine a quello dell'isola di Lemno, giungendo alla conclusione della formazione di un'ethnos prodottosi progressivamente per l'apporto di gruppi di genti "del mare" durante il periodo del bronzo finale. Nonostante la civiltà etrusca si sia sviluppata da centri topograficamente ben individuati, tuttavia essa pare manifestare una peculiare unità, quasi con caratteristiche "nazionali" omogenee e caratterizzata dalla presenza di due "tesori" siti nei santuari di Delfi e di Spina, a rimarcare il fatto che questo popolo controllava i "due mari", il Tirreno e l'Adriatico, come affermato ai suoi tempi da Tito Livio.

Nell'approccio storico al mondo dei Tirreni uno snodo importante è il passaggio dell'organizzazione della loro società dagli aristoi al demos, forse attraverso la fase della tirannide, con conflittualità ed evidenti contrasti.

Questo percorso è particolarmente evidente nei monumenti funebri di Cerveteri e nei templi di Pyrgi, esprimendo così tratti più nazionali e meno influenzati da influssi, anche architettonici, esterni. Un aspetto peculiare della società etrusca è inoltre rappresentato dalla precocità del fenomeno urbano che costituisce un elemento fortemente caratterizzante sotto il profilo storico ed archeologico e che si manifesta già dalla prima età del ferro (X - XI secolo) con l'emergere della cultura villanoviana.

La grande storia degli Etruschi ha decisamente inizio con la formazione ed il popolamento di cospicui agglomerati urbani che tende a modificare l'assetto demico del periodo del Bronzo Finale.

Dalla terminologia Rasna che stava a definire quella parte di popolazione atta alle armi, consegue quella della città-stato nella parte più strettamente giuridico-istituzionale della propria essenza.

Da qui, per estensione, è derivata la definizione di Rasenna (Dionigi di Alicarnasso), con stretta connessione del nomen di questo popolo ed il suo legame con le altre realtà urbane strutturate nelle confederazioni delle dodici città-stato.

Del resto, quando gli etruschi si stanziarono al di fuori dell'Etruria "propria", dirigendosi verso la

Campania o la pianura padana, la loro cifra distintiva fu l'organizzazione imperniata sulle città e la strutturazione in centri urbani.

Importante, poi, il risvolto culturale e religioso del mondo etrusco, con edificazione dei templi dapprima nei pressi o nel contesto dei palazzi principeschi ed in seguito vicino alle mura urbane, quasi al servizio dell'intera comunità, a proteggerla o difenderla da eventuali minacce avverse.

Di grande importanza nella società dei Tirreni è poi stato il loro rapporto con gli altri popoli mediterranei, particolarmente enfatizzato anche in questa esposizione.

Le relazioni da essi intrattenute con gli altri popoli del Mediterraneo, sviluppando i commerci e la pirateria ci danno conto di come, fino da tempi remoti, gli Etruschi privilegiassero le vie d'acqua, costruendo scali sulla costa quando i relativi centri urbani di riferimento erano lontani dal mare.

La ricca produzione agricola, in particolare di grano e vino, unitamente ai prodotti metallurgici ed artistici consentiva scambi sia nei confronti della Grecia che della Gallia e degli altri paesi del bacino mediterraneo permetteva scambi continui e multiformi fra le varie popolazioni.

A distanza di oltre venti anni dalle ultime grandi mostre italiane il Museo Civico Archeologico di Bologna presenta questa ricchissima e ben documentata esposizione, che rappresenta una vera ed esauriente panoramica sul mondo etrusco, in cui sono raccolti più di 1400 reperti provenienti da 60 musei nazionali ed internazionali, fra cui il British Museum, il Louvre, i Musei Vaticani, ed altri, unitamente alla cospicua collezione etrusca del medesimo museo petroniano.

La metafora del viaggio conduce i visitatori attraverso i territori maggiormente caratterizzanti la cultura e la civiltà dei Rasna, come il Lazio, l'Umbria, la Toscana, senza dimenticare la Campania e la parte orientale della valle del Po, con Bologna, Mantova, Spina e Verucchio.

Non si dimentichi che gli scrittori greci e latini rappresentavano gli Etruschi come una nazione in viaggio, da remote località mediterranee al centro della penisola italiana e dalle coste marittime alle gogaie appenniniche o addirittura alle vallate alpine.

