

## **Eguaglianza nelle opportunità**

### **Medicina e genere**

#### **Primo Piano**

Medicina genere-specifica:  
perché?

#### **Sondaggio**

- Conosci la medicina di genere?
- Pari opportunità o discriminazioni?

#### **Pillole di storia**

Benvegnuda Pincinella  
medichessa in terra  
di Navi

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALE

**Medicina, generi, parità**  
di Gianpaolo Balestrieri ..... 3

**Un bussar lieve**  
di Ottavio Di Stefano ..... 4

### PRIMO PIANO

**Medicina genere-specifica: perché?**  
di Giovannella Baggio ..... 6

### SONDAGGI

**Conosci la medicina di genere?**  
a cura di Angelo Bianchetti ..... 9

**Pari opportunità o discriminazioni?**  
a cura di Angelo Bianchetti ..... 13

**Brevi note sui sondaggi della responsabile delle commissioni Medicina di genere e Pari Opportunità**  
di Annalisa Voltolini ..... 19

### PUNTI DI VISTA

**Diversity: un vocabolo con cui dobbiamo imparare a convivere**  
di Daniela Bandera ..... 21

**#ScienceToo, le molestie sessuali nella scienza**  
di Donatella Albini ..... 25

### MEDICINA GENDER-SPECIFIC: ALCUNI ESEMPI

**Depressione e genere**  
di Gaia Novelli e Antonio Vita ..... 27

**Medicina di genere in pneumologia**  
di Dario Fornari ..... 31

**Sonno e donna**  
di Maria Pia Pasolini ..... 33

**Maschi, maschi, maschi**  
di Renzo Rozzini ..... 35

### TESTIMONIANZE

**Intervista alla dott.ssa Lucilla Giambroni**  
a cura di Ottavio Di Stefano ..... 40

**Raffaella Vanzo** ..... 42

**Intervista al dott. Federico Pe**  
a cura di Gianpaolo Balestrieri ..... 44

**Mi chiamo Tewoldemedhn Yabarek** ..... 45

### PILLOLE DI STORIA

**Benvegnuda Pincinella medichessa in terra di Navi, apresso Brexa sei miglia...**  
di Annalisa Voltolini ..... 46



### ASSEMBLEA

**Intervento del Presidente Ottavio Di Stefano** ..... 50

**Discorso del Dottor Luigi Veronesi, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri** ..... 58

**Premi al merito**

☞ **Gina Alessandra Gregorini di Angela Tincani** ..... 63

☞ **Giancarlo De Giuli di Donata Richini** ..... 64

☞ **Federica Etori di Salvatore Curello** ..... 65

### LETTERA AL DIRETTORE

**Lettera al direttore**  
di Massimo Gandolini ..... 66

### STORIE DI PAZIENTI

**La morte della signora Norma**  
di Renzo Rozzini ..... 68

### LIBRI

**"la salute (NON) è in vendita"**  
recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri ..... 69

### RICORDI

**Antonella Baldoli Pecorelli**  
di Ottavio Di Stefano ..... 70

**Achille Bernardini**  
di Flavio Terragnoli ..... 71

**Nello Madureri**  
di Alessia Iorio ..... 71

**Giovanni Pelliccioli**  
di Paolo Liberini ..... 73

**Francesco Spreafico**  
di Luigi Spreafico ..... 74

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2453211, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it  
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2018-2020: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Adriana Loglio, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Alessandro Pozzi, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott.ssa Analia Carmen Perini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Emanuela Tignonsini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott. Nicola Bastiani, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI: PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Pierantonio Bortolami, COMPONENTI: Dott. Claudio Giuseppe Dato, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Giuseppe Venturi, UFFICIO DI PRESIDENZA: COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE: a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione.

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

# Medicina, generi, parità



Il Direttore  
Gianpaolo Balestrieri

Anni Settanta, reparto di Medicina. Consiglio degli "anziani" ad un giovane medico neoassunto: cerca di stare in "Maschile", lì puoi imparare qualcosa, le malattie sono chiare, i sintomi te li raccontano giusti, le terapie funzionano o non funzionano. In Femminile, beh, è un'altra cosa...

Medicina di genere molto "sui generis", con termini dimenticati come "pitiatiche" ad indicare sindromi (femminili) mal inquadrabili in nosologie definite. Non troppo distanti le immagini delle isteriche esibite da Charcot all'ospedale della Salpêtrière di fine Ottocento o delle giovani viennesi analizzate da S. Freud. Donne viste spesso dai medici come umorali, logorroiche, diffidenti.

**Un ambiente culturale, una divisione di ruoli e di potere condizionati da un maschilismo diffuso.**

Molto, non tutto, è cambiato in questi cinquant'anni.

L'anno che si chiude è stato l'anno del "MeToo". Dal mondo dello spettacolo l'accusa contro le molestie sessuali si è esteso, negli Stati Uniti, al mondo accademico e ospedaliero. Anche la *mentorship*, insostituibile strumento di trasmissione di conoscenze ed esperienze cliniche, è andata in crisi per il timore dei medici maschi di essere vittime di accuse infamanti di "sexual harassment"<sup>1</sup>.

Da noi lo scenario è certamente diverso, come evidenziato anche dal nostro sondaggio, ma i problemi non mancano.

Una medicina sempre più al femminile deve ridisegnare l'organizzazione dei servizi, ospedalieri in primo luogo, pone problemi di nuove esigenze, interroga sullo sviluppo delle carriere e sulla scarsa presenza di donne nei ruoli apicali.

A questi temi, medicina "gender specific", e "pari opportunità" (per uomini e donne, per le diversità di etnia, orientamento sessuale etc.) è dedicato questo numero. Temi ovviamente distinti e separati, accomunati tuttavia da una certa "aria di famiglia".

**Analisi, testimonianze, sondaggi.**

Un quadro che tenta di illustrare la complessità e il divenire di una comunità medica che vorremmo aperta alla ricchezza delle diverse identità, impegnata nell'affrontare e superare limiti e chiusure. ●

<sup>1</sup> Soklaridis S., Zahn C, Kuper A et al. Men's fear of Mentoring in the #MeToo era - What's at stake for academic Medicine? *N Engl J Med* 2018 ; 379 : 2270-2274.

# Un bussare lieve



Il Presidente  
**Ottavio Di Stefano**

*Un bussare lieve.*

*“Avanti”*

*Che strana espressione: insieme raggianti ed imbarazzata.*

*“Primario volevo dirle...”*

*Pausa.*

*“Volevo dirle.....”*

*“Sei incinta?” la interruppe drastico.*

*“Sì, aspetto un bambino, ma Lei come fa ...”*

*Non vi era più traccia di imbarazzo ma solo il trasparire di gioia immensa e sollievo.*

*“La tua espressione non lasciava e non lascia dubbi. Sono proprio contento”*

*Lei lo guardò quasi stupita. “E il reparto..i turni?”*

*“Tu pensa al tuo bambino. Ciao, sono proprio contento”.*

*Certo era davvero contento. Una professionista di valore. Disponibile, competente con una ottima relazionalità, ancora con una quota di incertezza clinica per cui spesso aveva bisogno di conforto, ma ce ne vorrebbero.*

*Era davvero contento. Però...*

*Un altro bussare vigoroso, il suo aiuto anziano e grande amico. L'uomo dei turni.*

*“Hai saputo la bella notizia?”*

*Non era ironico, ma anche lui contento.*

*“Sì ho saputo. E' di una felicità contagiosa”.*

*“Sì è vero, ma un'altra epidemia che sta contagiando tutti. Una seconda gravidanza in due mesi, insomma ne mancano due. E la sostituzione che ti avevano promesso?”*

*“Mi hanno detto di aver pazienza, ci sono reparti in condizioni ancora più critiche e le risorse, i soldi scarseggiano. Certo due medici in meno...non possiamo reggere. Chiedo subito un appuntamento con il DG”.*

*“Speriamo in bene. Vado a riempire le caselle, improvvisamente vuote, delle notti, dei sabati delle domeniche...e poi fra un mese è Natale con tutte le feste. Bè buona fortuna con il DG”*

*“Buona fortuna a te con i turni”.*

*“Spiritoso”*

**L'Italia ha una delle migliori legislazioni sulla tutela della gravidanza. Un diritto riconosciuto e sventolato ma che da decenni si scontra con la carenza di risorse economiche che ne consentano la piena realizzazione.** Fastidio, per essere gentili, da parte dei medici maschi e sensazione di disagio, se non proprio di frustrazione da parte di molte colleghe.

Situazione comune a tutti gli ambienti di lavoro, ma che nella sanità assume caratteristiche particolari.

**Eppure, come si vede dalla nostra se pur artigianale indagine, le dottoresse ci stanno superando.** E questo nonostante l'età media (54 anni età per i Medici Ospedalieri, 57,8 anni per i Medici di Medicina Generale e 55,2 pe i Pediatri di libera scelta) che risente della sproporzione a vantaggio dei dottori dei decenni scorsi.

Ed ancor più significativo il dato per classi di età (ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI 2018 - FONTE FNOMCeO).

Le donne medico svolgono due lavori. Devono comportarsi “proprio come un uomo” nella attività professionale e poi i figli, la casa..il marito. “La notte è pesante, ma così riesco a fare tutte le cose a casa che ho rimandato”. Vi è un orientamento per un nuovo welfare che garantisca identiche condizioni di lavoro per i dottori e le dottoresse? O sarà solo la forza dei numeri che costringerà al cambiamento. Sappiamo tutti che persiste una

FASCE D'ETÀ	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	% DONNE SU TOTALE
MINORE UGUALE 24	0	1		
TRA 25 E 29	8.549	11.397	19.946	57%
TRA 30 E 34	12.435	18.996	31.431	60%
TRA 35 E 39	10.582	19.155	29.737	64%
TRA 40 E 44	11.342	18.486	29.828	62%
TRA 45 E 49	11.120	14.402	25.522	56%
<b>TOTALE FINO A 49 ANNI</b>	<b>54.028</b>	<b>82.437</b>	<b>136.465</b>	<b>60%</b>
<b>TRA 50 E 54</b>	<b>15.862</b>	<b>15.587</b>	<b>31.449</b>	<b>50%</b>
TRA 55 E 59	26.039	20.039	46.078	43%
TRA 60 E 64	41.102	23.975	65.077	37%
TRA 65 E 69	38.185	13.569	51.754	26%
TRA 70 E 74	17.502	3.511	21.013	17%
≥ A 75	18.523	2.894	21.417	14%
<b>TOTALE ≥ 55</b>	<b>141.351</b>	<b>63.988</b>	<b>205.339</b>	<b>31%</b>
<b>TOTALE</b>	<b>211.241</b>	<b>162.012</b>	<b>373.253</b>	<b>43%</b>

discriminazione in termini di accesso alle posizioni apicali.

Discriminazione che stride con la modernità e che riconosce ragioni "maschiliste" del tutto presenti nella nostra società, ma è la stessa, attuale condizione di lavoro medico al femminile che preclude, per scelta o per ineluttabilità, la progressione di carriera.

È una situazione che stride per una ragione semplice, semplice: la comunità medica è proiettata al femminile. Certo, come dicevo sopra, i maschi (e i decisori) non dovrebbero aspettare la resa solo per la forza dei numeri, ma credere anche che si tratti di un comune progresso civile.

Parlo da Presidente di Ordine ben sapendo che nel Consiglio Nazionale le Presidentesse, se pur in lieve crescita, sono ancora una sparuta minoranza.

Per quanto riguarda la medicina genere specifica, argomento centrale di questo numero, troverete approfondite analisi e commenti di alto profilo.

Forse capiremo cos'è e ci allontaneremo, finalmente, dalla "The Yentl Syndrome" descritta nel 1991 da Bernadine Healy (N Engl J Med 1991), in cui per abbattere la discriminazione clinica circa la diagnosi e la terapia delle sindromiche coronariche le donne dovrebbero comportarsi come

Yentl, l'eroina del racconto di Isaac Bashevis Singer del 19° secolo, che dovette travestirsi da uomo per frequentare la scuola e studiare il Talmud.

*Il solito bussare deciso.*

*"Allora?" chiese quasi con trepidazione il vecchio aiuto.*

*"L'Azienda ha già pubblicato un bando per coprire almeno una gravidanza.*

*Anzi scade oggi. Mi informo subito"*

*"Buon giorno, volevo notizie per la sostituzione delle nostre due dottoresse in gravidanza... Si è chiuso.*

*10 - 15 giorni ed avremo almeno un altro medico o meglio un'altra dottoressa"*

*"Bene. Riesco a fare i turni di Natale.*

*Ma scusa è sposata...?"*

*"Che domanda, che ne so?"*

*"E' vero, è del tutto impropria e anche scorretta. Però...be ciao"*

*"Ciao" ●*

# Medicina genere-specifica: perché?

## **Giovannella Baggio**

Professore Ordinario f.r. Università di Padova  
Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e  
Medicina di Genere  
Già Direttore UOC di Medicina Generale  
Azienda Ospedaliera Università di Padova

La Medicina di Genere è una nuova dimensione della Medicina che studia l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociologica) sulla fisiologia, fisiopatologia e patologia umana.

Nasce dall'osservazione che molti studi hanno descritto le malattie (epidemiologia, fisiopatologia, clinica e terapia), concentrandosi prevalentemente o talora quasi esclusivamente su casistiche di un sol sesso (1, 2, 3). Nell'ultimo decennio molta energia è stata posta nel focalizzare le patologie che prevalgono nei due sessi. Il Ministero della Salute in particolare ha portato avanti un ampio lavoro sulla salute della donna: dal cancro dell'utero e del seno alla depressione, dalla menopausa al *mobbing*, dalla salute riproduttiva all'osteoporosi, con importanti lavori di sensibilizzazione e di studio sia sulla popolazione che sui medici (4).

La Medicina di Genere tuttavia non è solo la salute della donna o la salute dell'uomo, la Medicina di Genere è lo studio delle risposte in termini di terapia, diagnostica, prevenzione da dare a quelle patologie dell'uomo e della

donna che incidono ugualmente nei due generi e che non sono legate alle funzioni riproduttive (5).

### Esempi clamorosi sono:

- ✘ le malattie cardiovascolari che sono state studiate prevalentemente nel sesso maschile ma l'infarto del miocardio è la prima causa di morte della donna,
- ✘ le neoplasie solide ed ematologiche e la loro terapia su cui si intravedono delle differenze importanti ma ancora molto poco studiate e conosciute,
- ✘ le demenze che prevalgono drammaticamente nella donna che ha una maggiore "sensibilità" ad alcuni fattori di rischio (tipo apoE4),
- ✘ l'osteoartrite che provoca un alto grado di disabilità motoria e prevale nella donna,
- ✘ i trapianti d'organo fortemente condizionati dal *sex matching*,
- ✘ l'osteoporosi studiata solo nella donna quando invece anche gli uomini, con 10 anni di ritardo, la sviluppano con tutte le sue complicanze e con più elevata mortalità dopo fratture (1).

Ma di tutte le specialità si possono fare esempi.

La conseguenza è che tutte le malattie se presenti in un o nell'altro genere hanno percorsi diagnostici, necessità terapeutiche, metodi di prevenzione differenti.

È necessario quindi passare dal concetto di Medicina di Genere a quello di Medicina Genere-specifica (6) dal momento che non si tratta di fondare una nuova specialità della medicina ma di far comprendere che TUTTE le specialità della medicina ne sono interessate e devono declinare la conoscenza e la pratica medica in base alle differenze di genere. Ci sono tappe molto importanti in Italia che hanno fatto crescere negli ultimi 10 anni la conoscenza e la diffusione della Medicina Genere-specifica.

Innanzitutto la formazione di una rete sulla medicina di genere che vede collegati in una importante e continua collaborazione

il Centro di Riferimento sulla Medicina di Genere dell'Istituto Superiore di Sanità (fondato nel 2017)(7), il Gruppo Italiano Salute e Genere (GISeG)(8) ed il Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere (9). A questo nucleo "portante" sono collegate realtà importantissime come FNOMCeO, Fondazione Lorenzini, FADOI, SIMMG, AIDM ed altre Società scientifiche che hanno fondato al loro interno dei comitati sulle differenze di genere (SIF, SIC, SIR, AIOM tanto per menzionarne solo alcune) (fig.1).

Tutto ciò è arricchito dalla crescente attenzione ed organizzazione di alcune Regioni che hanno costituito una rete e conseguente organizzazione per il coordinamento e la formazione sulla Medicina di genere (esempi: Toscana, Emilia Romagna, Lombardia) (10).

Inoltre la Conferenza dei presidenti dei Corsi di

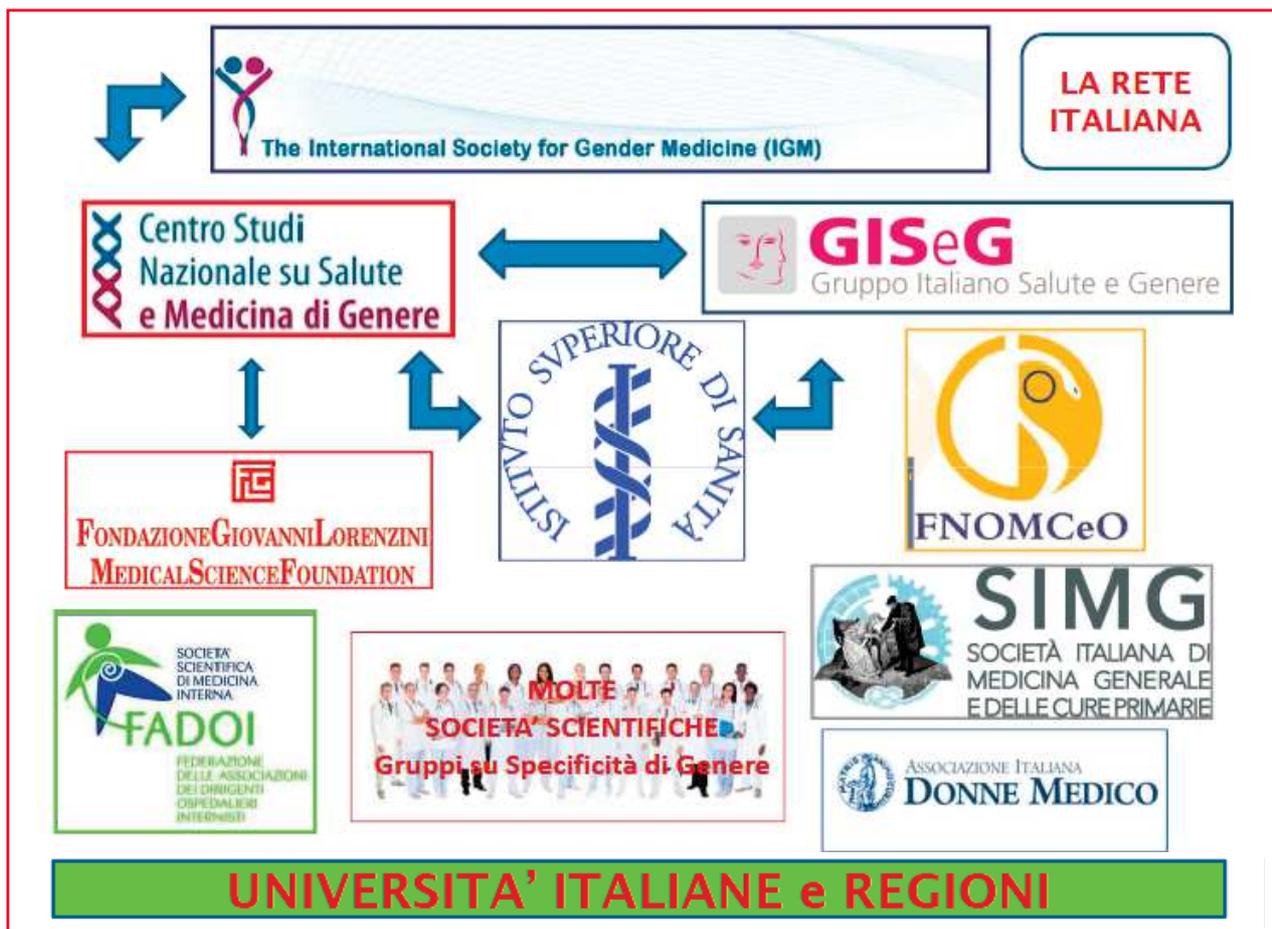


Figura 1: La rete italiana di supporto della Medicina Genere-specifica (da Quaderno del Ministero della Salute N. 26 modificata)(5)

Laurea in Medicina e Chirurgia ha approvato nel Dicembre 2016 un documento in cui venivano stimolati tutti i corsi di laurea a declinare l'insegnamento di tutte le materie in base alle differenze di genere: la maggior parte delle Università Italiane ha aderito ed iniziato. Ora quindi le Università italiane pongono la dimensione di genere non come argomento separato ma come dimensione da sviluppare in ogni materia di insegnamento durante il corso di studi (11).