Fu però il settecento il secolo in cui ebbe inizio lo studio sistematico del mondo dei tirreni con viaggi ed approfondite indagini degli eruditi Anton Francesco Gori e Scipione Maffei, attraverso paesi, musei, e località correlate agli etruschi ed al mondo dell'"Etruscheria", toccando Firenze, Perugia, Chiusi, Tarquinia, Volterra, Bolsena e buona parte delle città-stato dell'Etruria.

Studiosi ed appassionati, principalmente anglosassoni, seguirono nelle esplorazioni archeologico-culturali sull'antico popolo dei Tirreni e videro scrittori famosi, come Elisabeth Hamilton Gray, Ge-



orge Dennis e D.H. Lawrence, nonché l'elvetico Johann Jakob Bachofen porre la propria attenzione ed effettuare studi a tutto campo.

Effettuando un excursus storico della civiltà etrusca, possiamo mettere in evidenza come

- fra la fine dell'età del Bronzo (X secolo a.C) e l'inizio dell'età del Ferro avvennero

profonde modifiche del territorio e degli abitati che caratterizzavano il periodo Villanoviano e che vengono evidenziate principalmente dai reperti provenienti dalle necropoli, in specie dagli ossari in cui sono conservate le ceneri dei defunti.

fra il IX e l'VIII secolo a.C. I centri abitati si strutturarono e si dotarono di edifici ed apparati difensivi, e sono i sepolcri che consentono di differenziare la classe sociale degli inumati e gli oggetti reperiti permettono di mettere in rilievo l'ampiezza e l'importanza degli scambi commerciali, principalmente con il mondo greco e l'oriente.

- fra l'VIII ed il VI secolo a.C. ebbe inizio la fase cosiddetta orientalizzante, caratterizzata dalla presenza di grandi e lussuose dimore principesche, con residenze aristocratiche e necropoli monumentali, con tombe a camera o a cumulo ed influssi greci ed orientali ancora più evidenti.

La mostra seguendo un itinerario principalmente topografico, parte dai territori meridionali dell'Etruria, da Tarquinia a Veio, da Caere a Pyrgi, da Vulci e prosegue poi con l'Etruria campana che permette di valutare la fenomenologia dei processi di mobilità e di integrazione delle

popolazioni stabilitesi nel golfo di Salerno, nonché lo sviluppo di centri come Pompei e Capua. L'Etruria interna tiberina, con i centri di Cortona, Chiusi e, soprattutto, Orvieto è la vera ed indiscussa capitale dell'Etruria, e rappresenta il nucleo principale di tutto il territorio, dominato dalla imponente rupe.

Per quanto riguarda la parte settentrionale, in particolare quella costiera, balzano in primo piano i centri metallurgici, da Vetulonia a Populonia e Volterra, costituenti tanta parte delle realtà commerciali ed industriali del mondo tirreno.

Al termine della lunga e corposa disamina del mondo etrusco l'attenzione dei visitatori viene posta sull'Etruria padana, con i centri demici di Bologna, Mantova, Spina e Verucchio ed i rapporti commerciali che da questi centri si dipanavano fino al nord Europa, in specie con la via dell'ambra.

In sintesi, la mostra "Viaggio nelle terre dei Rasna", rappresenta decisamente una panoramica esaustiva sulla civiltà e sul mondo etrusco, con esposizione di reperti rari ed altamente significativi che consentono ai visitatori di potere avere un approccio più aggiornato e compiuto al loro mondo.



Semiseria... mente



di Saverino La Placa

Indovinello

“Può essere molto concentrato, ma non è capace di pensare. Che cos'è?”

Gioco con numeri

Un contadino ha, tra conigli e pecore, 20 animali; in più ha anche delle galline, il cui numero è doppio di quello dei conigli e triplo rispetto alle pecore. Quanti animali di ciascuna specie possiede?

Rebus (12, 5)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

Soluzioni dei giochi del numero precedente:

Spiegazione dell'indovinello: **I sensi unici in città.**

Spiegazione del rebus: **“O” “PERA” “REMI” “OZIO” (Operare mio zio)**

Spiegazione del gioco con numeri: **Qualsiasi numero.** (Se prendi un numero qualsiasi e lo moltiplichi per 10, gli aggiungi 7, raddoppi questa somma e la dividi per 5 e poi moltiplichi il resto per se stesso otterrai sempre 16).

Pillole e cavilli

La medicina, il diritto e il suo rovescio



di Mario Bartolomei

Death in custody: il contributo della medicina legale inglese alla crescita delle istituzioni democratiche

I progressi della scienza, e ancora di più della tecnologia, non hanno alcun impatto diretto sul livello di civiltà di una popolazione e sul rispetto dei diritti fondamentali dei singoli (cfr., [Foucault 2016]). L'osservazione è valida anche per la scienza medica, sebbene istintivamente si sarebbe portati a pensare il contrario. Il mondo sanitario è una parte della società e ne ripropone pregi e difetti. Per rendersene conto è sufficiente riflettere sulle frequenti e sottili discriminazioni in sanità.

Per un verso, c'è il c.d. *razzismo istituzionale*, basato su colore della pelle, cultura e origine etnica [Maciocco 2011]. Spesso si tratta di pregiudizi, stereotipi, ignoranza e insensibilità che influenzano inconsciamente, e in modo sistematico, condotte individuali e decisioni politico-amministrative [Macpherson 1999]. Negli USA, i pazienti di etnia africana, a parità di reddito, copertura assicurativa e patologia, hanno meno probabilità di ricevere prestazioni ad alta tecnologia, ma più probabilità di subire un'amputazione per un'AOCPC quale complicanza del diabete mellito [Institute of Medicine 2002].

Per altro verso, ci sono poi le discriminazioni di genere. Anche qui, come per le discriminazioni “razziali”, ad esserne vittima sono non solo i pazienti, ma anche gli stessi operatori sanitari [WHO, UN 2017]. Le donne medico subiscono, nelle Università e nelle Aziende Ospedaliere, violenze o discriminazioni di reddito e carriera da parte dei colleghi, tanto più se hanno scelto di diventare madri. Ottusità, prepotenze e abusi sono tanto frequenti quanto in qualsiasi altra organizzazione complessa.

Anche se conoscere le cause delle malattie e la loro storia naturale, inclusi i percorsi di diagnosi e di terapia, non ha la capacità di trasformare l'individuo in un agente morale migliore, il contributo di una branca della scienza medica può però talvolta aiutare a innalzare il livello di tutela complessiva della vita e dell'integrità degli individui, partendo proprio da quelle stesse persone appartenenti a gruppi sociali svantaggiati. Il protagonista di questa piccola rivoluzione è Richard Shepherd, uno dei più noti *forensic pathologist* britannici, all'attivo 23.000 autopsie e un'ampia esperienza nella gestione degli aspetti medico-legali derivanti da disastri naturali e attentati terroristici.

A un certo punto della sua lunga carriera, Shepherd si interessò ai frequenti casi di morte in detenzione, spesso a seguito di concitate fasi di immobilizzazione, che sembravano perlopiù riguarda-

re proprio individui di etnia africana [Shepherd 2019]. Se così fosse stato, avrebbe ritenuto intollerabile accettarlo.

In realtà, a un'analisi attenta, i casi che Shepherd fu chiamato a indagare potevano avere più di una spiegazione: in parte riconducibili a condotte più dure e violente, inconsciamente condizionate da odiosi pregiudizi e stereotipi, da parte della polizia inglese e degli agenti dell'immigrazione nei confronti di minoranze etniche; in parte dovuti a comorbidità pre-esistenti, come per esempio la maggiore incidenza, in quelle popolazioni, di drepanocitosi e delle relative crisi falcemiche in situazioni di particolare stress e disidratazione.

Tuttavia, sulla base dei riscontri autoptici e della verosimile dinamica dei fatti, Shepherd si convinse di una cosa: erano soprattutto gli operatori a non essere culturalmente preparati a «pratiche di immobilizzazione corrette e umane». Da allora, Shepherd divenne uno dei principali animatori di un processo collettivo di consapevolezza che portò alla definizione di principi, standard e protocolli per l'esecuzione di pratiche di immobilizzazione in condizioni di sicurezza, organizzò corsi di formazione per la Metropolitan Police di Londra e per le istituzioni autorizzate a procedere alla limitazione della libertà personale dei sospettati di un crimine.