Da ricordare inoltre che in Italia dal 2015 è stato fondato lo *Italian Journal of Gender-specific Medicine* (12) che è al momento l'unico giornale su questo argomento in Europa; il giornale è trimestrale e pubblica lavori originali, *reviews* in tutte le specialità della medicina ed anche su tematiche sociologiche e psicologiche. Negli Stati Uniti è nato invece la rivista *Gender and the Genome* fondato dalla Prof. Marianne Legato (13). Un altro strumento interessante per la diffusione e la cultura della medicina genere-specifica è la *Newsletter* pubblicata ogni 3 mesi ad opera di quello che precedentemente ho chiamato "nucleo portante" (14) ricca di

informazioni e approfondimenti.

In questi anni inoltre si sono visti nascere molto Centri sulla Medicina di Genere talora fondati dagli Ordini dei Medici, talora da altre realtà: sono Centri molto attivi ed utili per la sensibilizzazione e per la formazione. Bresciana ha fondato uno molto vivace ed attivo. Concludo ricordando che in Italia abbiamo una Legge (15) entrata in vigore con provvedimento del 15 febbraio 2018, articolo 3 (16), che prevede l'applicazione e la diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale e per la quale il Ministero della Salute, con l'aiuto dell'ISS, sta preparando i decreti attuativi. Siamo gli unici a livello internazionale ad avere una Legge che norma la medicina genere-specifica. A livello internazionale la rete italiana è collegata con la International Gender Medicine Society (17) che coordina le attività delle diverse nazioni, ma possiamo dire con fierezza che l'Italia è la Nazione più attiva. ●

## Bibliografia

- 1 - Baggio G<sup>1</sup>, Corsini A, Floreani A, Giannini S, Zagonel V. Gender medicine: a task for the third millennium. *Clin Chem Lab Med*. 2013 Apr;51(4):713-27. doi: 10.1515/cclm-2012-0849.
- 2 - Ortona E, Delunardo F, Baggio G, Malorni W. A sex and gender perspective in medicine: a new mandatory challenge for human health. Preface. *Ann Ist Super Sanita*, 2016 Apr-Jun;52(2):146-8. doi: 10.4415/ANN\_16\_02\_0
- 3 - Ostan R, Monti D, Guerresi P, Bussolotto M, Franceschi C, Baggio G. Gender, aging and longevity in humans: an update of an intriguing/neglected scenario paving the way to a gender-specific medicine. *Clin Sci (Lond)*. 2016 Oct 1;130(19):1711-25. Review
- 4 - <http://www.salute.gov.it/portale/donna/homeDonna.jsp>
- 5 - [http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2490\\_allegato.pdf](http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2490_allegato.pdf)
- 6 - Baggio G, Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica. *Ital J Gender-specific Med* 2015;1(1):3-5
- 7 - <https://www.iss.it/?p=94>
- 8 - <http://www.giseg.it/it/gis-home/gis-home/0/accessser/0/190/0/home.html>
- 9 - <http://www.centrostudinazionalealutemedicinadigenere.it/>
- 10 - The Regions and the gender-specific medicine. *Ital J Gender-specific Med* 2017;3(4):178-80.
- 11 - Physicians' training on gender-specific medicine in Italy. *Ital J Gender-specific Med* 2017; 3(4):175-177
- 12 - <http://www.gendermedjournal.it/>
- 13 - *Gender and the Genome*. <http://journals.sagepub.com/loi/gnga>
- 14 - <http://www.centrostudinazionalealutemedicinadigenere.it/category/newsletter/>
- 15 - Boldrini P. Approvata la legge: finalmente arriva la medicina di genere. *Ital J Gender-specific Med* 2017;3(3):128-9.
- 16 - <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg>
- 17 - <http://www.isogem.eu/>

# Conosci la medicina di genere?

## *Il parere dei medici bresciani in un sondaggio*

Angelo Bianchetti

*Da più di 20 anni ormai si parla di Medicina di Genere, ma le conoscenze su questo approccio alla diagnosi e cura non sono, a tutt'oggi, molto diffuse. La Commissione Medicina di Genere dell'Ordine ha proposto questo sondaggio per rilevare quanto la Medicina di Genere sia conosciuta e praticata dagli iscritti così da avere stimoli per eventuali iniziative da programmare (come per altro richiesto dalla Legge 11 gennaio 2018, n. 3 all'Art.3 sulla diffusione della Medicina di Genere nelle Facoltà di Medicina e professioni sanitarie, ai professionisti della salute e ai cittadini).*

Al questionario proposto on line hanno risposto 426 iscritti all'OMCEO di Brescia, il 43.9% sono uomini e il 56.1% donne. Di questi 173 (40.6%) sono medici ospedalieri (per gran parte di ospedali pubblici), 184 medici di famiglia o pediatri di libera scelta (19.7%), nel 21.6% dei casi si tratta di liberi professionisti, nel 4.2% si tratta di medici di altre strutture sanitarie, nel 3.5% medici dei servizi, nel 5.2% odontoiatri e nel 5.2% di pensionati. Il 15.7% di chi ha risposto ha meno di 35 anni, il 26.1% fra 36 e 50 anni, il 42.5% fra 51 e 64 e il 15.7% ha 65 e oltre anni.

Alla domanda *“Medicina di Genere: hai mai sentito parlare di questo nuovo approccio in medicina?”* il 76.3% risponde positivamente e solo il 20.7% dichiara di non averne mai sentito parlare (cui va aggiunto il 3.1% che non ha una risposta precisa in merito). Alla domanda *“Quali delle seguenti affermazioni, secondo te, meglio describe il concetto di Medicina di Genere?”* la quasi totalità degli intervistati (98.8%) concorda con la seguente definizione *“La Medicina di Genere studia le differenze e le somiglianze biologiche, psicologiche e sociali tra i sessi e i generi nelle diverse età e la loro influenza*

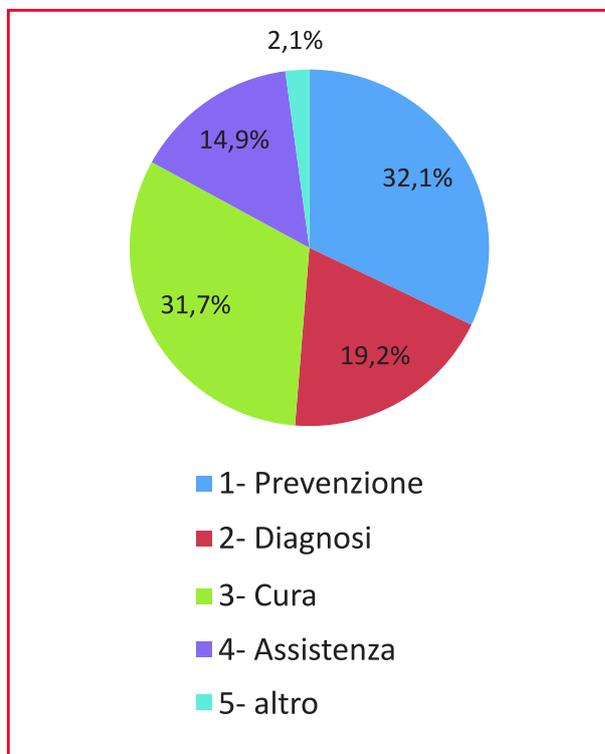
sullo stato di salute e di malattia.”

Anche il giudizio sull'importanza mostra come una ampia maggioranza di colleghi (86.9%) ritiene importante (*molto* 45.1%, *abbastanza* 41.8%) l'approccio "di genere" per il futuro della medicina e della farmacologia. Rispetto alla affermazione che *"un approccio di genere nella pratica clinica consente di promuovere l'appropriatezza e la personalizzazione delle cure e quindi maggiore sostenibilità delle stesse"* si trova *completamente d'accordo* il 50.7% degli intervistati, *abbastanza d'accordo* il 39.0%, mentre un'opinione negativa è espressa dal 7.5% del campione.

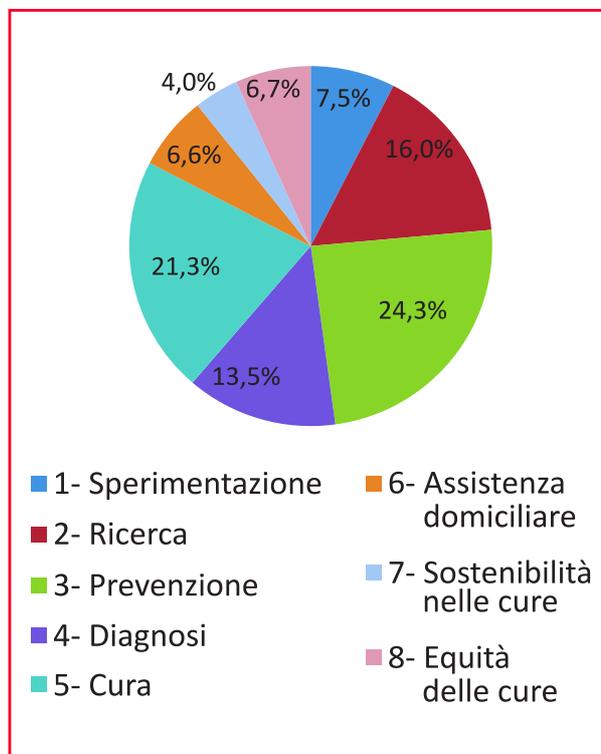
Più variegata sono le opinioni rispetto alla affermazione che *"ricerca, farmacologia e medicina NON genere specifiche possano arrecare conseguenze negative sulla salute di donne e uomini nelle diverse età della vita"*. Il 12.0% del campione si trova *completamente d'accordo*, mentre il 39.2% *abbastanza d'accordo*; una proporzione simile (33.3%) si trova *poco d'accordo* mentre l'8.9% è *per nulla d'accordo*.

**Nel grafico 1** è rappresentata la distribuzione delle risposte alla domanda *"una medicina NON genere specifica in quale momento della gestione del paziente potrebbe determinare l'insorgenza di maggiori problematiche"*; il maggior interesse è relativo alla prevenzione (32% delle risposte), alla cura (31.7%) ed alla diagnosi (19.2%).

**Nel grafico 2** sono presentate le risposte alla domanda relativa a quali siano i settori clinico assistenziali nei quali è più importante l'approccio di genere. Anche in questo caso la prevenzione è il settore ritenuto di maggiore importanza per l'approccio di genere (24.3%), insieme alla cura (21.3%), alla ricerca (16.0) e alla diagnosi (13.5%) Rispetto alla affermazione che *"l'approccio di genere nella cura dei pazienti incontra ancora oggi delle difficoltà"* si trova *completamente d'accordo* il 30.5% degli intervistati,



**GRAFICO 1:** In quale momento una medicina NON di genere potrebbe determinare insorgenza di maggiori problematiche (percentuale di risposte sul totale)



**GRAFICO 2:** In quali settore clinico assistenziale è più importante l'approccio di genere (percentuale di risposte sul totale)

abbastanza d'accordo il 52.1%, mentre il 9.4% esprime un disaccordo.

**Nel grafico 3** sono presentati i principali motivi per cui l'approccio di genere incontra delle difficoltà. Il principale motivo è la "scarsa consapevolezza" (30.2%), seguiti dalla "rigidità delle linee guida e protocolli" (22.0%), dal "limitato interesse delle istituzioni sanitarie" (18.6%) e dalla "scarsità di studi clinici" (18.4%).

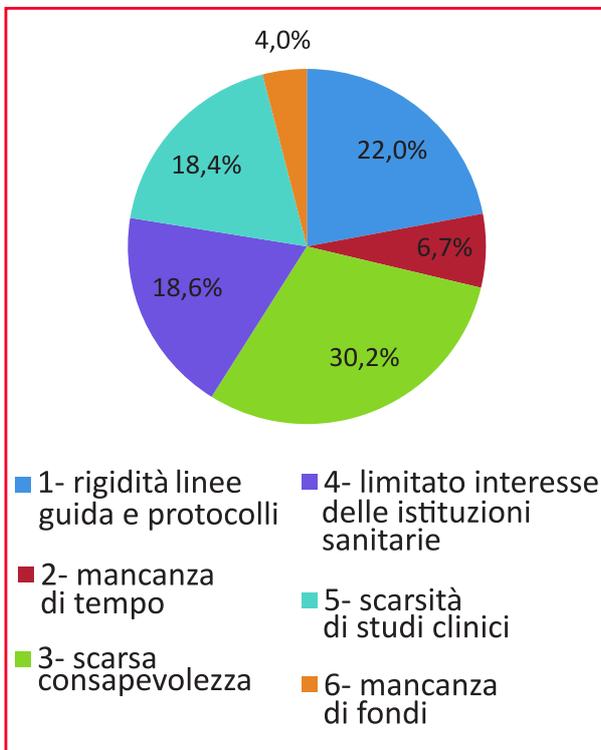
Il 69.2% degli intervistati ritiene che la medicina di genere dovrebbe essere una prospettiva presente in tutte le specialità e non limitata a poche.

La maggioranza (88.7%) ritiene che la medicina di genere non riguardi solo i medici, ma che debbano essere coinvolte anche altre specialità.

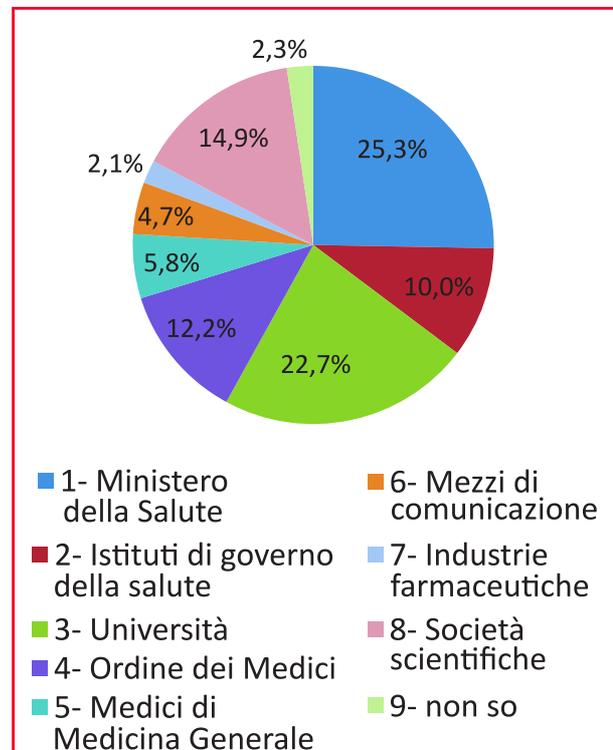
**Nel grafico 4** sono presentate le professionalità che gli intervistati ritengono debbano essere coinvolte nella medicina di genere. Per il 30%



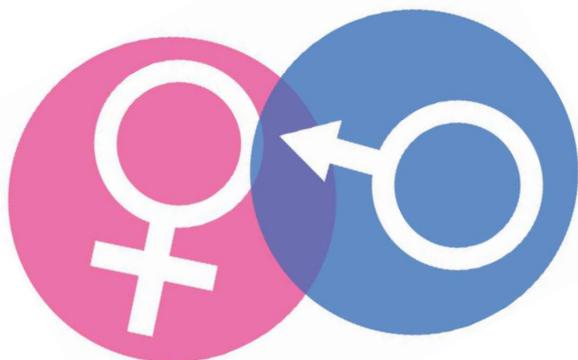
**GRAFICO 4:** Quali specialità debbono essere coinvolte nella medicina di genere?



**GRAFICO 3:** I principali motivi per cui l'approccio di genere trova difficoltà nella cura dei pazienti (percentuale di risposte sul totale)



**GRAFICO 5:** Le Istituzioni che dovrebbero promuovere la diffusione della medicina di genere



tutte le professionalità devono essere coinvolte, infermieri e psicologi soprattutto.

Sul piano teorico l'interesse per la medicina di genere è quindi abbastanza diffuso e sulla sua importanza vi è un elevato consenso. Diversa è però la realtà clinica quotidiana. Infatti, sebbene la gran parte degli intervistati (75.8%) dichiara di tenere sempre conto nel percorso diagnostico terapeutico del fatto che un paziente sia maschio o femmina, un vero approccio di genere è ritenuto applicabile nella realtà clinica

quotidiana solo dal 45.8%, mentre per il 50% lo è poco o nulla. Specifici studi, protocolli, procedure o PDTA basati sulle differenze di genere o che potrebbero ad esse orientarsi sono presenti nei luoghi di lavoro in una minima percentuale dei casi (13.4%).

**Nel grafico 5** vengono presentate le istituzioni ritenute più idonee a promuovere la diffusione della medicina di genere. Tra queste soprattutto Ministero della salute (25.3%) e Università (22.7%), ed anche Ordine dei Medici (12.2%).

Tra le attività ritenute più importanti per la promozione della medicina di genere troviamo: la formazione specifica degli studenti di medicina (26.1%), la promozione di corsi/convegni per i medici (26.1%), l'inclusione della medicina di genere nei piani sanitari nazionali e regionali (17.5%), trials di genere specifici (14.3%), la creazione di osservatori sulla salute di genere (8.1%) e campagne di informazione mediatiche (7.1%). ●

**IN SINTESI:**

- X** La medicina di genere è ancora sconosciuta a 1 medico su 5.
- X** Quasi il 90% dei medici ritiene l'approccio di "genere" importante, soprattutto perchè consente di promuovere cure più appropriate, diagnosi più precise ed una prevenzione più efficace.
- X** Per oltre l'80% dei medici l'approccio di genere incontra ancora difficoltà, soprattutto per motivi culturali (scarsa consapevolezza e rigidità di linee guida e protocolli), per scarso interesse istituzionale e scarsi dati sperimentali.
- X** La medicina di genere riguarda tutte le specialità e deve coinvolgere le altre professioni sanitarie, soprattutto infermieri e psicologi.
- X** Nella realtà clinica un approccio di genere è applicabile in meno della metà dei casi, soprattutto per la mancanza di specifici studi e protocolli nei luoghi di lavoro.
- X** L'impegno istituzionali (organismi ministeriali, università, ordine dei medici) dovrebbe essere orientato ad una specifica cultura partendo dai corsi di medicina per arrivare alla promozione di formazione post laurea e inclusione della medicina di genere nei piani sanitari.

# Pari opportunità o discriminazioni?

## *Il parere dei medici bresciani in un sondaggio*

Angelo Bianchetti

*Le normative Comunitarie e Italiane in materia di Pari Opportunità, adeguandosi alle trasformazioni socio-culturali degli ultimi decenni, hanno ampliato le garanzie oltre che alle discriminazioni legate al genere, ad ogni altra forma di discriminazione, diretta o indiretta, legata all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, origine etnica, lingua ed alla disabilità. La commissione Pari Opportunità ha proposto un sondaggio per rilevare se esistano e quali siano, secondo gli iscritti al nostro Ordine, gli ostacoli che ancora si frappongono alla realizzazione di pari opportunità per tutti. Un ambiente di lavoro in grado di garantire parità di opportunità a tutti è elemento imprescindibile per il benessere organizzativo e per un maggior benessere e sicurezza di chi lavora.*

**Al questionario proposto on line hanno risposto 395 iscritti all'OMCEO di Brescia.**

Di questi 190 (48.1%) sono medici ospedalieri (per gran parte di ospedali pubblici), 61 medici di famiglia o pediatri di libera scelta (15.4%), nel 17.2% dei casi si tratta di liberi professionisti, nel 3.3% si tratta di medici di altre strutture sanitarie, nel 3.0% medici dei servizi, nel 5.8% odontoiatri e nel 7.1% di pensionati. Il 57.7% lavora in area medica e il 17.2% in area chirurgica; il 58,5% lavora a tempo indeterminato, l'11.6% a tempo determinato e il 29.9% ha altre forme

di contratto, per lo più di tipo libero professionale.

Il 72.4% di chi ha risposto lavora a tempo pieno, il 8.9% a part time e il 18.7% altre modalità di orario di lavoro.

È stata fatta una analisi dettagliata delle condizioni socio demografiche e familiari che potenzialmente influenzano le opportunità lavorative.

Il 64.1% di chi ha risposto sono uomini e il 35.9% donne. Il 16.7% ha meno di 35 anni, il 28.6% fra 36 e 50 anni, il 43.3% fra 51 e 64 e il 11.4% ha 65 e oltre anni.

Nel 66.8% dei casi si tratta di persone

coniugate, nel 15.7% nubili o celibi, nel 7.8% separati o divorziati, nel 7.3% conviventi.

Il 32.7% degli intervistati non ha figli, il 28.1% 1 figlio, il 27.3% 2 figli, il 10.4% 3 o più figli; nella maggior parte dei casi (43.5%) si tratta di figli maggiorenni; solo nel 5.2% dei casi di bambini con meno di 1 anno di età, nel 7.9% con età fra 2 e 3 anni, nel 5.8% con età fra 4 e 5 anni, nel 12.8% fra 6 e 10 anni, nel 14.9% fra 11 e 14 e nel 10.0% fra 15 e 18 anni.

Nel 25.8% degli intervistati dichiara di aver utilizzato asili nido o *baby sitter* quotidiana (17.5%).

La maggior parte degli intervistati (43.3%) dichiara di avere una colf come aiuto domestico, il 9.4% si affida ai familiari o nel 23.3% al partner e solo il 24.1% dichiara di non avere nessun aiuto.

Il 27.3% dichiara di doversi occupare anche di familiari anziani o disabili.

Il 67.3% dichiara che nei luoghi di lavoro non esistono azioni di welfare aziendale; nel 12,4% sono disponibili asili nido, nell'8.2% flessibilità degli orari, nel 4.5% grest estivi.

Alla domanda *“Ritieni che essere donna rappresenti un fattore discriminatorio nella professione medica?”* la risposta è nettamente influenzata dal sesso (**figura 1**): infatti è d'accordo il 78.3% delle donne e solo il 25,4% degli uomini!

Anche alla domanda *“Ritieni di essere stato discriminato/a nella progressione della carriera?”* la risposta è nettamente influenzata dal sesso (figura 2): il 53% delle donne ritiene che questo sia stato vero, contro solo il 13.4% degli uomini.

Le principali ragioni per cui è avvenuta questa discriminazione sono legate all'essere "donna" (39.9% delle intervistate) ed alla nascita di un figlio (per il 22.6% delle intervistate); l'età rappresenta una ragione per il 10% delle donne e per il 7.8% degli uomini e le relazioni parentali presenti nell'ambito di lavoro per il 3.2% delle donne e per l'8.8% degli uomini; meno rilevanti sono l'etnia (1.5% degli intervistati), l'orientamento sessuale (0.6%), la disabilità (1,5%).

I motivi discriminatori hanno inciso su molti elementi della vita professionale (le differenze di risposte in base al sesso sono più contenute): sull'accesso alla formazione

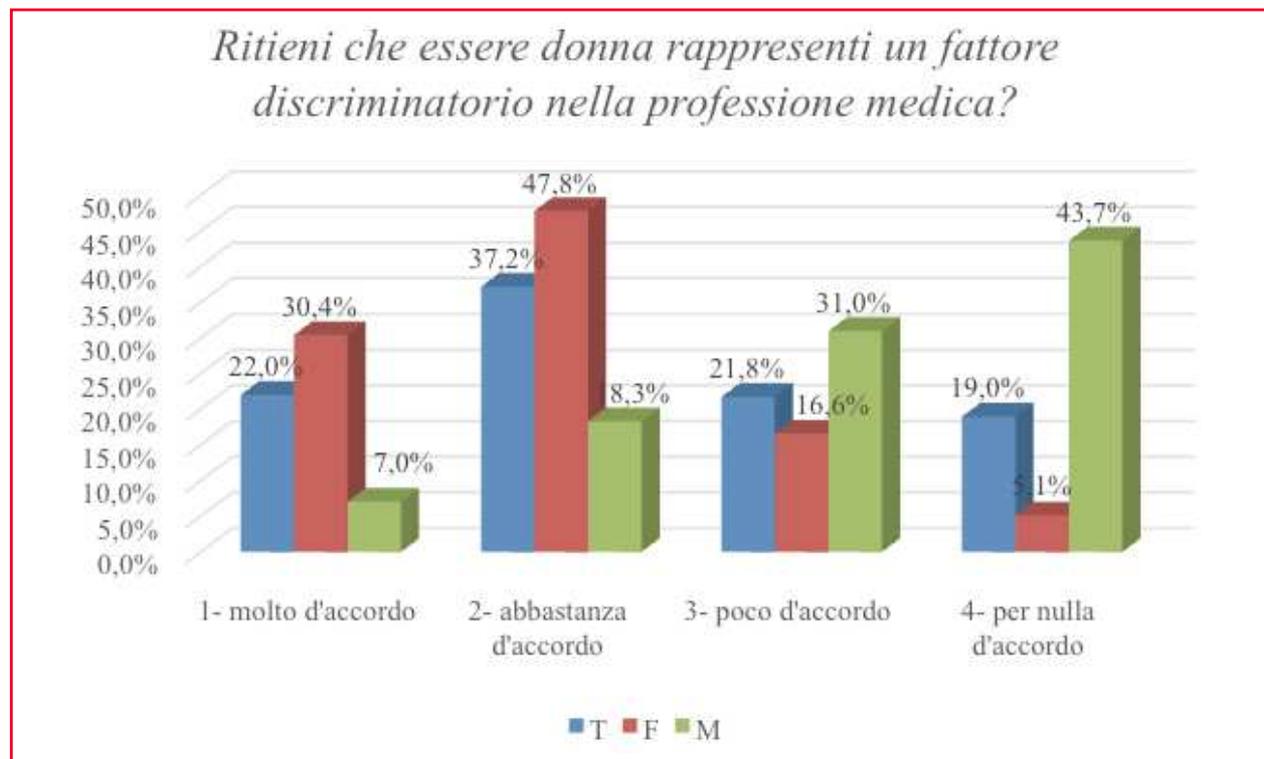


FIGURA 1

post-laurea per il 9.1% delle donne e l'11.8% degli uomini, sull'assunzione per il 15.7% degli intervistati, sul salario per il 13.9% delle donne e il 9.7% degli uomini, sui rapporti fra i colleghi per il 17.3% delle donne e il 13.9% degli uomini, sui rapporti con i colleghi per il 25.7% e sul rapporto medico paziente per l'11.3% delle donne e il 4.2% degli uomini. Un tema centrale è l'**influenza del lavoro sulla scelta di costruire una famiglia**; la distribuzione delle risposte è rappresentata nella **figura 3**. Il 56.9% delle donne dichiara che il lavoro ha condizionato in modo significativo la scelta di formare una famiglia, mentre questo è vero solo per il 30.3% degli uomini.

Le cause più frequenti che portano alla rinuncia a formare una famiglia sono per le donne la difficoltà a conciliare lavoro e famiglia (25.5%), gli orari incompatibili (17.7%, la precarietà del lavoro (11.5%), le difficoltà di accesso al part time (11.1%), le limitazioni della progressione di carriera (9.7%) e la limitazione delle possibilità di formazione (5.6%). Per gli uomini la motivazione più importante è la difficoltà a conciliare lavoro e famiglia (29%), seguita dai

problemi di orario (20.1%) e di precarietà del lavoro (15,1%); per il 7.7% è la limitazione della progressione di carriera e solo per il 3.9% la limitazione della formazione o dell'accesso al part time (3.5%).

Nella **figura 4** sono rappresentate le risposte alla domanda **"nella tua professione hai mai subito..."** in relazione al sesso. Il primo aspetto rilevante è che solo il 30,2% degli uomini e il 19.8% delle donne dichiara di non aver mai subito alcune delle vessazioni descritte.

Fra le donne il 19.1% dichiara di aver subito violenze verbali, il 16.3% mobbing, il 12,5% calunnie, l'11.5% vessazioni e il 9.7% ricatti; molto meno frequenti (fortunatamente) sono le molestie sessuali (4.1%) e le violenze fisiche (0.3%). Fra gli uomini risulta più frequente la violenza verbale (dichiarata dal 16.5%), le vessazioni (13.7%), le calunnie e il mobbing (11.3%); quasi inesistenti molestie e violenza fisica (0.9% in totale).

Il 39.4% degli intervistati dichiara che questi comportamenti sono esercitati più frequentemente dai superiori, il 26.4% dai colleghi, il 3.7% dai subalterni, il 12.6% dai pazienti e il 12.5% dai parenti/visitatori.

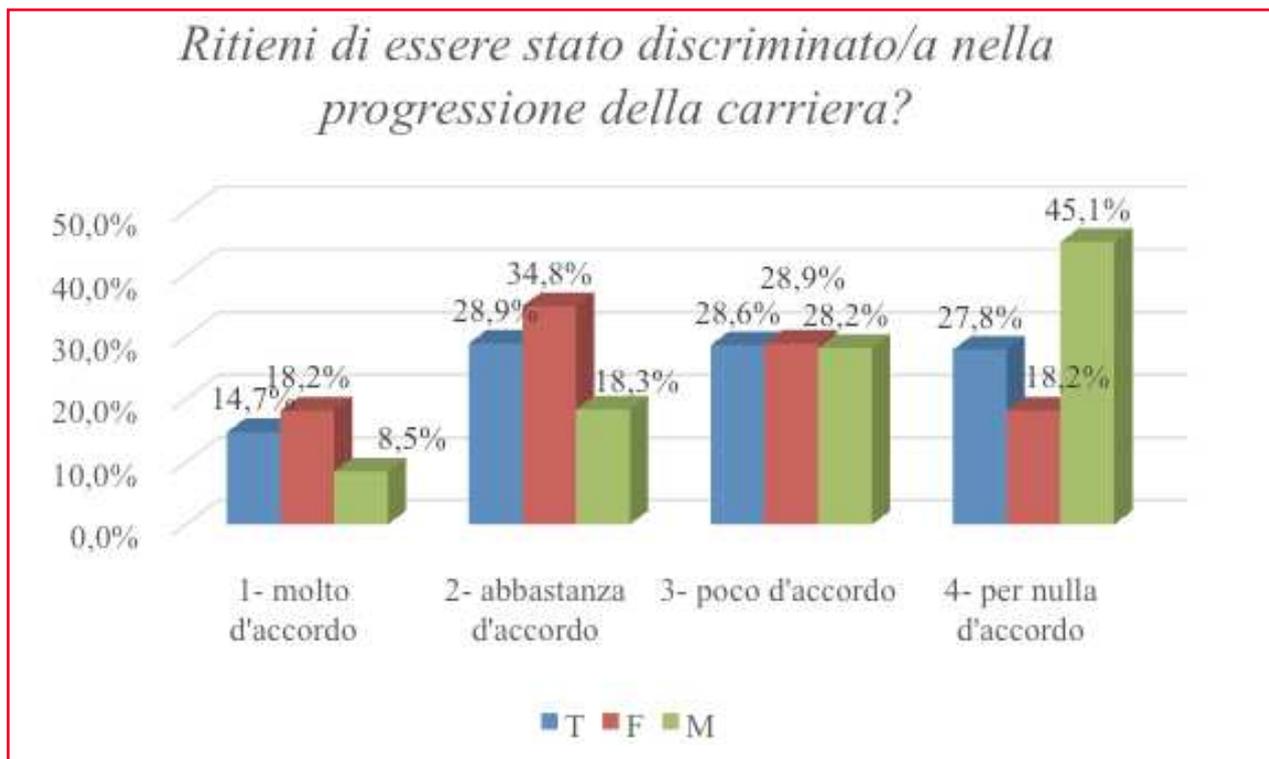


FIGURA 2

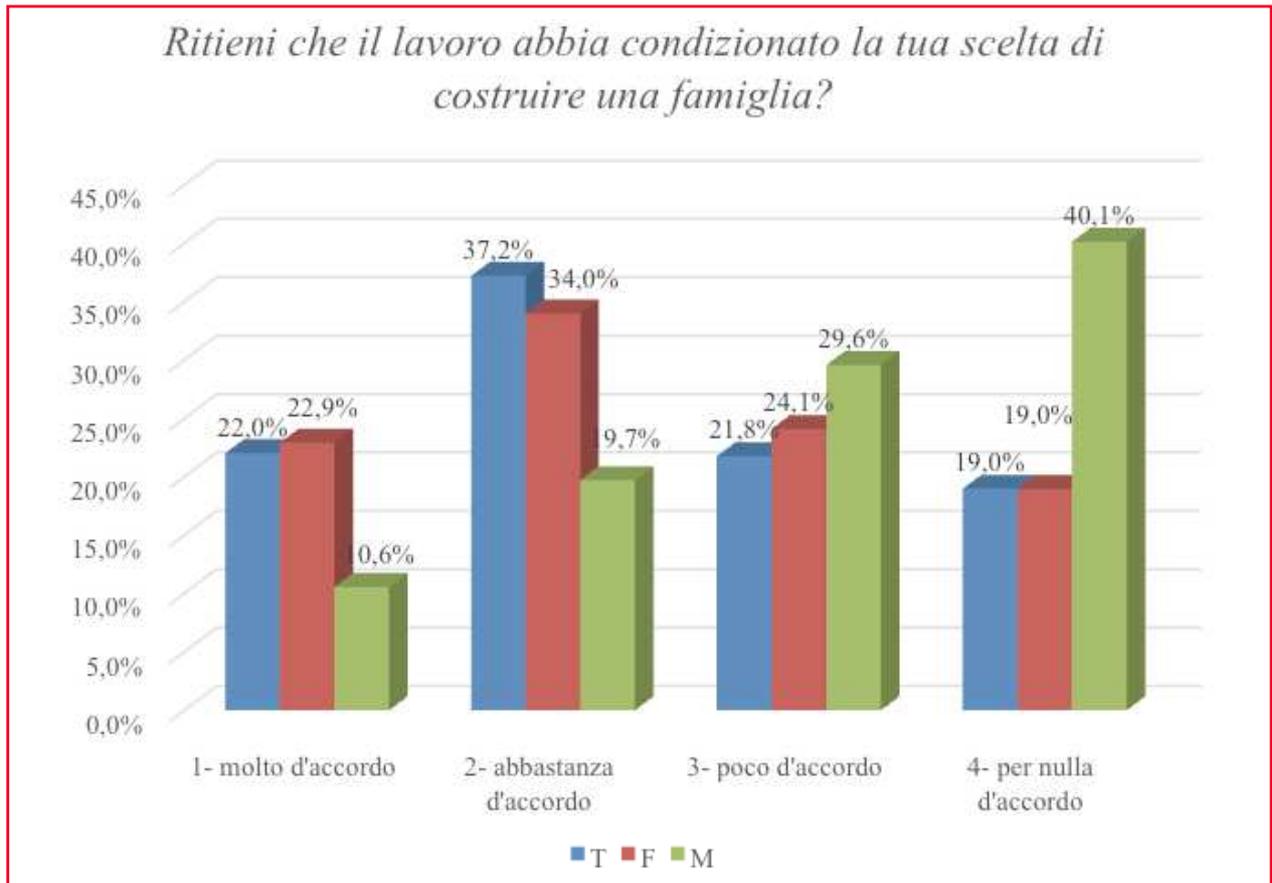


FIGURA 3



FIGURA 4

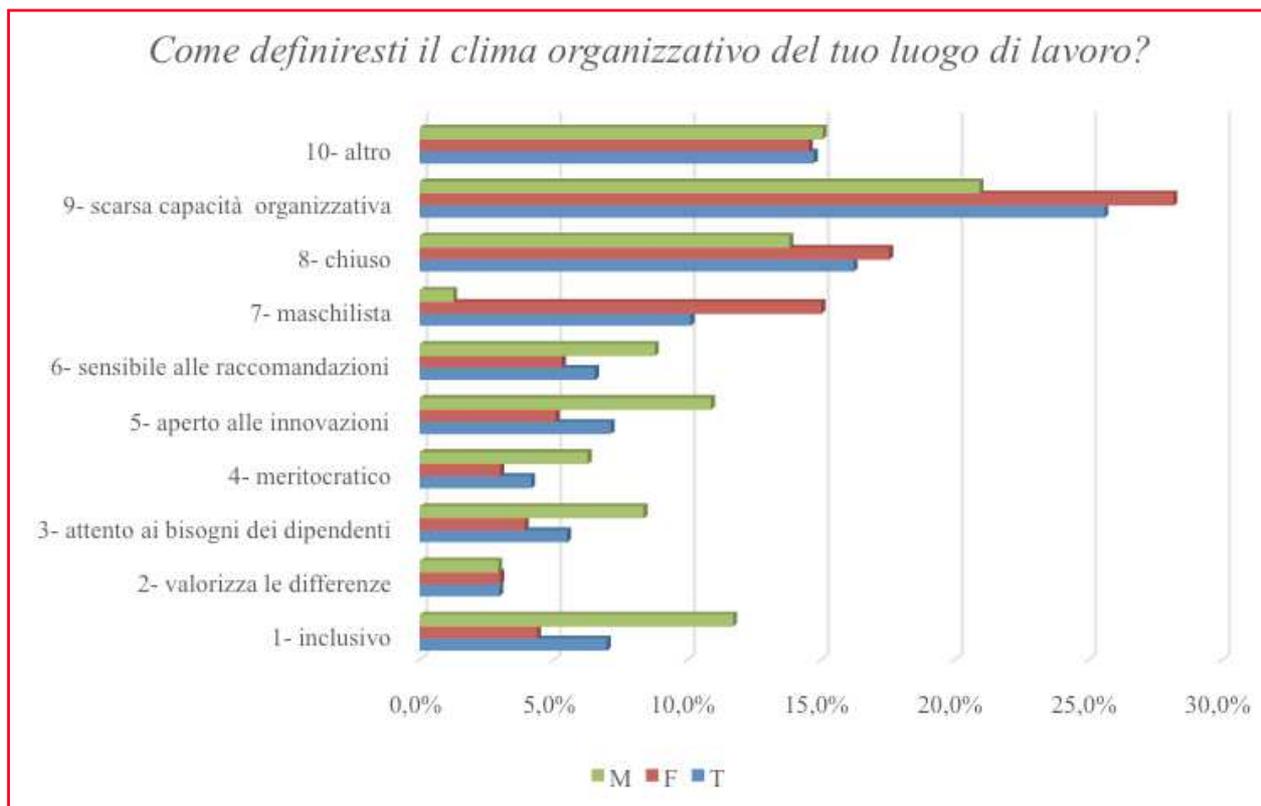


FIGURA 5

L'invidia (22.7%), la scarsa comunicazione (21.5%), il sesso (21.7%) e l'incomprensione (18.8%) sono le principali cause ritenute scatenanti tali comportamenti; meno frequenti (ma ugualmente importanti) l'età (9.1%), l'etnia (3.7%), l'orientamento sessuale (2%) e la disabilità (0.5%).