Per consolidare i risultati raggiunti, fu infine costituito l'*Independent Advisory Panel on Deaths in Custody* o IAP, organismo consultivo del Ministero della Giustizia, degli Interni e della Salute inglesi, che elabora linee-guida, raccomandazioni e report al fine di implementare le politiche e le migliori pratiche da attuare per ridurre il numero delle morti in detenzione.

Volendo tirare le fila del discorso, la vicenda di Shepherd insegna che lo sguardo tecnico, quando incontra la curiosità e la riflessione etica, può tradursi in una leva di cambiamen-

to. È quindi incalzante la necessità di presidi culturali che consentano alla classe medica di discutere di problematiche ataviche, e ancora attuali, come quelle descritte in principio, oltre che, naturalmente, di questioni emergenti. Solo così potranno essere efficacemente combattute le discriminazioni, che sono talvolta nascoste dietro automatismi cognitivi e ipocrisie sociali e, comunque, sono sempre alimentate dall'indifferenza di molti.

In conclusione, non bisogna smettere di fermarsi alla superficie e alle convenienze personali di corto respiro, ma continuare a chiedersi, come ossessivamente faceva Holden Caulfield: «Dove vanno le anatre quando il lago gela?» (cfr., [De Santis 2020]).

Per approfondire.

De Santis R., *Alessandro Baricco. Io e la sindrome Holden*, Robinson, 25 gennaio 2020.

Foucault M., *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Milano, 2016.

Institute of Medicine, *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*, Washington D.C., 2002.

Maciocco G., *Il razzismo come determinante della salute*, saluteinternazionale.info, 24 febbraio 2011.

Macpherson W.H., *The Stephen Lawrence Inquiry. Report of an Inquiry*, Cm 4262-I, London, 1999, citato da Maciocco G., *Il razzismo come determinante della salute*, saluteinternazionale.info, 24 febbraio 2011.

Shepherd R., *Per cause innaturali. Come ho conosciuto la vita indagando la morte*, Milano, 2019.

WHO, UN, *Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings*, Joint WHO/UN statement, 27 giugno 2017.

Corsi, convegni, congressi, attività culturali

49° CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI RADIOLOGIA MEDICA E INTERVENTISTICA

1-4 ottobre 2020 Palacongressi di Rimini

Il programma dell'evento è consultabile alla pagina internet <https://areasoci.sirm.org/congressi/3>

PRIMO ANNUNCIO

Informiamo tutti i colleghi che quest'anno

L'UNDICESIMA GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA

si terrà sabato 16 maggio 2020 presso il Grand Hotel di Rimini.

Come di consueto la lettura magistrale sarà seguita dal Giuramento Professionale dei neo-iscritti e dalla consegna delle medaglie per il 50°, 60° e 65° di Laurea.

Al termine della mattinata aperitivo offerto a tutti i partecipanti al Grand Hotel Rimini.

Il programma dettagliato della manifestazione sarà pubblicato sul sito web dell'Ordine.

Ricordando i colleghi



Amedeo Brici
(4 dicembre 1926 – 7 maggio 2019)

Il 7 maggio scorso, circondato dai suoi sei figli, dai nipoti e dalla moglie, ha “concluso la sua laboriosa giornata terrena, addormentandosi serenamente nel Signore” Amedeo Brici, per affrontare quella che nel testamento spirituale definisce “l’ultima scatola, la più impegnativa”.

Nato a Casale di San Vito, classe 1926, dopo la licenza classica ottenuta al Giulio Cesare in una Rimini rasa al suolo dai bombardamenti, per ottenere il rinvio della chiamata alle armi era stato iscritto dal padre all’Università di Bologna. Veterinaria, la prima facoltà che aveva trovato.

Nel settembre del '47 conosciuta l’UNITALSI ad un pellegrinaggio con gli invalidi al Santuario di Loreto, avvertì la chiamata a dedicare la propria vita al servizio di quelle persone ammalate che aveva incontrato. Così decise di abbandonare la precedente facoltà per iscriversi a medicina e intraprendere la professione medica come una vocazione. Uomo di fede viva, rimase devotissimo – non da bigotto – alla Madonna di Loreto e legato per tutta la vita all’UNITALSI, prima come barelliere, poi da medico accompagnatore e da presidente della sezione riminese, “imparando ad avvicinare, ascoltare, aiutare ogni persona invalida o bisognosa di cure”. Conseguita la laurea si specializzò in Chirurgia Generale e da assistente ritrovò come primario all’Ospedale Infermi di Rimini il prof. Perazzo, alle cui lezioni si era innamorato della chirurgia.