Nella **figura 5** sono descritti i giudizi rispetto al clima organizzativo del luogo di lavoro. Anche in questo caso il sesso dei *responders* influenza nettamente le risposte. Fra le donne che hanno risposto il 28,2% ritiene il proprio luogo di lavoro con scarsa capacità organizzativa, per il 17,6% chiuso e per il 15% maschilista; solo per il 4,4% è "inclusivo".

Fra gli uomini sono più frequenti i giudizi positivi: per l'11,7% è inclusivo, per il 10,9% aperto alle innovazioni e per l'8,4% attento ai bisogni dei dipendenti; per il 20,9% ha scarsa capacità organizzativa, per il 13,8% è chiuso e per l'8,8% è sensibile alle raccomandazioni.

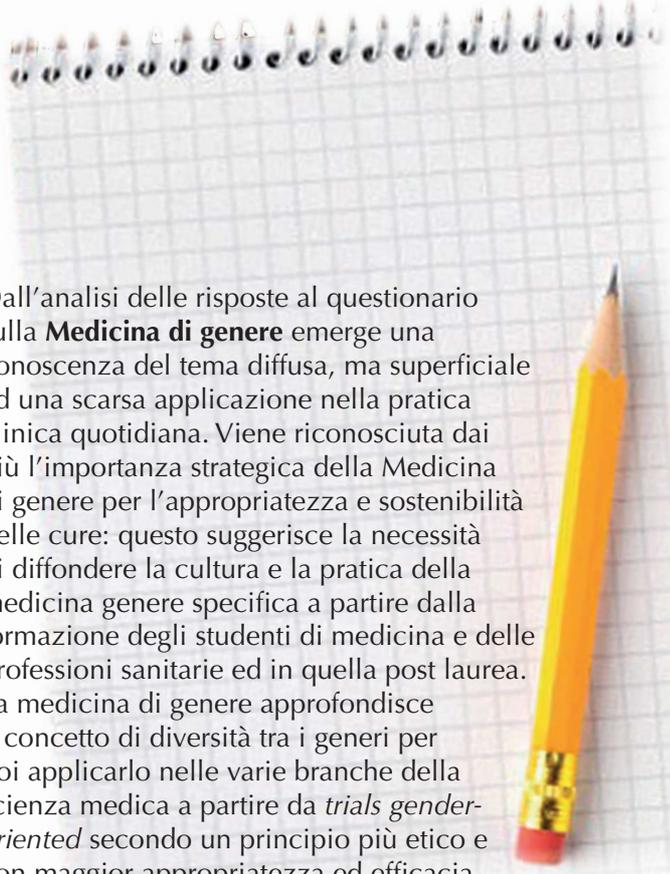
Rispetto ad un possibile ruolo dell'Ordine dei Medici nel contrastare le discriminazioni tra colleghi dovute al genere, età, etnia, orientamento sessuale o disabilità il 25,4% degli uomini e l'11,6% delle donne ha una opinione del tutto negativa ritenendo che si tratti di un problema della società nel suo complesso; il 17% degli uomini e il 23% delle donne assegna all'Ordine dei



Medici un ruolo significativo di stimolo della riflessione della comunità medica e il 12.4% e 12.8% (di uomini e donne rispettivamente) ritiene che l'Ordine possa un ruolo molto incisivo per migliorare la consapevolezza tra i colleghi e svolgere una attività di formazione. ●

### IN SINTESI:

- ✗ Le discriminazioni nei luoghi di lavoro dei medici sono un problema reale.
- ✗ Essere donna è il principale fattore di discriminazione nella professione medica.
- ✗ Essere donna ed avere figli è un fattore di discriminazione significativo.
- ✗ Le discriminazioni riguardano l'assunzione, la progressione della carriera, il salario, i rapporti con i colleghi e con i pazienti.
- ✗ Per il 60% delle donne (e per il 30% degli uomini) il lavoro ha condizionato in modo significativo la scelta di formare una famiglia.
- ✗ Questo avviene soprattutto per la difficoltà a conciliare lavoro e famiglia, per la rigidità degli orari, le limitazioni alla progressione della carriera e la precarietà del lavoro.
- ✗ Quasi l'80% delle donne e il 70% degli uomini ha subito discriminazioni o vessazioni sul lavoro, soprattutto da colleghi o superiori, ma anche da utenti e pazienti.
- ✗ Invidia, scarsa comunicazione e differenze di sesso sono le cause più frequenti che determinano comportamenti discriminatori.
- ✗ Una maggiore consapevolezza sociale e della comunità medica in particolare e una attività di formazione mirata è dunque necessaria.



Dall'analisi delle risposte al questionario sulla **Medicina di genere** emerge una conoscenza del tema diffusa, ma superficiale ed una scarsa applicazione nella pratica clinica quotidiana. Viene riconosciuta dai più l'importanza strategica della Medicina di genere per l'appropriatezza e sostenibilità delle cure: questo suggerisce la necessità di diffondere la cultura e la pratica della medicina genere specifica a partire dalla formazione degli studenti di medicina e delle professioni sanitarie ed in quella post laurea. La medicina di genere approfondisce il concetto di diversità tra i generi per poi applicarlo nelle varie branche della scienza medica a partire da *trials gender-oriented* secondo un principio più etico e con maggior appropriatezza ed efficacia delle cure e quale primo passo fattivo verso un'autentica medicina personalizzata e più equa per superare le diseguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari (Equity Act OMS 2000: parità di accesso alle cure tra uomo e donna e adeguatezza ed appropriatezza di cura secondo il proprio genere).

La dimensione di genere nella salute non è solo una necessità di metodo e di analisi, ma diviene anche uno strumento di governo e *governance* di sistema, un'esigenza del nostro SSN: rendere centrale l'approccio di genere e costruire un punto di vista qualificato sulla salute di donne e bambine e uomini e bambini, per arrivare all'equità. I professionisti sanitari e le Aziende sanitarie non possono esimersi dal considerare che una prospettiva di genere all'interno delle attività di prevenzione e dell'erogazione delle cure mediche e dello sviluppo delle politiche sanitarie, migliori la salute non solo delle donne, ma anche degli uomini, assicuri un miglior e più appropriato utilizzo delle risorse ed accresca la sostenibilità delle cure: limitando anche solo gli effetti collaterali, produce salute e risparmio.

# Brevi note sui sondaggi della responsabile delle commissioni Medicina di genere e Pari Opportunità

**Annalisa Voltolini**

**SALUTE 2020:** è un modello di politica sanitaria europea per i prossimi anni, dove il Genere è un determinante essenziale per la salute. L'obiettivo è che la Medicina di Genere entri nei Piani Nazionali della Salute e che l'approccio "gender oriented" interessi tutti gli studi clinici, sia inter che multidisciplinari e diventi trasversale a tutte le discipline mediche (*mainstreaming*) senza creare nuove specializzazioni. È un investimento culturale a lungo termine che porterà innovazione e sostenibilità delle cure. Nel modello si sottolinea l'importanza della formazione del personale sanitario già nelle università e la sensibilizzazione dei cittadini.

Di seguito alcune possibili strategie di intervento:

- I piani di studio ed i programmi di aggiornamento dovranno essere permeati dalla prospettiva di genere, trasversalmente in tutte le materie di insegnamento, così che gli studenti possano crescere con un modello di approccio al paziente non univocamente "neutro", ma distinto per sesso e genere.
- Si dovranno costruire *trial* clinici, linee guida, PDTA dove le differenze di genere siano fattori importanti da cui partire.
- Le società scientifiche dovranno prevedere dei gruppi di lavoro sulla medicina genere specifica e porre attenzione affinché le relazioni nei congressi tengano conto dei determinanti di genere nella diagnosi e nella cura.
- L'Ordine curerà la formazione con attenzione al genere e la diffusione della medicina genere specifica presso i cittadini attraverso corsi e convegni.

Nel sondaggio su **Pari Opportunità o discriminazioni** risulta evidente che il genere è un fattore discriminatorio per la donna nella professione medica ed emerge altresì una differenza di genere nella stessa percezione della differenza di opportunità tra uomo e donna. **È palese che ciò attiene a degli stereotipi culturali che ancora persistono nella raffigurazione dei ruoli**, che le trasformazioni sociali e culturali degli ultimi decenni e la normativa europea e nazionale in materia di riequilibrio dei generi non hanno scalfito.

Il secondo dato che emerge è la difficoltà a conciliare il lavoro, compresi l'aggiornamento e la progressione di carriera, con la famiglia, non solo per gli orari, ma anche perché nei luoghi di lavoro non esistono, o solo in modo limitato, azioni di *welfare* aziendale (asili nido, *part-time*, *smart working*...) e limitata è ancora la condivisione dei ruoli all'interno della coppia.

Il terzo ed ultimo dato è che il clima organizzativo non è improntato all'inclusività, c'è scarsa comunicazione ed alto è il numero di vessazioni e conflitti.

Nel 2007 la commissione Pari Opportunità dell'Ordine condusse un'indagine sulla scarsa presenza delle donne nei ruoli apicali definita "*Progetto Piramide*". Per quanto le due indagini siano confrontabili solo per una sezione, si nota, purtroppo, che in questi 10 anni nulla è cambiato rispetto ai tre punti richiamati sopra: discriminazioni di genere, conciliazione, clima organizzativo.

In questi 10 anni però la società e la professione medica sono cambiate: c'è stata una "femminilizzazione" della professione, i luoghi di lavoro sono diventati "misti", non solo riguardo al genere, ma anche all'etnia ed alla età, per il pensionamento posticipato. Le organizzazioni però non si sono adeguate e permangono dei modelli di lavoro standard improntati al maschile, compiti e

turni divenuti più "faticosi" per dipendenti meno giovani, ostacoli nelle relazioni tra dipendenti di nazionalità diverse.

La cultura delle differenze (genere, generazionale, etnia, orientamento sessuale) non è stata assorbita dalle organizzazioni del lavoro e non si è tradotta in pratiche di gestione del personale inclusive, dove le differenze rappresentano un valore positivo, di crescita e di innovazione e possono tradursi in strategie proattive del cambiamento e del miglioramento delle condizioni e del clima di lavoro, sia per gli aspetti relazionali, che per quelli legati all'organizzazione del lavoro, incluso il tema della conciliazione lavoro-famiglia. Possibili soluzioni passano attraverso l'introduzione nelle Aziende del *Diversity manager* per la gestione, valorizzazione ed inclusione delle diversità e l'implementazione di strumenti per la conciliazione e trasparenza dei meccanismi di crescita professionale e dei modelli di valutazione.

L'Ordine potrebbe avere un ruolo nel destrutturare gli stereotipi culturali, di orientamento alle scelte professionali e di *coaching* nei percorsi di crescita in ottica di pari opportunità e di strategie di gestione dei tempi. ●

# Diversity: un vocabolo con cui dobbiamo imparare a convivere

**Daniela Bandera**

Sociologa del lavoro e delle organizzazioni  
CEO di Nomesis-Intelligence for Solutions

Da tre decenni si sta parlando di *Diversity Management* nelle organizzazioni in risposta alle continue trasformazioni che hanno caratterizzato il tessuto sociale e stanno producendo una sempre maggiore diversificazione che ha interessato sia l'ambiente esterno alle organizzazioni, sia quello interno.

Cambiano e si differenziano i clienti ma anche i collaboratori e le collaboratrici e questo determina l'emergenza di bisogni e di aspettative che si esprimono nei confronti del lavoro e delle relazioni, ma cambiano anche quegli aspetti di diversità strutturale come il sesso, con una maggiore presenza di donne, di età, ci sono più persone anziane, di competenza, la pervasività delle tecnologie rende obsolete le competenze tradizionali, di cultura, ci sono sempre più persone provenienti da culture diverse.

Accanto a questi aspetti della diversità che caratterizzano la nostra epoca, rimane pur sempre aperta la necessità di gestire la diversità di genere che si esprime nelle organizzazioni e alla quale spesso si collegano fenomeni di discriminazione pesanti che condizionano la presenza femminile nelle organizzazioni e la vita delle donne in modo significativo.

Una interessante indagine condotta dall'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Brescia apre una finestra sulla realtà femminile delle donne medico e odontoiatre attraverso la quale si possono capire alcuni aspetti che caratterizzano la "diversità" di genere nell'ambito delle professioni mediche e consente l'individuazione di alcune strategie di *diversity management* per costruire organizzazioni che possano essere più women friendly.

## a. L'indagine: la diversità di genere nella professione medica

I dati raccolti, relativi agli aspetti che "qualificano" il campione di coloro che hanno risposto all'indagine, evidenziano alcuni elementi in cui la differenza di genere non è ininfluente.

Se si prende in considerazione la specializzazione, ad esempio le donne sono maggiormente presenti nell'area medica mentre gli uomini lo sono in quella chirurgica, se si prende in considerazione l'orario di lavoro le donne

sono maggiormente presenti tra coloro che fruiscono del *part time* e tra i tempi determinati.

Certamente questi dati sono influenzati dal fatto che le donne coinvolte nell'indagine siano mediamente più giovani degli uomini, ma certamente confermano la propensione delle donne ad impegnarsi in situazioni lavorative che consentano loro di gestire il doppio ruolo, quando e qualora questa opzione si presentasse.

**La tipologia del lavoro svolto ha comunque condizionato molto la scelta di costruire una famiglia per il 26% delle donne (contro il 10,56% degli uomini).**

Se si trascurasse il fatto che l'11,09% delle donne, contro il 3,47% degli uomini la considera come causa di rinuncia alla famiglia la difficoltà di accesso al *part time*, le cause più frequenti di una eventuale rinuncia alla famiglia non sono molto diverse tra uomini e donne: al primo posto l'incompatibilità degli orari, al secondo la difficoltà di conciliare lavoro e famiglia al terzo posto la precarietà del lavoro.

Questo comune sentire deve essere sottolineato perché segnala la presenza, anche tra gli uomini, di esigenze e bisogni legati alla propria sfera personale che sono stati storicamente attribuiti al genere femminile. Nella gestione della diversità si deve tenere conto anche di questo, quando si parla di differenze di genere ci si riferisce appunto alle differenze che possono caratterizzare la componente femminile e maschile con i relativi bisogni, per elaborare strategie customizzate, in grado quindi di rispondere in modo differenziato ai bisogni di entrambi.

La tipologia del lavoro svolto incide anche sulla tenuta della famiglia: tra le donne vi è un maggior numero di nubili e di divorziate/separate di quanto non sia tra gli uomini e un numero minore di figli. Mediamente i figli delle donne medico sono più giovani di quelli dei colleghi quindi maggiormente bisognosi di cura e di presenza e le donne gestiscono in misura maggiore dei colleghi famigliari anziani o portatori di handicap (il 30,04% delle donne contro il 22,54% degli uomini)

senza poter contare sull'aiuto del *partner*. **Solo il 17,79% delle donne può contare sull'aiuto domestico del *partner*, contro il 33,10% dei colleghi maschi**, per contro le donne hanno un maggiore supporto da parte di altri membri della famiglia e contano su un aiuto domestico di persone esterne alla famiglia (*colf*, *baby sitter* ecc.).

### b. Il "genere" discriminato

La gravosità della combinazione dei tempi non è il solo aspetto che rende difficile la combinazione dei diversi aspetti della vita. All'interno dell'organizzazione in cui le persone intervistate lavorano, le donne devono fare i conti con la presenza di elementi discriminatori più dei maschi: il 30,43% di donne intervistate dichiara infatti di essere d'accordo con l'affermazione che "essere donna rappresenta un fattore discriminatorio" nella professione medica contro il 7,04% degli uomini che probabilmente sono poco attenti alle dinamiche discriminatorie che colpiscono le colleghe.

**Il 26% delle donne intervistate, dichiara di essere stata molto discriminata nella progressione di carriera, contro l'8,45% degli uomini.**

Il gap è auto-esplicativo: le donne non solo si sentono più esposte al rischio di discriminazione ma hanno subito discriminazioni nelle progressioni di carriera.

Due sono i motivi che le donne adducono come fattori scatenanti la discriminazione: l'essere donne e la nascita del figlio mentre per i maschi intervistati altre sono le ragioni non meglio specificate. Le discriminazioni hanno inciso anche sulle relazioni con i colleghi e sul salario.

A ciò si aggiunge anche il fatto che superiori e colleghi, ma anche i pazienti o i parenti/visitatori, diventano elemento di stress con ricatti e vessazioni. Anche in questi momenti negativi il genere è un fattore discriminante: le donne dichiarano di essere più esposte a ricatti, violenze verbali, molestie sessuali e *mobbing* mentre gli uomini, più delle donne subiscono

vessazioni ma sono anche più delle donne concentrati tra il gruppo che non ha avuto esperienze negative (il 19,85% delle donne e il 30,19% degli uomini). I fattori scatenanti questi comportamenti negativi sono per le donne la differenza di genere ma di pari importanza sono anche l'invidia, le incomprensioni e la scarsa comunicazione e in questo concordano con i colleghi. **Questi dati potrebbero spiegare le ragioni per cui difficilmente le donne arrivano a ricoprire ruoli apicali.**

### c. L'ambiente di lavoro: luci ed ombre

La descrizione dell'ambiente di lavoro, mentre vede una sostanziale parità tra uomini e donne per quanto concerne la descrizione positiva, permette di rilevare una sostanziale differenza di genere: le donne superano ampiamente gli uomini nella descrizione negativa, soprattutto in due *items*, quello relativo al maschilismo e alla scarsa organizzazione.

In sintesi gli aspetti emersi dall'indagine, utili per l'elaborazione di una strategia di Diversity Management sul posto di lavoro sono aggregabili in due grandi macro aree:

#### 1. Il condizionamento del lavoro sulla vita

**privata:** Il lavoro incide maggiormente sulle donne per quanto riguarda la costruzione di una famiglia e nella tenuta della relazione familiare. Uno dei fattori più importanti e l'impossibilità di accesso al *part time*.

2. **Relazioni nell'ambiente di lavoro:** più degli uomini hanno subito discriminazioni legate al proprio genere e sono più degli uomini soggette a ricatti, violenze verbali e molestie a causa di un ambiente di lavoro maschilista.

### d. Per una strategia di Diversity Management

Quali caratteristiche e quali azioni può avere un piano di azioni positive tendente a rimuovere gli ostacoli che colpiscono

maggiormente le donne e creare la piena realizzazione delle pari opportunità nell'ambiente di lavoro? Suddivido la risposta in due categorie di intervento: la prima categoria relativa ad interventi organizzativi legati all'organizzazione del lavoro e ai servizi, la seconda categoria concernente la prevenzione e il contrasto delle cause di discriminazione.

### Interventi organizzativi per rendere compatibile il lavoro con la gestione della vita privata:

- Utilizzare dove possibile forme di auto-gestione degli orari, flessibilità in entrata e in uscita.
- *Part time* definiti temporalmente e rivedibili negli anni per avere una corretta rotazione delle donne che possono fruire del *part time*.
- Potenziamento dello *Smart Working* che non è il lavoro da casa ma una modalità innovativa di organizzare il lavoro cercando di coniugare le esigenze relative agli obiettivi da raggiungere come organizzazione e le esigenze particolari di target specifici di lavoratori/lavoratrici. E' importante individuare aspetti che possano rispondere anche alle modificate esigenze e bisogni maschili che oggi, più di ieri, assegnano importanza alla loro vita privata soprattutto nelle giovani generazioni.
- Sistemi di valutazione che tengano conto della specificità di genere.
- Rilevazione in modo sistematico delle criticità attraverso l'utilizzo di questionari interni anonimi.
- *Mentoring* per supportare le donne in periodi particolari della propria vita (ad esempio quando hanno un figlio).
- Convenzioni con servizi per anziani e disabili in famiglia.
- Informazione e sostegno del congedo parentale maschile.
- Mantenimento e potenziamento delle strutture e dei servizi di supporto.

### Prevenzione e contrasto delle cause di discriminazione:

1. Percorsi formativi di sensibilizzazione per uomini e donne per aumentare il livello di consapevolezza dei comportamenti discriminatori.
2. Stili di leadership inclusivi per rendere esplicito l'obiettivo di far crescere le donne nei ruoli apicali e trasferire modalità comportamentali dei ruoli apicali verso colleghi/e e collaboratori/trici.
3. Diffusione dei risultati relativi ai progressi fatti nella gestione della diversità.
4. Ascolto e costruzione di una rete interna di "antenne di prevenzione".
5. Piattaforme di formazione *on line* per consentire ai collaboratori di accedervi anche nei periodi di assenza (vedi maternità ad esempio).
6. Dotarsi di codici di condotta per la tutela dei diritti delle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Con la diversità dobbiamo imparare a convivere trovando delle soluzioni che possano portare a giochi a somma positiva: il primo passo è accogliere nella propria organizzazione la prospettiva del *diversity management* che consenta il riconoscimento delle differenze, l'attribuzione di valore. Ciò rende possibile, facendo leva sulle differenze che portano valore all'organizzazione, il raggiungimento dei risultati organizzativi in modo più efficiente perché si utilizzano tutte le risorse a disposizione. Non ci si interroga infatti mai abbastanza del costo che alcune prassi organizzative discriminanti o non sufficientemente in grado di evitare la discriminazione comportano per l'organizzazione. Il cambiamento è possibile e un esempio concreto può essere utile per rinforzare l'idea di un *Diversity Management* attivo e trasformativo. IFOM, Istituto

FIRC di Oncologia Molecolare sviluppa la propria attività con 260 ricercatori, dottorandi, studenti e postdoc italiani e internazionali. Di questi il 60% sono donne di cui il 30% è anche madre di uno o due bimbi. Ciò ha spinto IFOM verso l'implementazione di pratiche di gestione delle risorse umane che riescano a coniugare gli obiettivi di un buon *work life balance* dei propri dipendenti.

Rossella Blasi, direttore HR, intervistata da Diversity management, la prima rivista *on line* sui temi dell'inclusione e della gestione della diversità, spiega le motivazioni alla base di alcune scelte aziendali. «*IFOM si è immedesimato nei desideri di carriera e di realizzazione familiare dei propri dipendenti ed ha iniziato a pensare a dei programmi di **work-life balance**, di conciliazione famiglia-lavoro, che rispondessero sia alle esigenze di un istituto di ricerca, sia alle necessità di una famiglia in cui genitori e bambini devono fare un percorso parallelo di crescita. Con difficoltà tanto maggiori per i **ricercatori e famiglie straniere** che devono confrontarsi con lingua, abitudini, opportunità diverse dal Paese di origine. Per IFOM, *work-life balance* significa anche concedere ai genitori un **orario di lavoro flessibile**, potendo usufruire delle pause pranzo per svolgere impegni personali così da conciliare al meglio la realtà lavorativa con quella familiare. L'obiettivo raggiunto è una maggiore redditività e produttività sul lavoro».*

# #ScienceToo, le molestie sessuali nella scienza

**Donatella Albini**

Commissione Pari Opportunità

Ordine dei Medici

Se pensiamo che le campagne nazionali ed internazionali contro le molestie sessuali sulle donne sul posto di lavoro siano riuscite effettivamente ad eliminare questo fenomeno negli ambienti accademici, ci sbagliamo.

**A dirlo il rapporto realizzato dal National Academies of Sciences, Engineering and Medicine** che raccoglie i risultati delle ricerche degli ultimi trent'anni sull'incidenza delle molestie sessuali nelle università americane.

Negli ultimi anni sono state numerose le iniziative che hanno cercato di incentivare la partecipazione delle donne negli ambiti cosiddetti "Stem" (*Science, technology, engineering, mathematics*), per lungo tempo considerati luoghi "esclusivi" di soli uomini. Questi sforzi stanno avendo il loro successo, con una partecipazione al femminile mai vista prima: **sono molte di più le donne che oggi decidono di intraprendere una carriera scientifica o decidono di iscriversi a un corso di laurea in scienze, ingegneria o medicina.** È un peccato che però, una volta entrate nel mondo scientifico, gli ostacoli a cui le donne si trovano di fronte non sono pochi, e le molestie sessuali sono uno di questi.

**#ScienceToo** è l'hashtag con cui è stato

pubblicato il rapporto *Sexual harassment of Women*, sull'onda di #MeToo lanciato l'anno scorso per protesta contro le molestie sessuali sulle donne nel mondo cinematografico.

I dati dicono che **il 58%** delle donne statunitensi, prendendo in considerazione tutte le facoltà, sperimenta molestie di tipo sessuale e che, la maggior parte di queste, avvengono nelle facoltà di scienze, ingegneria e medicina.

**"Le donne non sono abbastanza intelligenti per avere una carriera scientifica di successo"**: è la frase che maggiormente si sentono dire le studentesse delle aree scientifiche. **Non si tratta solo di vere e proprie violenze fisiche, quindi, ma anche di commenti sessisti e battute a sfondo sessuale, a cui spesso le donne sono sottoposte quotidianamente.** Secondo il report, le studentesse e il personale accademico delle aree Stem che sperimentano questo tipo di esperienza nell'ambiente lavorativo, variano **tra il 17% e il 50%.**

"Se avete a cuore la scienza, l'ingegneria e la medicina, deve starvi a cuore la questione delle molestie sessuali in accademia" ha detto **Sheila Widnall**, una delle autrici,

presentando il report i primi giorni del mese scorso a Washington DC.

Lo **scopo** di questo lavoro è proprio questo: denunciare una realtà in cui solo le molestie fisiche sono punibili per legge, mentre le molestie legate al genere no. Per molestie legate al genere si intendono tutte quelle molestie verbali o non, atte a discriminare, offendere ed escludere le donne. Spaziano quindi da vere e proprie aggressioni ad **advance verbali, che sono la categoria di molestie sessuali più diffuse e purtroppo più tollerate negli ambienti lavorativi.**

**Ma perché è importante prendere una posizione ben precisa al riguardo?**

Secondo il report, le molestie sessuali hanno dei gravi effetti sulla salute e sulla carriera delle donne, e di conseguenza sulla loro ricerca. Gli effetti conseguenti alle molestie sessuali si verificano sul benessere psico-fisico della persona che sfociano in depressione, stress e ansia.

Inoltre, moltissime sono le donne molestate che decidono di cambiare filone di ricerca o addirittura di abbandonarla completamente, rinunciando così a numerose opportunità di carriera. Di conseguenza è la qualità stessa della ricerca che viene messa in discussione. In Italia la situazione non sembra essere tanto diversa. Nonostante non ci sia ancora un'indagine nazionale sulla situazione delle molestie sessuali negli atenei italiani, dai dati rilevati dall'Istat tra il 2015 e il 2016 nel report *"Le molestie e i ricatti sessuali sul lavoro"* è emerso che quasi il **44%** delle donne italiane ha subito molestie sessuali e che di queste quasi il **9%** abbia sperimentato violenze fisiche o ricatti sessuali sul posto di lavoro.

La quota maggiore delle vittime, inoltre, lavorava o cercava lavoro nell'ambito scientifico e tecnico (**20%**).

La conferenza annuale dell'Associazione donne & Scienza, svoltasi a Pisa il 21 e 22 settembre del 2018, organizzata da EPWS (*European Platform of Woman Scientist*) ha avuto per tema le molestie in Università e ricerca, con un respiro internazionale.

Per salvaguardare il contributo delle donne nella scienza deve, quindi, essere una priorità per le università non solo denunciare l'atto di molestia in sé ma anche, e soprattutto,

prevenire questo fenomeno a monte, condannando qualsiasi clima sessualmente discriminatorio nei confronti del sesso femminile nelle strutture accademiche.

**Una tolleranza zero per qualsiasi ambiente in cui vige l'idea in cui le donne non sono fatte per la scienza e che non meritano rispetto.**

A questo proposito il report incita gli atenei a considerare le molestie, oltre che un fatto legale, anche un fatto culturale, implementando i rapporti annuali sull'incidenza delle molestie registrate e facilitando l'accesso ai servizi di supporto sociale e sanitario.

La rivista *Nature* nel maggio del 2018 si è dedicata alla questione delle molestie in ambito scientifico e ha pubblicato un articolo in cui propone che le molestie sessuali vengano considerate come altre forme di scorrettezza scientifica, come i plagiarismi ed altre forme di cattiva condotta.

Sembra un paradosso: i fondi investiti e gli sforzi spesi per il reclutamento delle donne nelle aree scientifiche e tecnologiche diventano inutili poi a causa di questi comportamenti dannosi e della loro tolleranza negli ambienti lavorativi. Le molestie sessuali non possono, e non devono, essere il prezzo da pagare per avere una carriera accademica di successo e l'impegno da parte degli atenei deve focalizzarsi su un cambiamento culturale mirato a rifiutare qualsiasi discriminazione di genere e a valorizzare il talento delle scienziate di oggi e di domani. ●

# Depressione e genere

**Gaia Novelli e Antonio Vita**

ordinario di Psichiatria Università degli Studi  
di Brescia, Scuola di Medicina

antonio.vita@gmail.com

La differenza nell'espressione di diversi Disturbi della Salute Mentale associata al genere è un elemento ormai largamente osservato e discusso dalla comunità scientifica.

Tra i Disturbi maggiormente associati a questa peculiare modalità di presentazione assume particolare interesse il Disturbo Depressivo Maggiore, il "black dog" dei disturbi Psichiatrici che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2020 rappresenterà la principale causa di disabilità al mondo dopo le patologie cardiovascolari. La stessa OMS indica come a maggiore rischio di sviluppo di tale Disturbo sia il sesso femminile, il cui rischio di sviluppare Depressione nel corso della vita è doppio rispetto al sesso maschile.

Le differenze tra i generi tuttavia non si esprimono unicamente a livello epidemiologico: sono evidenti infatti differenze nella presentazione psicopatologica, nelle comorbidità psichiatriche, nell'attitudine alla malattia e alla modalità di trattamento, con evidenze che attestano differenti profili di risposta ai farmaci antidepressivi che inducono

ad ipotizzare la presenza di diversi mediatori di malattia tra i due sessi. Per quanto l'evidenza scientifica sembri chiara nel delineare due profili fenomenologici differenti, gli agenti responsabili di tali differenze sono, sebbene intuibili, a volte difficilmente imputabili. È noto che i cervelli maschili e femminili sono abbondantemente diversi sia a livello funzionale che a livello strutturale, e come tale architettura subisce diverse fluttuazioni nel corso dello sviluppo (Courchesne et al., 2000; Ingahalikar et al., 2014), tuttavia la vera sfida è individuare quali di queste differenze siano effettivamente rilevanti nello sviluppo dei Disturbi dell'Umore. Intuitivamente, un ruolo preminente viene attribuito agli steroidi gonadici e alle loro modificazioni cicliche che, in associazione alla regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisario, oltre al fondamentale ruolo nel consentire concepimento e gestazione, espongono il cervello femminile a intense e cicliche perturbazioni. L'effetto di tali perturbazioni sul comportamento, tuttavia, è largamente individuale: infatti, sebbene ciascuna donna sperimenti tali fluttuazioni ormonali, solo il 3 - 5% di esse presenta una sintomatologia simil-depressiva che, nel DSM 5 viene ascritta al Disturbo Disforico Premestruale (Epperson et al., 2012); e una percentuale circa doppia, nei delicati momenti del postparto e perimenopausali, sperimenterà un episodio Depressivo Maggiore conclamato (Gaynes et al., 2005; Freeman et al., 2014).

È tuttavia indubbio che le modificazioni ormonali abbiano un ruolo chiave nello sviluppo di sintomi depressivi nella donna: per quanto difficile da diagnosticare nell'infanzia, la Depressione sembra in tale fascia d'età mantenere in entrambi i sessi una prevalenza di circa il 5%, mentre è stato individuato che, superato lo stadio III di Tanner ovvero l'inizio del ciclo ovarico, quando il livello di estrogeni comincia

a incrementare, il rischio di sviluppare depressione nelle ragazze aumenta significativamente fino a raddoppiare quello della controparte maschile (Angold et al., 1998). Tale incremento si mantiene fino al raggiungimento della menopausa, dopo la quale il rischio si riduce progressivamente fino a pareggiare nuovamente quello maschile. Inoltre, più della metà delle donne che soffrono di Depressione Maggiore, nelle fasi premenstruali presentano una riesacerbazione della sintomatologia depressiva, indipendentemente dall'efficacia del trattamento antidepressivo in corso (Haley et al., 2013).

**La relazione che intercorre tra gravidanza e Depressione è tuttora oggetto di studio e dibattito:** sebbene il DSM-5 mantenga l'utilizzo dello specificatore diagnostico per la Depressione postparto specificando che l'insorgenza dei sintomi deve avvenire tra il terzo trimestre di gestazione e fino a quattro settimane dopo il parto, l'eterogeneità nei campioni studiati potrebbe in parte oscurare il reale rapporto tra le fluttuazioni ormonali legate al parto e l'insorgenza dei sintomi depressivi. È stato evidenziato infatti che tra le donne che hanno presentato un episodio di Depressione Maggiore dopo il parto, un quarto soffriva di Depressione Cronica, un terzo ha sofferto di un episodio depressivo insorto nel corso di una gravidanza e solo un terzo ha avuto un vero esordio della sintomatologia depressiva con caratteristiche tali da soddisfare il DSM 5 per la diagnosi (Wisner et al., 2013). In altri studi è stato suggerito che l'esposizione ad estradiolo e progesterone durante la gravidanza e il loro improvviso e drastico calo possano, in donne predisposte, portare allo sviluppo di Depressione Postpartum (Bloch et al., 2000.).

Nella fase di transizione perimenopausale, il rischio di sviluppo di sintomatologia depressiva è

doppio nelle donne che non hanno avuto storia di Disturbo Depressivo Maggiore, mentre aumenta di 4-6 volte in donne che durante gli anni di fertilità hanno presentato episodi depressivi. È rimarcabile inoltre che il rischio di sviluppare episodi depressivi diminuisca fino a raggiungere i livelli maschili nell'anno successivo alla menopausa (Cohen et al., 2006; Freeman et al., 2014). Ad ulteriore riprova dell'importanza delle variazioni ormonali nell'insorgenza di sintomi depressivi in questa fascia d'età, due *trials* randomizzati (Schmidt et al., 2000; Soares et al., 2001) hanno evidenziato che la terapia ormonale con estradiolo a dosaggio standard era più efficace del placebo nel trattare un episodio depressivo con insorgenza perimenopausale.

Questi elementi non riescono tuttavia a spiegare del tutto perché alcune donne sviluppino i sintomi e altre no. Le ricerche più recenti evidenziano come, nel milieu dei fattori ambientali che possano avere un ruolo nello sviluppo di sintomi depressivi, già la presenza di stress in gravidanza può incidere sullo sviluppo di sintomi depressivi nel corso della vita del nascituro. Ma non solo: il momento d'insorgenza e la natura dello stress materno possono influenzare la disregolazione affettiva del nascituro in modo sesso-dipendente: sembra infatti che sia presente una maggiore vulnerabilità ad un effetto depressogeno dello stress prenatale insorto nel primo trimestre per il sesso maschile (Martin et al., 1999; deBrujin et al., 2009), mentre le femmine sembrano essere più sensibili a fattori stressanti insorti nell'ultimo trimestre di gestazione (deBrujin et al., 2009). Il meccanismo che potrebbe condurre a tale risultato nel maschio è stato esplorato da Mueller e Bale nel 2011, che hanno evidenziato unicamente nella placenta maschile una alterazione nell'espressione di geni per i glucocorticoidi e per il CRH in seguito all'esposizione ad uno stress materno (Mueller and Bale, 2011).

È chiaro, quindi, che ancor prima della nascita ci sono degli *input* che possono predisporre allo sviluppo di **Depressione Maggiore con preferenza per un sesso piuttosto che per l'altro.**

Anche durante la vita post-natale, donne e uomini possono essere sensibili a fattori stressanti diversi: le donne, infatti, mostrano generalmente dei modelli di comportamento adattativi, sviluppati attorno alla cura della prole, che sottendono una migliore cognitività sociale e un miglior livello di empatia (Halpern, 2007; Gur et al., 2012; Thompson and Voyer, 2014). Tali capacità tuttavia rendono il sesso femminile più sensibile alla separazione, al rifiuto e al criticismo (Zahn-Waxler et al., 2008, Martel, 2013), in maniera anche in parte mediata da stereotipi culturali (Carter, 2011).

Un altro fattore notoriamente correlato all'insorgenza di Depressione Maggiore è la presenza di eventi traumatici durante l'infanzia e, anche in questo caso, l'esposizione a questi eventi è diversa nei due sessi. L'abuso sessuale durante l'infanzia, ad esempio, ha un'incidenza del 14.5% nel sesso femminile e del 7.2% in quello maschile negli USA (Gorey and Leslie, 1997). L'aver subito abusi sessuali infantili non solo aumenta enormemente il rischio di sviluppare Depressione (DeBellis et al., 2011), ma è anche associato alla presenza di altre forme di abuso, e il numero di esperienze traumatiche infantili influenza non solo il rischio di sviluppare Depressione, ma anche quello di sviluppare patologie infiammatorie croniche o altre malattie somatiche (tra cui patologie Cardiovascolari, Diabete II, Obesità), le quali rappresentano esse stesse un fattore di rischio per lo sviluppo di Depressione (Dube et al., 2005; Edwards et al., 2005).