Nel '57 convolò a nozze con Anna, “una creatura stupenda, che è diventata la roccia della mia casa, la colonna della mia vita”, con cui ha vissuto una storia di amore tenace e tenera, “una continua gioia, e l’averti al mio fianco mi ha dato sicurezza, serenità, fiducia.” Ricordo come raccontava la promozione ad aiuto. Un giorno il professor Perazzo lo chiama e gli dice: “Allora da oggi sei aiuto” e lui: “Va bene professore, ma... cosa fa l’aiuto?” e l’altro, secco: “Non rompe i c... al Primario”. Era il periodo in cui il capostazione tratteneva il treno se ancora non era salito il professore. Il medico allora era un professionista schivo, che in riservato silenzio si limitava a mettere la sua conoscenza e il suo acume al servizio del malato. La malattia era una faccenda squisitamente privata, che trovava nel medico una persona competente ed esperta con cui condividere e a cui potersi affidare. Forse per questo era una figura rispettata. In più ogni giorno c’era una nuova scoperta, un nuovo rimedio per poter aiutare chi stava male.

Il babbo ha interpretato questa modalità di relazione medico-paziente non come paternalismo, ma come dilatazione della sua figura paterna e con linguaggio schietto, quando ancora il consenso informato era di là di venire, comunicava già coi malati nell’intento di farsi comprendere, usando esempi, disegni, in italiano o in dialetto.

Aveva mani sapienti nel visitare, che non si limitavano a sostituire l’ecografo, che non esisteva, ma

sapevano quantizzare l’urgenza dell’intervento. In occasione dell’appendicite acuta di mia figlia seppi dire palpandole l’addome anche quanti bianchi aveva... Mani sapienti le ha avute anche al tavolo operatorio, godendo fama di buon chirurgo in un periodo in cui la chirurgia era davvero “generale” e chi operava lo faceva dall’unghia incarnita alla trapanazione cranica, dovendo a volte inventarsi soluzioni sul campo.

Non è stato geloso della sua competenza e non sono pochi i chirurghi del riminese a cui ha messo il bisturi in mano e che ha accompagnato nell’apprendere l’artigianato della chirurgia.

Gioviale e aperto di carattere, generoso e disponibile spontaneamente e per credo, è stato per molti anni insegnante alla scuola infermieri, collaboratore dell’AIDO, consulente presso il Consultorio familiare oltre che preparatore degli accompagnatori dell’UNITALSI e concreto sostenitore di una lista di colleghi e conoscenti in terra di missione.

Amava smisuratamente la montagna dove, in ferie con la famiglia, si distraeva e rigenerava. Ma il suo ambiente era la sala operatoria, tanto da interrompere le ferie per andare ad operare e tornare la sera stessa. Negli ultimissimi mesi la mente deteriorata lo portava ancora lì, e chiedeva collaborazione per una emorragia, confronto per un operato che lo teneva in ansia, aiuto per un caso difficile...

Nel '68, dopo un breve periodo di collaborazione col professor Serra, mentre la struttura ospedaliera riminese si spostava dalla vecchia sede di piazza Ferrari all’attuale, divenne Primario Chirurgo dell’Ospedale di Savignano sul Rubicone. Terminato il servizio operò da responsabile a Villa Assunta, Villa Maria, al Novello Malatesta di Cesena, chiudendo la carriera a San Marino.

Un giorno raccontò in casa che quella notte, quando il telefono aveva squillato per una urgenza operatoria, per la prima volta aveva sentito il peso di doversi alzare per andare ad operare, e che quindi aveva pensato che sarebbe stata ora di smettere. Aveva 70 anni già compiuti. Senza vergogna gli ho dichiarato la mia spudorata invidia.