Il corredo sintomatologico che caratterizza l'episodio depressivo può variare tra i sessi: emerge dallo

studio STAR-D (Sequenced Treatment Alternatives To Relieve Depression) che le donne che si rivolgono al medico per ricevere un trattamento antidepressivo presentano in media una gravità maggiore dei sintomi depressivi, aumento dell'appetito e di peso, ipersonnia, ipersensibilità interpersonale e sintomi somatici gastrointestinali. Hanno inoltre una maggiore comorbidità con Disturbi d'Ansia e Somatoformi, e in anamnesi contano un maggior numero di tentativi di suicidio. Le donne, quindi, sono più portate a sviluppare una forma di Depressione "atipica", che è inoltre associata ad una minore età d'esordio, più comorbidità con sintomi d'ansia e maggiore severità e grado di disabilità (Blanco et al., 2012). L'uomo, al contrario, presenta più frequentemente Disturbo da Uso di Alcol e di Sostanze Stupefacenti in comorbidità ed è più incline alla messa in atto di atti suicidari effettivamente letali (Marcus et al., 2008; Rudmin et al., 2003).

**Oltre a presentare un corredo sintomatologico più vario e generalmente più severo, le donne tendono a rispondere diversamente al trattamento antidepressivo rispetto agli uomini:** nella Depressione femminile con insorgenza in età fertile sembra si possa ottenere una migliore risposta utilizzando SSRIs, mentre negli uomini e nelle donne in età menopausale sembrano essere più efficaci gli antidepressivi triciclici (Khan et al., 2005). Le ipotesi per cui gli SSRIs sembrano essere più efficaci nelle donne in età fertile suggeriscono che gli inibitori della ricaptazione della serotonina possano avere un effetto diretto mitigando gli sbalzi ormonali, oppure che agiscano inducendo l'enzima 3-alfa reduttasi, il quale produce alcuni metaboliti dalle proprietà ansiolitiche. (Uzunov et al., 1996; Pinna et al., 2009). Quindi, nonostante l'evidenza di queste differenze nell'insorgenza, nella presentazione e nel decorso

della Depressione Maggiore nei due sessi, è difficile evidenziare quali siano i meccanismi biologici e culturali che sottendono tali differenze. Per questo motivo sarebbe auspicabile indirizzare le ricerche future verso una migliore identificazione dei *pattern* che sottendono l'onset del Disturbo Depressivo Maggiore in entrambi i sessi, al fine di identificare elementi specifici che potranno diventare *target* di interventi terapeutici disegnati sul paziente. ●



#### Bibliografia

Angold A, Costello E, Worthman C. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med.* 1998; 28:51-61.

Blanco C, Vesga-Lopez O, Stewart J, Liu S, Grant B, Hasin D. Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2012; 73:224-232.

Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry.* 2000;

Carter R. Sex variations in youth anxiety symptoms: effects of pubertal development and gender role orientation. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2011; 40:730-741.

Cohen L, Soares C, Vitonis A, Otto M, Harlow B. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard Study of Moods and Cycles. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63:375-382.

Courchesne E, Chisum H, Townsend J, Cowles A, Covington J, Egaas B, Harwood M, Hinds S, Press G. Normal brain development and aging: quantitative analysis and in vivo MR imaging in healthy volunteers. *Radiology.* 2000; 216:672-682.

DeBellis M, Spratt E, Hooper S. Neurodevelopmental biology associated with childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2011; 20(5):548-587.

De Bruijn A, van Bakel H, van Baar A. Sex differences in the relation between prenatal maternal emotional complaints and child outcome. *Early Human Dev.* 2009; 85:319-324.

Dube S, Anda R, Whitfield C, Brown D, Felitti V, Dong M, Giles W. Long-term consequences of childhood sexual abu-

se by gender of victim. *Am J Prev Med.* 2005; 28:430-438

Edwards, V.; Anda, R.; Dube, S.; Dong, M.; Chapman, D.; Felitti, V. The wide-ranging health consequences of adverse childhood experiences. In: Kendall-Tackett, K.; Giacomoni, S., editors. *Victimization of Children and Youth: Patterns of Abuse, Response Strategies.* Civic Research Institute; Kingston, NJ: 2005.

Epperson C, Steiner M, Hartlage S, Eriksson E, Schmidt P, Jones I, Yonkers K. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry.* 2012; 169:465-475.

Freeman E, Sammel M, Boorman D, Zhang R. Longitudinal pattern of depressive symptoms around natural menopause. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71:36-43

Gaynes, B.; Gavin, N.; Meltzer-Brody, S.; Lohr, K.; Swinson, T.; Gartlehner, G.; Brody, S.; Miller, W. *Evid Rep Technol Assess.* Vol. 119. Rockville, MD: AHRQ; 2005. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes; p. 1-8. Publication No. 05-E006-s

Gorey K, Leslie D. The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. *Child Abuse Negl.* 1997; 21:391-398

Gur R, Richard J, Calkins M, Chiavacci R, Hansen J, Bilker W, Loughhead J, Connolly J, Qiu H, Mentch F, Abou-Sleiman P, Hakonarson H, Gur R. Age group and sex differences in performance on a computerized neurocognitive battery in children age 8-21. *Neuropsychology.* 2012; 26:251-265.

Haley C, Sung S, Rush A, Trivedi M, Wisniewski S, Luther J, Kornstein S. The clinical relevance of self-reported premenstrual worsening of depressive symptoms in the management of depressed outpatients: a STAR\*D report. *J Womens Health.* 2013

Halpern D. The science of sex differences in science and

mathematics. *Psychol Sci Public Interest*. 2007; 81:1-51.

Ingalhalikar M, Smith A, Parker D, Satterthwaite T, Elliot M, Ruparel K, Hakonarson H, Gur R, Gur R, Verma R. Sex differences in the structural connectome of the human brain. *PNAS*. 2014;

Khan A, Broadhead A, Schwartz K, Kolts R, Brown W. Sex differences in antidepressant response in recent antidepressant trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2005; 25:318-324.

Marcus S, Kerber K, Rush A, Wisniewski S, Nierenberg A, Balasubrami G, Ritz L, Kornstein S, Yound E. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry*. 2008; 49:238-246.

Martel M. Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychol Bull*. 2013; 139:1221-1259.

Martin R, Noyes J, Wisenbaker J, Huttunen M. Prediction of early childhood negative emotionality and inhibition from maternal distress during pregnancy. *Merrill-Palmer Quart*. 1999; 45:370-391.

Mueller B, Bale T. Sex-specific programming of offspring emotionality after stress early in pregnancy. *J Neurosci*. 2011; 28:9055-9065.

Pinna G, Costa E, Guidotti A. SSRIs act as selective brain serotonergic stimulants (SBSSs) at low doses that are inactive on 5-HT reuptake. *Curr Opin Pharmacol*. 2009; 9:24-30. [

Rudmin F, Ferranda-Nolf M, Skolbekken J-A. Questions of culture, age, and gender in the epidemiology of suicide. *Scand J Psychol*. 2003; 44:373-381.

Schmidt P, Nieman L, Danaceau M, Tobin M, Roca C, Murphy J, Rubinow D. Estrogen replacement in perimenopausal depression: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183:414-420.

Soares C, Almeida O, Joffe H, Cohen L. Efficacy of estradiol for the treatment of depressive disorders in perimenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:529-534.

Thompson A, Voyer D. Sex differences in the ability to recognize non-verbal displays of emotion: a metaanalysis. *Cognit Emot*. 2014

Uzunov D, Cooper T, Costa E, et al. Fluoxetine-elicited changes in brain neurosteroid content measured by negative ion mass fragmentography. *Proc Natl Acad Sci*. 1996; 93:12599-12604.

Wisner K, Sit D, McShea M, Rizzo D, Zoretich R, Hughes C, Eng H, Luther J, Wisniewski S, Costantino M, Confer A, Moses-Kolko E, Famy C, Hanusa B. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013

Zahn-Waxler C, Shirtcliff E, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008; 4:275-303.

# Medicina di genere in pneumologia

**Dario Fornari**

Specialista Pneumologo

La Medicina di genere costituisce un innovativo settore clinico e di ricerca scientifica, sviluppatosi negli ultimi due decenni.

Lo studio della medicina di genere ha come scopo non solo la valutazione delle differenze patobiologiche caratterizzanti i processi patogenetici e l'evoluzione delle malattie nei due sessi, ma anche la valutazione di determinanti ambientali, culturali e sociali in grado di influire in modo differente sullo stato di salute di uomini e donne.

In ambito respiratorio è universalmente noto che l'incremento dell'abitudine tabagica nelle donne ha determinato un incremento di incidenza nel sesso femminile di patologie quali la BPCO ed il tumore del polmone, che in passato erano quasi un'esclusiva del sesso maschile.

La BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva) è una malattia cronica prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e limitazione al flusso aereo, causata da alterazioni delle vie aeree correlata ad esposizione a noxae patogene inalatorie.

Le principali noxae patogene inalatorie sono il fumo di sigaretta e l'inquinamento ambientale.

Attualmente una BPCO moderata-severa

incide per il 14% negli uomini e per il 6% nelle donne di età > 45 anni; tuttavia entro il 2020 è atteso un aumento della prevalenza pari al 50% negli uomini ed al 130% nelle donne.

Il genere femminile presenta, a parità di esposizione al fumo di tabacco, una più grave ostruzione bronchiale, che può essere imputata a vari fattori:

- minor calibro delle vie aeree e maggiore reattività bronchiale;
- spesso le donne fumano sigarette "light", ritenendole meno dannose, ma così ne fumano di più;
- tendono ad aspirare più profondamente e frequentemente la sigaretta, così da far rimanere il fumo più a lungo negli alveoli con maggior danno tossico;
- studi hanno dimostrato che gli estrogeni attivano gli enzimi del complesso citocromo P450, cosicché le donne sono più suscettibili al danno ossidativo da fumo di sigaretta.

Ma, in relazione all'ambito occupazionale, il rischio respiratorio per le donne è correlato anche a sostanze detergenti, sterilizzanti, disinfettanti, gas anestetici, pesticidi, polveri organiche, chimiche e solventi.

Il tumore del polmone si associa ad una diagnosi in età significativamente inferiore rispetto al genere maschile; ciò è legato alla predisposizione genetica, agli ormoni sessuali ed a specifiche alterazioni molecolari, unitamente a fattori di tipo epidemiologico e clinico.

L'Asma bronchiale è una malattia eterogenea, generalmente caratterizzata da una infiammazione cronica delle vie aeree, con accessi di respiro sibilante, costrizione toracica e tosse, variabili nel tempo ed associati ad una limitazione del flusso aereo, determinato da una spirometria.

L'infiammazione nell'asma può essere significativamente modulata dagli alterati rapporti e fluttuazioni degli ormoni sessuali. Infatti si osserva che l'asma nelle donne varia in relazione alle fasi endocrinologicamente di maggior

significato durante la vita della donna, quali gravidanza, ciclo mestruale e menopausa.

In particolare è doveroso sottolineare come l'asma in gravidanza richieda sempre una regolare ed opportuna terapia inalatoria, in quanto il non controllo dell'asma stesso può provocare eventi come pre-eclampsia, diabete gestazionale, emorragie vaginali pre e post-partum.

Un altro grande capitolo respiratorio di interesse nella medicina di genere è quello delle Pneumopatie infiltrative diffuse, caratterizzato da differenti presentazioni cliniche ed epidemiologiche tra i due sessi, in relazione a fattori biologici, anatomici, ormonali, genetici, nonché a specifiche esposizioni ambientali.

Ad esempio, la Linfangioleiomiomatosi (LAM) è tipica esclusivamente delle giovani donne, per un'incidenza tra 3.3 e 7.4 casi/1.000.000 abitanti. Il polmone è interessato da diffuse cisti di vario diametro con sintomi quali la dispnea, il broncospasmo, l'emottisi ed il pneumotorace; la diagnosi avviene in donne in età riproduttiva.

Altresì malattie del collagene-vascolari interessanti prevalentemente il polmone femminile sono:

- ✓ la Sclerosi sistemica (sclerodermia) con aspetti fibrosanti nel polmone ed ipertensione polmonare;
- ✓ il Lupus eritematoso sistemico (LES) che colpisce 9 donne per ogni uomo, con prevalenza femminile in riduzione con l'invecchiamento;
- ✓ la Polimiosite/dermatomiosite, caratterizzata da autoanticorpi anti-Jo1, nel caso di interessamento polmonare;
- ✓ ricordiamo poi la Sindrome di Sjogren, le Vasculiti, l'Artrite reumatoide, la Polmonite eosinofila cronica.

L'interessamento polmonare e delle vie aeree inferiori nel genere femminile è quindi più che significativo ed il dato anamnestico di genere costituisce allora rilevanza nel procedimento diagnostico anche multidisciplinare per la diagnosi differenziale. ●

# Sonno e donna

**Maria Pia Pasolini**

Referente centro medicina del sonno  
U.O. Neurofisiopatologia

Rapporto non sempre facile quello tra la donna e il sonno.

Proprio per questo motivo, nell'ultimo decennio, la letteratura scientifica ha dedicato attenzione e pubblicazioni su questo argomento.

Se guardiamo ai disturbi del sonno emerge nell'epidemiologia delle varie patologie una significativa "differenza di genere".

E spetta spesso al genere femminile la palma della, anche se non desiderata, vittoria: l'insonnia colpisce in modo significativamente superiore le donne rispetto agli uomini in tutte le età della vita con un 5% di popolazione femminile che assume farmaci ipnotici rispetto al 3% della popolazione maschile.

Una prevalenza di 2:1 è segnalata per i disturbi del movimento in sonno in particolare per quanto riguarda la sindrome delle gambe senza riposo.

Ed anche per una patologia in cui la

**"La ragazza continuava a dormire, immobile, con quella rilassatezza acciambellata raggiunta solo da poche donne e da tutti i gatti"**

*Raymond Chandler*

bilancia pesa verso la popolazione maschile, i disturbi del respiro in sonno e le apnee morfeiche, l'avanzare dell'età ed in particolare la menopausa avvicinano questa forbice e portano al 41% l'incidenza dei disturbi del respiro in sonno nella popolazione femminile.

Il sonno e la sua struttura variano in uomini e donne durante la vita riducendo con il passare degli anni durata e qualità del sonno.

Ma marcatempo importante sono nella vita della donna le variazioni ormonali nel loro battere il ritmo mensile, nel segnare il passo dell'età fertile con la meraviglia della gravidanza, con la chiusura talora un poco burrascosa di questa stagione feconda con la menopausa.

Già in una pubblicazione neurologica del 2009 si afferma il forte legame tra gli ormoni femminili e il sonno con conseguente significativa influenza sia sulla struttura del sonno stesso che sull'incidenza delle patologie sonno-relate.

Gli ormoni dell'età fertile della donna, estrogeni e progesterone, hanno azione positiva sul sonno: gli estrogeni riducono latenza di sonno e risvegli infrasonno ed aumentano il tempo totale di sonno, il progesterone svolge un'azione di rilassamento benzodiazepina-like ed aumenta esso stesso il tempo totale di sonno.

Proprio per questo legame i momenti nella vita della donna più significativamente correlati a variazioni ormonali sono quelli in cui il sonno e l'incidenza delle patologie sonno relate sono più rilevanti: la fase premenstruale (sindrome catameniale), la gravidanza e la menopausa.

Nella **sindrome premenstruale** il calo del progesterone ed il conseguente aumento del suo metabolita l'allopregnenolone, comporta un incremento della latenza del sonno ed un tempo di sonno ridotto. La riduzione degli effetti sedativi ed ansiolitici propri del progesterone è anche concausa della situazione di ipereccitabilità emotiva propria di questa sindrome.

A ciò si aggiungono la riduzione del GABA,

neurotrasmettitore della sedazione e la temporanea riduzione della produzione di melatonina. Induttore del sonno.

La **gravidanza** è altro periodo della vita della donna in cui variazioni fisiche, ormonali e sicuramente anche comportamentali ed emotive concomitano a cambiare il sonno.

Queste le modificazioni delle caratteristiche qualitative e quantitative del sonno durante la gravidanza riportate nella letteratura scientifica: 76% cattiva qualità del sonno, 38% riduzione del tempo di sonno, 49% significativa sonnolenza diurna.

Il 100% delle donne in gravidanza presenta risvegli notturni ed il 78% recupera con *napping* pomeridiano. Nella gravidanza peggiorano inoltre in modo significativo tutti i disturbi del movimento in sonno ed in particolare la sindrome delle gambe senza riposo (24%) fortemente correlata con le alterazioni dell'assetto marziale tipiche della gravidanza stessa, l'insonnia, per tutte le modificazioni strutturali del sonno sopraelencate, i disturbi del respiro in sonno (19%).

A ciò si aggiunge con l'avanzare della gravidanza un significativo incremento dei risvegli notturni (fino all'80%) per motivi fisici quali necessità di urinare spesso e difficoltà a trovare una posizione confortevole ( Sleep Medicin 2015).

Ma è sicuramente la **menopausa** il periodo in cui in modo più significativo si evidenzia "inimicizia" tra il sonno e la donna.

Periodo lungo quello della menopausa nella donna che dobbiamo imparare a vivere nel modo migliore. *"Potete essere belle a trent'anni, affascinanti a quaranta e irresistibili per il resto della vostra vita"* ci ha detto Coco Chanel: facciamone tesoro!

Cambia l'architettura del sonno, se ne riducono durata ed efficienza, aumentano i risvegli infrasonno, la latenza del sonno e la capacità a mantenere il sonno stesso.

Tutto questo per l'importante variazione ormonale ed il venire meno di ormoni

"protettori" del sonno.

Ma le alterazioni del sonno sono anche da correlare alla presenza dei fenomeni vasomotori propri della menopausa (*hot flashes*) che, associate alla frammentazione del sonno comportano un significativo aumento di incidenza dell'insonnia di mantenimento.

Variazioni fisiche e modificazioni del tono dell'umore (ansia e depressione) sono altre importanti componenti che aumentano in modo anche significativo l'incidenza delle patologie sonno relate in questa fase della vita della donna sempre in particolare per quanto riguarda l'insonnia. Le variazioni del fisico e del metabolismo si ripercuotono su una mutata distribuzione del grasso corporeo, ad una riduzione del metabolismo con conseguente incremento del peso corporeo e significativo aumento dell'incidenza di disturbo del respiro in sonno che diviene pressoché pari a quello dell'uomo coetaneo.

Le variazioni ormonali, i cambiamenti età- relati, la gravidanza, la menopausa, il ciclo mestruale, la sindrome premestruale: la scienza ci spiega come tutto questo influenzi la struttura del sonno e la varia incidenza delle sue patologie.

Ma in questa difficile relazione donna - sonno non dimentichiamo le parole di Giovanni Verga che dalla Sicilia di fine '800, ancora oggi possono essere attuali *"Chi ha carico di casa non può dormire quando vuole"*. ●

# Maschi, maschi, maschi

**Renzo Rozzini**

Fondazione Poliambulanza  
Istituto Ospedaliero

«Quello che tenevo compresso dentro di me, nell'ora di educazione fisica o durante i film di Maciste, o certe sere quando andavo a dormire e avevo paura, era l'angoscia di dimostrare di essere maschio. Doverlo far vedere a tutti, ogni ora, ogni giorno, ogni settimana. E ogni volta misurare la mia inadeguatezza». «Se c'è qualcosa che mi dispiace molto, se ho un dolore fisico, se ho una scadenza, se devo risolvere un tarlo interiore, se ho dei dubbi, se ingrasso, se mi colpisce un lutto molto doloroso, se faccio un incidente per strada - ignoro; ignoro tutto. Vado avanti, non voglio intoppi. Continuo».

*L'animale che mi porto dentro,  
Francesco Piccolo, 2018*

*Male and female bees may look similar, but they have dramatically different dining habits, according to a new study. Despite both needing nectar to survive, they get this nutrient from different flowers-so different, in fact, that males and females might as well belong to separate species.*

*Tom Garlinghouse,  
Science Dec. 11, 2018*

Gli uomini sono il sesso forte, di taglia più grande, hanno più muscoli delle donne, possono correre più velocemente, sollevare oggetti più pesanti e lanciaarli più lontano.

Gli uomini dominano sui campi di gioco, **ma in termini medici, la storia è un'altra storia: quando si tratta di salute, gli uomini sono il sesso più debole.**

## Longevità

A livello planetario secondo il *United Nations World Population Prospects* il valore medio della speranza di vita alla nascita di 68 anni e 6 mesi per i maschi e 73 anni e 6 mesi per le femmine per il periodo 2010-2013, o secondo il *The World Factbook* 68,2 anni per i maschi e 73,2 anni per le femmine per l'anno 2009 (secondo la *World Health Organization*, le persone di sesso femminile vivono di più rispetto agli uomini, eccetto per le Tonga).

**In Italia le differenze fra i sessi sono più evidenti nelle Regioni settentrionali in particolare nell'area Nord-Orientale.** Per l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Trentino Alto Adige ed il Veneto, infatti, il divario nella speranza di vita alla nascita tra uomini e donne è superiore al valore nazionale (6,20 anni) e varia tra 6,24 e 7,06 anni. Tra le Regioni del Sud con un'elevata differenza tra i sessi emerge la Sardegna,

Paese	Spettanza di vita	Femmine	Maschi	Gap (anni)
Giappone	83.7	86.8	80.5	6.3
Australia	82.8	84.8	80.9	3.9
Italia	82.7	84.8	80.5	4.3
Canada	82.2	84.1	80.2	3.9
U.K.	81.2	83.0	79.4	3.6
Germania	81.0	83.4	78.7	4.7
Slovenia	80.8	83.7	77.9	5.8
Cile	80.5	83.4	77.9	5.5
Stati Uniti	79.3	81.6	76.9	4.7

**TABELLA 1:** Longevità: gap internazionale - Fonte: World Health Organization (2015)

Regione per la quale una donna ha una speranza di vita alla nascita di 6,83 anni più elevata rispetto ad un uomo. Il divario di longevità si associa a modificazioni rilevanti, e che agiscono direttamente o indirettamente, sulla salute e sulla possibilità di cura in presenza di patologia e disabilità: dopo i 65 anni più della metà delle donne sono vedove e il rapporto vedove/vedovi è di circa tre a uno.

All'età di 65 anni, per ogni 100 donne americane, ci sono solo 77 uomini. Dopo gli ottant'anni la disparità aumenta, con le donne che superano gli uomini di 2,6 a 1, il divario di longevità persiste anche in età molto avanzata; **tra i centenari, ci sono quattro femmine per ogni maschio.** Il divario di longevità è presente sia nelle società industrializzate sia nei paesi in via di sviluppo; è un'osservazione universale che suggerisce una differenza fondamentale tra la salute di uomini e donne (**tabella 1**).

### Mortalità

La mortalità maschile è più precoce di quella femminile; il tasso di mortalità complessivo è del 41% più elevato nei maschi ed è anche maggiore nei maschi per otto delle prime 9 principali cause di morte (**tabella 2**). Inoltre è circa doppia la probabilità di morire per malattie del fegato, tre volte di morire per HIV/AIDS, 4

volte più probabilità di suicidio. Il tasso di mortalità tra i sessi varia in base all'età cronologica: la disparità di salute tra maschi e femmine inizia già durante la vita fetale. Circa 115 maschi sono concepiti ogni 100 femmine, ma i maschi hanno molte più probabilità di morire prima della nascita; ci sono solo 104 neonati per 100 ragazze. I maschi hanno circa il 60% in più di probabilità di nascere prematuramente, di avere

	Patologia	Mortalità maschi/femmine
1	Cardiopatía ischemica	1.5
2	Stroke	1.0
3	Cancro	1.4
4	Demenza di Alzheimer	0.7
5	BPCO	1.3
6	Diabete mellito	1.4
7	Renali	1.4
8	Polmonite e infezioni respiratorie	1.4
9	Setticemia	1.2
10	Tutte le cause	1.4

**TABELLA 2:** Malattie principali correlate alla mortalità (rapporto maschi/femmine) - Fonte: National Center for Health Statistics

condizioni legate alla prematurità come la sindrome da *distress* respiratorio neonatale e di subire lesioni alla nascita. I bambini hanno circa il 18% in più di probabilità di morire prima del loro primo compleanno rispetto alle femmine. Dall'infanzia all'età di quattro anni, il rischio relativo di mortalità è di 1,26 maschi: 1,00 femmine. A 85 anni e oltre il rischio relativo è di 1,12 maschi: 1,00 femmine. La più grande disparità si verifica tra i 15 ei 24 anni, quando il tasso di mortalità è molte volte superiore: 2,62 maschi: 1,00 femmine. Riguardo all'ipotesi della causalità biologica, il picco osservato nel rapporto di mortalità in questo periodo di vita appare contro-intuitivo. A questa età, le cause di morte biologicamente determinate come cancro, ictus, malattie cardiache e altri principali killer non sono affatto comuni. Il tempo della massima vulnerabilità biologica è considerato essere gli estremi dell'età, quando ci si aspetta che la mortalità causata dalle differenze biologiche sia maggiore. Paradossalmente, questo è anche il momento della minore disparità di mortalità tra i sessi.

### Quali sono le cause di questa disparità?

- ✓ **Ormoni.** Gli ormoni non hanno un ruolo complessivo molto rilevante nello spiegare il divario di genere per quanto riguarda la salute (qualche effetto: gli estrogeni aumentano i livelli di colesterolo HDL, e il testosterone può contribuire all'assunzione di rischi e al comportamento aggressivo che causa problemi a molti giovani maschi).
- ✓ **Metabolismo.** Le donne hanno livelli sostanzialmente più alti di colesterolo HDL; il diabete colpisce una percentuale leggermente più alta di uomini (11%) rispetto alle donne (10%). L'obesità maschile (addominale) è molto più rischiosa aumentando notevolmente il rischio di infarto e ictus.
- ✓ **Fumo, alcol droga.** Il fumo è un rischio terribile per uomini e donne, giovani e anziani, è il maggior rischio di tutte le abitudini che condizionano la salute. Sebbene il trend relativo alla cessazione del fumo sia incoraggiante in entrambi i sessi, a tutt'oggi vi sono più fumatori maschi che femmina (dal momento che il 30% dei maschi e il 21% degli studenti delle scuole superiori usa tabacco, è probabile che il fumo continui a alimentare il divario di genere negli anni a venire). Come il fumo, l'alcolismo e l'abuso di droghe sono problemi tradizionalmente maschili, sebbene minaccino sempre più anche le donne. Tuttavia in queste abitudini autodistruttive i maschi prevalgono. Quantità elevate di alcool riducono la durata della vita aumentando la probabilità di ipertensione, insufficienza cardiaca, malattie del fegato, vari tipi di cancro, incidenti e morte traumatica. L'alcolismo ha un costo elevatissimo per quanto attiene l'occupazione, la realizzazione personale e la vita familiare. Gli uomini hanno il doppio delle probabilità delle donne di diventare

dipendenti dall'alcol, hanno l'80% in più di probabilità di abusare di droghe.

- ✓ **Incidenti.** Gli incidenti della strada e sul luogo di lavoro contribuiscono alla maggiore mortalità maschile. Più del 95% dei lavoratori nei 10 lavori più pericolosi sono uomini e oltre il 90% dei decessi professionali avviene tra gli uomini. Le occupazioni più pericolose sono svolte prevalentemente da maschi: pescatori, lavoratori forestali, piloti di aerei, lavoratori edili, di ferro e acciaio, raccoglitori di rifiuti e materiali riciclabili, agricoltori e allevatori, installatori/riparatori di linee elettriche, autisti/venditori e conducenti di camion, agricoli lavoratori. Molte di queste occupazioni si svolgono in ambienti pericolosi, in condizioni meteorologiche avverse e altre condizioni non sicure, richiedono l'impiego di attrezzature pesanti. Specifici materiali pericolosi ed esposizioni ambientali si verificano comunemente sul posto di lavoro. Amianto, solventi, fumi di saldatura, pesticidi, metalli (incluso il piombo), esposizione al rumore, dermatite allergica e irritante da contatto, lesioni radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, tossine respiratorie, temperature estreme e molte altre esposizioni potenzialmente dannose. Queste esposizioni possono portare a malattie e decessi immediati ea breve termine, o alla morte e alla disabilità, anni o addirittura decenni dopo l'esposizione.
- ✓ **Cure mediche.** I bambini di entrambi i sessi usufruiscono dell'assistenza sanitaria fornita dai pediatri. Alle soglie dell'età adulta, il pediatra di solito consegna l'assistenza sanitaria della giovane al ginecologo/ostetrico, mantenendo così la continuità delle cure. Al contrario, senza una corrispondente specialità di salute per i maschi, quando il ragazzo diventa un giovane, la sua assistenza sanitaria può semplicemente essere

abbandonata invece di essere trasferita a un altro specialista. L'incapacità di mantenere un legame con il sistema sanitario contribuisce verosimilmente a un tasso di mortalità maschile/femminile significativamente maggiore nella giovane età adulta, e non riesce ad abituare i giovani maschi adulti alla ricerca di assistenza sanitaria metodica. L'opportunità viene persa e le conseguenze si manifesteranno successivamente per i processi patologici e fattori di rischio legati allo stile di vita come ipertensione, sovrappeso e obesità, dislipidemia, intolleranza al glucosio, cattiva alimentazione, mancanza di attività fisica, fumo di sigaretta e abuso di sostanze e disturbi mentali come la depressione. La mancanza di identificazione e di interventi precoci riguardo queste condizioni portare a cattivi risultati sanitari, quali l'aumento della mortalità nella giovinezza, una predisposizione a condizioni di salute più gravi nell'età adulta e in quella avanzata e probabilmente contribuire a limitare l'aspettativa di vita maschile. Esistono infine meno programmi preventivi rivolti agli uomini in modo specifico (ad es l'attenzione per il cancro alla prostata è inferiore rispetto al cancro della mammella). Il minor coinvolgimento maschile nella prevenzione sembra essere anche correlato al tradizionale ruolo sociale di genere, che tradizionalmente promuove atteggiamenti stoici nei confronti del dolore, della paura e della malattia. Ai maschi viene spesso insegnato fin dall'infanzia a ridurre al minimo i segnali del proprio corpo: ignorandolo, il dolore, alla fine, andrà semplicemente via. Queste espressioni di stoicismo maschile attraversano confini culturali, politici e socioeconomici: la maggior parte dei maschi non rispondono al dolore cercando assistenza sanitaria. Meno del 20% dei maschi dichiara di voler cercare aiuto anche se in difficoltà o malato, il 24% che afferma che ritarderebbe la ricerca di assistenza

sanitaria il più a lungo possibile. Educati all'autosufficienza, molti uomini scelgono di non cercare aiuto anche quando viene riconosciuto un problema, credendo che ci si aspetti che un uomo si prenda cura dei propri problemi.

Le donne invece alla salute ci pensano e fanno di più a riguardo. In uno studio inglese il rapporto maschi/femmine per quanto riguarda il numero di visite mediche nell'anno precedente all'intervista è di 1 a 3; più della metà dei maschi non aveva avuto un esame fisico o test del colesterolo; tra gli uomini sopra i 50 anni, il 41% non si era sottoposto a screening per il cancro alla prostata e il 60% a screening per cancro del colon; il 25% degli uomini ha dichiarato che avrebbe gestito le preoccupazioni per la salute aspettando il più a lungo possibile prima di cercare aiuto.

- ✓ **Rete e supporto sociale.** Le forti relazioni interpersonali e reti di supporto riducono il rischio di molti problemi di salute, che vanno dal comune raffreddore e depressione a infarti e ictus. Al contrario, l'isolamento sociale è un fattore di rischio certo di malattia cardiaca.
- ✓ Le donne hanno reti sociali molto più ampie e più affidabili degli uomini. Uno studio del *New England Research Institute* ha rilevato che il 28% delle donne, ma solo il 9% degli uomini riferisce di poter contare su amici per il sostegno, e che gli uomini erano 2,5 volte più probabilità delle donne di mancare di sostegno sociale. In generale, le donne condividono sentimenti con altre donne e hanno una notevole capacità di esprimere i loro pensieri ed emozioni.

### Conclusioni

Esistono differenze biologiche che possono facilitare o compromettere la comparsa di malattie, la loro espressione, la longevità per entrambi i sessi. Fino ad oggi una visione deterministica ha dominato il nostro pensiero, ritenendo che le differenze di genere osservate nei *pattern* di salute siano dovute esclusivamente a fattori biologici immutabili. Oggi questa interpretazione non è più sufficiente, ci ha anzi impedito di cercare ed esaminare specifici fattori culturali, ambientali e comportamentali che potrebbero essere modificabili attraverso sforzi mirati di assistenza sanitaria preventiva.

**Le differenze della salute dei maschi e delle femmine è il risultato di un complesso mix di fattori biologici, sociali e comportamentali, a questi ultimi la medicina dovrebbe prestare maggior attenzione. ●**



#### Lecture consigliate

Alameda County Public Health Department. His Health: Alameda County Male Health Status Report (2010).

Baker P, Dworkin SL, Tong S et al. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. *Bull World Health Organ* (2014); 92:618-620.

Bonhomme JJ. The gender longevity gap: is it really biology? *JMH* (2009); 6:151-154.

Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health. *EMBO reports* (2012); 13: 596-603.

Intervista alla

## ➔ DOTT.SSA LUCILLA GIAMBRONI

a cura di Ottavio Di Stefano

medico, anni 63, Laureata nel 1983 a Padova  
Specialista in Urologia nel 1988 (acquisita sempre a Padova)  
Single



### Domanda scontata. Perché hai scelto medicina?

La mia cara nonna materna è morta, quando avevo 10 anni, per un tumore al rene, e volevo capire il perché di questa malattia feroce, dolorosa, che mi aveva privato di un affetto; *volevo concorrere a cercare di evitare ad altri bambini questo dolore, curando la malattia in prima persona, ingaggiando una personale battaglia.* Negli anni della adolescenza (anni '70), poi, ho realizzato che la laurea in medicina era sì un mezzo di lotta al nemico-malattia, ma anche appannaggio di una élite di figli di medici (studi lasciati in eredità) come per i notai, avvocati etc, con esclusione dei figli del cetomedio. (Pensiero da eredità del '68) Situazione questa ultima che volevo modificare. *Mi chiedevo perché una persona dotata di capacità personali, volontà di imparare, di migliorarsi, non poteva acquisire un sapere indipendentemente dal sesso e/o condizioni socioeconomiche!).*



### Laureata hai scelto una specialità "storicamente" maschile quale Urologia in cui, non so se è completamente vero, vi è una predominanza di patologia di genere maschile?

Vero: branca chirurgica e specialità prettamente di genere maschile. Nella mia scelta è stata determinante la risposta di una segretaria alle mie reiterate

richieste verbali sulla documentazione da presentare per potermi iscrivere alla specialità: "qui non vogliamo donne; glielo dico in confidenza..le faccio un favore .". Se mi avesse detto che ero scema, o altro lo avrei accettato, ma così... NO!! *Avendo scatenato inconsapevolmente la mia anima femminista nonché il personale orgoglio, non potevo certamente lasciare perdere (ero incerta fra urologia per la nonna e neurologia per la curiosità di conoscere il funzionamento del nostro affascinante cervello umano).*



### E come ti hanno accolta i tuoi colleghi sia durante la specialità che sul lavoro?

Come uomini del loro tempo!  
Involontariamente sono andata preparata: al Liceo Arnaldo certi professori mi avevano consigliato di iscrivermi alle Magistrali in quanto donna e figlia di non professionisti; durante il corso di Laurea: certi professori erano increduli che mi presentassi a sostenere gli esami per laurearmi incoraggiandomi con frasi tipo "le belle sono sposate, e abbandonano, mentre le cozze vogliono fare il medico...". Frequentare il reparto di Urologia diretto dal Prof Pagano, invece, è stato un periodo di formazione professionale ed umana che considero la parte più importante della mia vita da adulta trentenne. Sorridendo dico a tutti che là ho fatto il militare, nel senso che ho avuto la fortuna di avere dei "comandanti" che ti preparano a combattere insegnandoti l'etica del lavoro, lavorare perché si deve e al meglio - *fai la cosa bene e alla prima*

volta, sii un passo avanti rispetto agli altri - comandanti che ti formano, che si assumono le proprie responsabilità. Poco importava che fossi una donna: ero la terza donna in Italia che era in specialità in urologia; i colleghi ancora erano increduli per la mia presenza, avvertendo comunque il cambiamento di genere che era in corso. Sempre gentiluomini nei riguardi di una collega donna, ma niente sconti sul lavoro. Sì c'era il solito (facciamo 2-3 ) che mi invitava a fare la pediatra, a darmi alla famiglia e cucina, a interessarmi di altri genitali non maschili etc in termini che tralascio, ma credo dovuto alla cattiva educazione avuta da piccoli. Sicuramente sono cresciuta anche e soprattutto grazie a loro per insegnamenti extraurologici quali calcio, auto e donne... Da Specialista urologa: altro comandante - prof Cosciani -! Colleghi perplessi per la mia presenza, molti cavalieri, molti intolleranti "a prescindere "per la presenza di una donna: da questi ultimi ho avuto pensiero delicati quali, "una chirurga è una iattura", "perchè fai un lavoro da uomo?? ma non hai nessuno che ti mantiene'?", "cosa vuoi?ma vai..."etc, frasette alle quali ho sempre risposto con minima, composta nonchalance!



### **E come reagiscono i pazienti di fronte all'urologa?**

Senza problemi la maggioranza, specialmente gli anziani over 70 vuoi per educazione vuoi per rispetto comunque del ruolo. Purtroppo sono i giovani, comprese le donne, che risentono dello attuale stato di ignoranza da internet e medioevo culturale, che, disconoscendo qualsiasi autorità perchè esperti in tutto, cercano di prevalere sulla donna come su un anziano, un fisicamente debole...



### **L'urologia ha una branca chirurgica assolutamente prevalente. In qualche modo sei stata discriminata nell'attività operatoria sentendoti relegata in compiti assistenziali meno graditi ai colleghi?**

Personalmente ho subito la mentalità maschile inconscia, culturale della inferiorità fisica della donna, del suo ruolo sociale "materno", della donna vista come fragile creaturina, forse un po' sciocchina che coltiva fiorellini, beve il thè con le amiche e magari lavoricchia, mentre l'uomo adempie al suo ruolo testosteroneico, e sono stata da subito confinata a ruoli di supporto (es ambulatori). *La sala operatoria: un traguardo raggiunto solo protestando. Ed ogni volta dimostrare di sapere fare: "ovvio per un uomo è naturale, mentre una donna, sai...."*



### **Sconti o scontavi situazioni di pregiudizio nei rapporti con colleghi di altre specialità?**

Mentalità maschile ubiquitaria, nulla di diverso.