Quando alcuni anni fa si rese conto di non essere più così aggiornato da poter praticare la professione, ebbe la forza e l’umiltà di separare la sua persona dall’immagine del Dottor Brici e mi chiese di cancellarlo dall’Ordine, come se lui fosse una cosa e il medico solo il servizio che doveva prestare e che non era più in grado di fare. Ha disposto però che quel titolo di servizio comparisse nel suo ricordo.

Le ultime parole che ha lasciato riguardano “la certezza che potrò ancora continuare a restarvi vicino, a godere delle vostre gioie, ad aiutarvi nei momenti difficili ed amarvi come sempre per sempre”.

Paolo Brici



Gennaro Arturo Celestino (18 giugno 1925 – 18 ottobre 2019)

Gennaro Celestino era mio padre, Rino in famiglia. Nato a Gallipoli il 18 giugno 1925, da ragazzo, durante gli anni della guerra, ha vissuto a Napoli e Cosenza. Il contesto storico, negli anni della sua giovinezza, ha contribuito in modo significativo alla formazione del suo carattere. Persona riservata, ma di cuore, ha presto maturato il desiderio di dedicarsi ad una professione che potesse essere di concreto aiuto a quanti fossero nella sofferenza.

Laureato e specializzatosi a Modena, ha esercitato la professione di medico nei primi suoi anni all'ospedale Cardarelli di Napoli, dove è stato molto apprezzato, benché alle prime armi, per serietà e dedizione nella cura dei suoi pazienti. In seguito, si è trasferito prima a Forlì, poi a Rimini, dove è stato il primo medico della sede INPS di Rimini, assumendo l'incarico di direttore dell'area sanitaria.

Sempre attivo ed impegnato, ha diviso la propria vita tra lavoro e famiglia, alla quale non ha mai fatto mancare la sua affettuosa e dedita presenza.

Tra i soci fondatori della struttura sanitaria Luce sul Mare, di cui era membro attivo del consiglio di amministrazione, ha dato un significativo contributo allo sviluppo di questa cooperativa, che ora è una realtà importante del nostro territorio. La cura a servizio delle persone più disagiate per lui non era solo un mestiere, ma missione e insegnamento di vita. Ha portato avanti il lavoro a Luce sul Mare fino alla soglia degli 80 anni, ritirandosi solo per esigenze familiari.

Tenace, con una grande voglia di vivere, è sempre rimasto lucido e attivo. Si è spento ad ottobre scorso all'età di 94 anni, lottando contro la malattia fino alla fine.

Di lui, più di ogni altra cosa, mi piace ricordare la premura e la dedizione agli affetti.

La figlia Addolorata Celestino, per gli amici Dora.

Spazio Ammi

Eccomi all'inizio di questa "avventura"



Sono Giovanna Tommasini Grossi e dal 1° gennaio sono la nuova presidente della sezione riminese dell'Associazione Mogli dei Medici Italiani. Desidero rivolgere un ringraziamento per la fiducia accordatami e ciò mi onora e mi incoraggia ad assumere questo incarico. Confesso che inizialmente mi sono sentita un po' disorientata ma spero di poter, a piccoli passi, raggiungere obiettivi positivi. In primo luogo, voglio ringraziare la Presidente uscente Lorenza Bonifazi Marsciani e tutte coloro che mi hanno preceduto, le quali, attraverso le diverse iniziative, hanno lasciato un segno di AMMI nella nostra città. Credo molto nella collaborazione con le amiche del Consiglio Direttivo e con le Ammine tutte. Le Ammine tutte perché penso che con la vostra collaborazione, le

vostre idee, i vostri suggerimenti e i vostri commenti possiamo far crescere la nostra Associazione. Il calendario annuale (vedi www.ammi-Italia.org) di quest'anno prevede:

- 1) Interregionali del:
 - Sud - Benevento 21-22-23 febbraio
 - Centro - Roma 20-21 marzo
 - Nord - Ferrara 17-18 aprile.
- 2) Il Congresso Nazionale - Mantova 15-16 maggio
- 3) Il Seminario Nazionale - Parma 2-3 ottobre.
- 4) La "Giornata Nazionale AMMI" - 18 ottobre (giorno dedicato a San Luca Patrono dei medici) dove verrà discusso un Tema Nazionale.
- 5) La "Giornata per la Salute della Donna" - 22 aprile.
- 6) La "Giornata Mondiale contro la violenza sulle Donne" - 25 novembre.

Come vedete, diversi sono i momenti che ci possono "Unire" e che insieme ad altre iniziative, organizzate nella nostra città, ci offrono la possibilità di collaborare e di stringere amicizie fra tutte noi. Ammi ha istituito inoltre due concorsi Nazionali: uno letterario, rivolto agli alunni delle scuole superiori e uno scientifico per ricercatori che si dedicano alla Medicina e Farmacologia di Genere. Mi auguro di poter proseguire con impegno il lavoro di coloro che mi hanno preceduto e spero di poter rafforzare la collaborazione con altre realtà associative riminesi al fine di perseguire finalità comuni e vicine a ciò che AMMI promuove. Il nome della nostra Associazione può apparire un po' "desueto", ma dobbiamo essere consapevoli che siamo noi le protagoniste e attraverso AMMI possiamo avere l'opportunità di esprimere le nostre idee e le nostre personalità. Con questo suggerimento vi invito a partecipare a questa esperienza. Ci potete seguire sul sito dell'Ordine dei Medici, o scrivere una mail a : ammi.rimini@libero.it. E anche se siamo prese dalla nostra quotidianità, dobbiamo pensare che potrebbe essere l'inizio di qualcosa di "Nuovo".

Giovanna Tommasini Grossi

Credimi...
non posso

Ti prego:
l'ultimo
Dibase...



di Luigi Casadei

Variazioni agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 25 NOVEMBRE 2019

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa D'AMBROSIO Paola
dott.ssa PRETA Maria Carla
dott.ssa SALA Anita

per trasferimento da Pesaro-Urbino
per trasferimento da Chieti
per trasferimento da Modena

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. CELESTINO Gennaro Arturo
dott. SQUADRANI Pier Paolo

per decesso (18.10.2019)
per cessata attività

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. DE BIASI Vincenzo
dott.ssa SEMPRINI Gloria

per trasferimento a Reggio Emilia
per trasferimento a Macerata

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa BARTOLINI Maddalena
dott.ssa BIANCHINI Chiara
dott. MERLI Federico
dott. MONTANARI Luca
dott.ssa PIASTRA Alice
dott. RENZI Teo
dott.ssa SEMPRINI Laura

di Riccione
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Rimini
di Montegridolfo
di Rimini

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. RIZZI Vito

per trasferimento a Forlì Cesena

Nulla Osta al trasferimento ALBO ODONTOIATRI:

dott. RICCI Emanuele

per trasferimento a Bologna

Iscrizione REGISTRO MNC:

dott.ssa DALLE VACCHE Maria Cristina
dott. PAGLIARI Giuseppe

di Cattolica (RN) Agopuntura
di Villa Verucchio (RN) Agopuntura

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 27 GENNAIO 2020

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BARTOLUCCI Elisa
dott. ESPOSITO Roberto
dott.ssa ROMANO' Marta

per trasferimento da Pesaro-Urbino
per trasferimento da Pesaro-Urbino
per trasferimento da Arezzo

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGI:

dott.ssa ANGELINI Lorena	per cessata attività
dott.ssa CECCARELLI Giovanna	per cessata attività
dott. DE BIASI Vincenzo	per trasferimento a Reggio Emilia
dott. FABBRI Daniele	per cessata attività
dott. FABBRI Luigi	per cessata attività
dott. GIORGETTI Natale	per cessata attività
dott. GORI Maurizio	per cessata attività
dott. RIPA Rinaldo	per decesso (25/11/2019)
dott.ssa ROUDIER Marianne	per cessata attività
dott. RUSSO Giuseppe	per cessata attività
dott.ssa SEMPRINI Gloria	per trasferimento a Macerata
dott. VANNUCCI Valter	per cessata attività

Nulla Osta al trasferimento ALBO MEDICI CHIRURGI:

dott.ssa BALDASSARRI Silvia	per trasferimento a Rovigo
-----------------------------	----------------------------

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa FOSCHI Federica	di Santarcangelo di Romagna
--------------------------	-----------------------------

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. RICCI Emanuele	per trasferimento a Bologna
----------------------	-----------------------------

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2036 – Albo Odontoiatri nr. 395 – Elenco Speciale STP nr. 03