### **Gli altri operatori (infermieri tecnici), dopo averti conosciuta, ti considerano in maniera paritaria?**

Gli operatori Ti considerano se i tuoi Colleghi medici ti considerano. Ho visto che per un uomo accettare un ordine da una donna è sempre motivo di disagio. Una donna deve sempre dimostrare di essere all'altezza, ogni volta, mai un attimo di umana debolezza, stanchezza. Per un uomo: no, tutto ovvio.



**Donna, chirurgo, urologa in ospedale sembra quasi una sfida. Nelle tue scelte vi è stata questa motivazione?**

*Rispondo con una battuta di un comico siciliano: "si può fare? Miiiiii...E Che me frega...??? È vietato? Non è possibile! allora Sì, lo faccio !!!*



**Altra domanda scontata. Donna urologo o urologa ti ha danneggiato in termini di carriera?**

*Personalmente credo che dipenda sì dalla mentalità, imperante, dall'ambiente di lavoro etc, ma anche ovviamente dal carattere /capacità di ognuno di noi. Non ho mai pensato di diventare primario - fine ultimo di un medico ospedaliero - , desiderio che ossessiona certi miei colleghi costringendoli ad eccedere con il fumo, cibo...*



**Insomma le donne in ospedale sono discriminate o no?**

*... è tutto ottimo e abbondante, signor capitano.*

## ➔ RAFFAELLA VANZO

Cerco in breve di raccontare la mia esperienza.



**Sono stata discriminata in quanto donna anestesista, in quanto omosessuale o entrambe?**

Ebbene nonostante tutti i pregiudizi che si pensa le persone abbiano, io non ho incontrato poi tutte queste difficoltà...



**In molti pensiamo che il vero problema sia garantire alle donne una struttura del lavoro che consenta loro di essere madri non per concessione ma per diritto. È una prospettiva realizzabile in tempi brevi o la vedi ancora lontana?**

*Purtroppo ancora lontana, ma non bisogna demordere.*



**Ultima domanda scontata. Rifaresti tutto?**

*Certo!! Non rinnego niente ...è la mia vita. Se ti piace fare il medico, fallo nonostante tutto. (Parlo dei tempi attuali ove l'esempio per la giovane è fare la fashion-blogger non la dottoressa). È ciò che dico alle mie specializzande, ricordando loro il mio iter. Come in qualsiasi campo lavorativo: nulla è dovuto, ed una donna deve sempre dimostrare di valere 2 uomini. ●*

Quando ho deciso di fare il medico e successivamente l'anestesista, metà (o poco più) dei miei compagni di corso era donna...questo ha sicuramente facilitato il tutto rispetto magari a quanto accadeva qualche anno fa. Da un punto di vista lavorativo non credo di aver mai incontrato difficoltà né di essere stata in qualche modo ostacolata o trattata da diversa... Per quanto riguarda la mia omosessualità l'ho scoperta tardi, avevo 29 anni quando un giorno una mia conoscente "ci ha provato" e io ho provato sentimenti strani dentro di me... Per prima non ho accettato quello che

sentivo e ho accantonato il tutto... Poi quando mi è stato evidente che quello che provavo era parte di me, che lo volessi accettare o no, ho deciso che non mi importava e così dopo più di un anno e mezzo ho semplicemente lasciato che fosse quello che doveva essere...

Forse la persona che più mi ha reso la vita difficile con il suo "non accettare" la nuova me è stato mio papà, che per ben 6 mesi si rifiutava quasi di parlarmi se non lo stretto necessario... poi diciamo che il bene che mi vuole ha prevalso.

Per il resto direi che la gente che mi conosceva ha reagito con stupore forse, ma ho scoperto che con il tempo il sentimento principale che veniva scatenato era "E allora?!?"...

Per esperienza ho imparato che qualsiasi diversità scatena curiosità, la curiosità scatena il pettegolezzo e la gente ama parlare per dare aria alla bocca. Ma la maggior parte delle volte il pettegolezzo si esauriva così come era iniziato, senza grossi strascichi nè conseguenze (anche perché tutto sommato a me importa molto poco quello che dice la gente). Forse alcune persone più fragili o insicure sulla loro storia o sulla loro sessualità potrebbero soffrire comunque di questo, ma tutto sommato finché le battutine o il pettegolezzo si limitano e non sono troppo cattive basta farsi una risata.

Alcune volte è capitato che il pettegolezzo diventasse un po' troppo pesante, soprattutto nei confronti della mia compagna, e a quel punto ho preso l'interessato di turno e gli ho gentilmente chiesto di farsi i c...i suoi. E devo dire che questo approccio di solito funziona, perché le persone che più spettegolano di solito sono a loro volta molto fragili o hanno quanto meno la coda di paglia.

Alcuni colleghi hanno inizialmente commentato "oh ma lo sai che è lesbica?", fortunatamente la maggior parte delle persone risponde "e allora?".

**Diciamo che al lavoro non mi sembra di essere mai stata discriminata per le mie preferenze sessuali.**

Cerco di farmi apprezzare per quello che sono come medico e come persona. Se qualcuno preferisce guardare oltre perché trova che quello che faccio in camera da letto è sconveniente può in tutta serenità spostarsi altrove. Io sopravvivo benissimo anche senza di loro (anche se per il momento in questa lista non ho segnato ancora nessuno).

So che alcune persone con cui lavorano trovano l'omosessualità contro morale e contro religione, ma forse sono abbastanza intelligenti da far sì che questa loro credenza non ostacoli il lavoro. Certo che probabilmente a cena insieme non ci andremo mai...

**Sono orgogliosa di ciò che sono, non credo che la mia sessualità debba in qualche modo condizionare gli altri...**

Rispetto tutti i pensieri, anche quelli diversi dai miei e pretendo che gli altri rispettino i miei.

Nei limiti della libertà di tutti. Credo che l'intelligenza stia nel scegliere gli amici che ti siano consoni e rispettare gli altri, anche se "diversi" e lavorare al meglio insieme.

Cerchiamo di ricordare che "diverso" non significa necessariamente "male" e soprattutto che in tutti noi c'è qualcosa di diverso agli occhi di qualcun altro (religione, colore della pelle, orientamento sessuale per rimanere sulle cose più banali) e ognuno di noi potrebbe finire con l'essere discriminato.

Basta poco per vivere tutti più serenamente. ●

*"Vivi e lascia vivere"*

*Schopenhauer*

Intervista al

 **DOTT. FEDERICO PE**

a cura di Gianpaolo Balestrieri

*Quando una amica e collega mi telefonò proponendomi questa intervista riguardante il tema delle discriminazioni sul luogo di lavoro e riferendomi al mio orientamento omosessuale, fui piacevolmente sorpreso. Con la collega, infatti, mai avevo parlato espressamente e apertamente del mio orientamento, ma evidentemente, la cosa era risaputa. Mi colpì la serenità e la schiettezza; senza giri di parole mi chiese se fossi disponibile a dare la mia testimonianza di medico omosessuale e delle eventuali discriminazioni sul luogo di lavoro. Questo denota una capacità di parlare di questo argomento, che spesso rimane ancora un tabù, in modo sereno. Dirò subito che non ho mai ricevuto (e credo mai ne riceverò) alcun tipo di discriminazione. Non ho mai 'sbandierato' il mio essere gay, né sul luogo di lavoro, né nella mia vita privata. Certo non ho fatto nulla per tenerlo nascosto, come se fosse una cosa sbagliata. Naturalmente ci è voluto del tempo per arrivare a una piena accettazione e serenità. Ma devo dire che l'essere trasparenti e sinceri mi ha portato solo benefici in termini di qualità relazionali con i colleghi (alcuni dei quali sono anche amici) e tutto il personale sanitario. Nei rapporti credo sia fondamentale essere pienamente se stessi per poter davvero entrare in vera relazione con l'altro, senza maschere o censure.*



**Nella tua vita professionale hai subito discriminazioni, censure, molestie in riferimento alle tue scelte personali non eterosessuali da parte di colleghi, personale non medico, pazienti, familiari?**

No, mai subito qualsivoglia forma di discriminazione, censura o molestia. Ma una piccola precisazione doverosa. Non si tratta di scelte omosessuali o eterosessuali.

L'orientamento non è una scelta, così come non si sceglie di essere biondi o di avere gli occhi azzurri. La scelta, semmai, è nel vivere serenamente e appieno la propria condizione, senza nascondimenti o sensi di colpa. Spesso, invece, accade ancora che pesanti discriminazioni siano presenti invece nella società, dove ancora molti vorrebbero negare diritti alle coppie omosessuali.



**La tua scelta privata ha condizionato la vita professionale?**

Anche in questo caso non si tratta di una scelta privata. In ogni caso posso rispondere che in qualche misura un piccolo condizionamento c'è stato nella misura in cui, a volte, non avendo figli, si è costretti a coprire turni di lavoro meno favorevoli per colleghi che avendo figli, magari piccoli, chiedono una turnistica a loro più 'comoda'. Ma devo dire che ciò non mi pesa.



**Hai l'impressione che per altri colleghi/e una scelta "non tradizionale" di relazioni affettive sia stata causa di discriminazione e/o disagio?**

Non ho questa impressione, anche parlando con altri colleghi e colleghe omosessuali. Anche in questo caso tengo a sottolineare la non correttezza del termine scelta non tradizionale. Non è una scelta e non vi è nulla di più o meno tradizionale. **L'omosessualità non è una scelta ma una variante naturale dell'orientamento sessuale, come ben descritto nella letteratura scientifica e come ben definito dalla organizzazione mondiale della sanità. ●**

Mi chiamo



TEWOLDEMEDHN  
YABAREK

*Sono di origine eritrea e vivo in Italia dal 1989.*

Nel 1996 mi sono laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Verona. Durante il corso di laurea sono stato ospite del Collegio Universitario Don Nicola Mazza che mi ha creato le condizioni ideali per poter studiare. Dal 1996 al 1998 non avendo la cittadinanza italiana mi fu proibita l'iscrizione all'ordine dei medici e di conseguenza di iscrivermi alla scuola di specialità.

Solo nel 1998 si sbloccò la situazione e iniziai ad esercitare l'attività di guardia medica e di sostituzione dei medici di medicina generale. Nel 2005, partecipai al concorso per l'accesso alla scuola di specializzazione in nefrologia. Terminata la specialità nel 2010, iniziai a lavorare da specialista presso il Centro Dialisi dell'ospedale di Villafranca, fino al 2012, quando decisi di concorrere a un posto da dirigente medico specialista in nefrologia presso l'Ospedale di Manerbio.

*L'esperienza del Collegio Universitario Don Mazza di Verona mi ha messo in contatto con persone della più svariata provenienza ed è uno dei periodi che ricordo con maggior affetto.*

Inoltre il collegio è situato in una delle zone più belle di Verona e ho potuto godere già da subito del fascino della città. Tra gli incontri più significativi non posso non ricordare con gratitudine ed affetto quello con Don Guido Todeschini allora

direttore di Telepace. Con Telepace ottenni la borsa di studio Giovanni Paolo II che mi accompagnò fino alla laurea.

I due anni successivi alla laurea sono stati tra i più turbolenti. Poiché cittadino extracomunitario, non potevo esercitare la professione e mi fu negata l'iscrizione all'Ordine dei Medici di Verona.

La registrazione era riservata solo a cittadini italiani e a cittadini comunitari.

*Spesso, quando mi viene chiesto se abbia o meno subito episodi di razzismo durante questi anni in Italia, la mia mente pesca il biennio tra il 1996 e 1998. In realtà non credo si sia trattato di razzismo bensì di una decisione distratta e confusionaria a cui spesso la burocrazia ci ha abituato.*

Non posso dire di aver vissuto veri e propri episodi di razzismo. ●

# Benvegnuda Pincinella medichessa in terra di Navi, a presso Brexa sei miglia...

*"...striga qual fo brusata"*

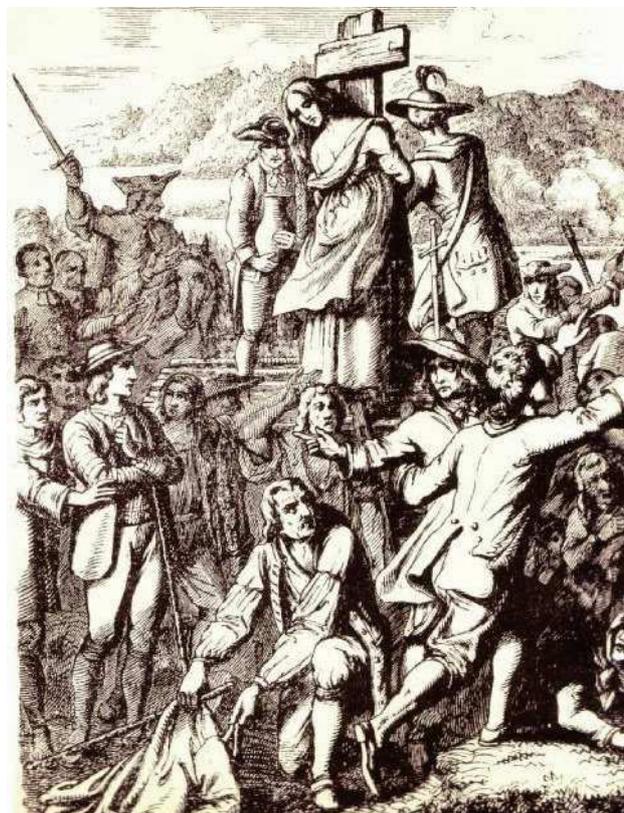
**Annalisa Voltolini**

Dirigente Medico ASST Spedali Civili

Referente Aziendale Medicina di Genere e Presidente C.U.G.

Benvegnuda Pincinella, con un ruvido saio sulla pelle, venne legata alla colonna sovrastata dal leone alato di San Marco, in piazza Loggia, ai piedi una pira, intorno una folla urlante, e venne bruciata *qual eretica relapsa, recascada ne la eretica pravità*. Benvegnuda nel **1509** era già finita davanti all'Inquisizione perché sospettata di essere strega e diabolica incantatrice e condannata a non lasciare il paese, Nave, a vestire l'abito di penitente, a sostare ogni domenica sul sagrato della chiesa e a non praticare più il mestiere di medichessa.

Questa volta non poté essere nuovamente perdonata - si otteneva la clemenza ecclesiastica una sola volta - eravamo nel **1518**, l'anno della Riforma di Lutero la cui dottrina si andava diffondendo ad opera di *todeschi* scesi in Val Trompia per lavorare nelle miniere, la situazione stava precipitando con l'avvento dell'anticristo, in provincia i preti rinnegavano la dottrina cristiana, in Valle Camonica bruciavano 80 streghe e 20 stregoni ed il vicario dell'Inquisitore fra



Lorenzo di Mazi ( Maggi) domenicano, col benestare del vescovo di Brescia Paolo Zane, percorreva le valli alla ricerca di streghe da bruciare, destando la contrarietà della Serenissima, il cui governo non tollerava l'intervento inquisitorio estremo del rogo. In quegli anni era papa Leone X, figlio di Lorenzo de' Medici, che non desiderava la guerra con Venezia. Inoltre Pincinella era stata disubbidiente e non aveva rispettato i divieti imposti. Questa volta la sua posizione è più grave.

Questa volta bastò la denuncia di un suo vicino (19 giugno), senza prove, per arrestare Pincinella (24 giugno) e rinchiuderla nella *presone de li eretici et strige* e per processarla nel convento di San Domenico (inizio il 26 giugno) con un interrogatorio minuzioso, che segue uno schema codificato dal *Malleus Maleficarum*, condotto da fra Lorenzo Maggi, dapprima "de plano" e la Pincinella si difende con un limpido realismo descrittivo e poi con torture, a partire dalla "corda" (con la quale la vittima veniva legata, appesa e trazionata fino alla lussazione delle articolazioni), e i toni cambiano, Pincinella inizia a "confessare" ciò che il vicario vuole sentirsi dire, in un crescendo di racconti perversi e grotteschi che ricordano certe scene torbide interpretate nella serie nera delle tele di Goya, utilizzando termini e descrizioni di azioni propri delle conoscenze diffuse nel popolo sulla fenomenologia demoniaca. L'istruttoria fu meticolosa, 24 testimoni volontari più il parroco di Nave, perché fra Lorenzo aveva deciso che il processo a Pincinella dovesse essere esemplare per inviarne gli atti alla Serenissima - che vigilava sul suo operato - e dimostrare quanto la stregoneria fosse diffusa nel bresciano, senza però un particolare accanimento da parte sua. Gli atti furono inviati al nobile erudito Marin Sanudo, componente del Governo di Venezia, che poi li trascrisse nei suoi Diarii (libro XXV) e quindi poterono giungere sino a noi (riportati nel libro della storica Luisa Muraro "La signora del gioco").

Benvegnuda Pincinella era

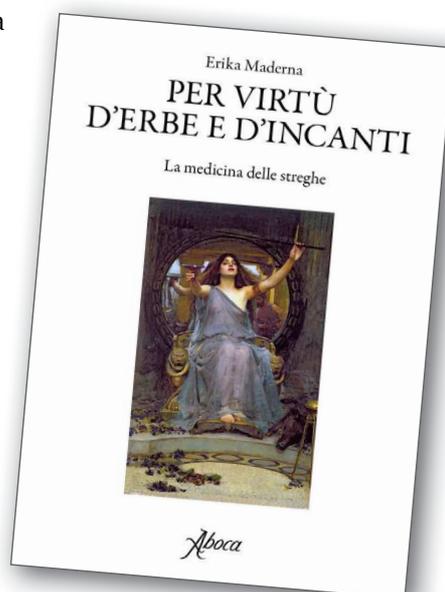
una donna del popolo, analfabeta, con una posizione sociale più elevata rispetto alle sue concittadine, in virtù del mestiere che esercitava: la medichessa. Aveva una buona reputazione tanto da avere clienti illustri, quali il podestà di Brescia Giustiniani ed il visconte di Lodron (Trentino) e per le sue prestazioni veniva pagata. Possedeva degli strumenti culturali in più: la conoscenza delle erbe, dei fiori e delle piante e delle loro proprietà curative, erbe che Pincinella conosceva e raccoglieva fin da bambina quando conduceva al pascolo le caprette e le pecore sul Dragone, montagna di Nave, e ne conosceva i poteri trasmessi a lei da una vecchia strega del paese.

Si tratta della **medicina magica** che non si insegnava nelle Università, ma veniva appresa attraverso una tradizione orale composita e popolare, da donna a donna perché era praticata dalle donne, alla quale si avvicinò anche Teofrasto di Hohenheim, detto Paracelso (1493-1541), dopo essersi laureato in medicina a Ferrara ed aver buttato libri ed insegnamenti; si opponeva alla **medicina accademica**, appresa nelle università, dove le donne non potevano accedere e quindi esercitata solo dagli uomini.

La medicina magica non aveva una professionalità riconosciuta, ma era abbastanza tollerata, anche dalla Chiesa e conviveva con quella accademica. Queste donne erano medichesse, erbarie, levatrici, guaritrici, maghe e venivano chiamate soprattutto da donne, ma anche da uomini, per consulenze medico-psicologiche per curare i mali del corpo e dell'anima - spiritati,

possedute, succubi di fantasmi - con erbe, formule ed operazioni magiche.

La medicina accademica le osteggiava perché erano donne che si permettevano di curare il corpo senza aver studiato la medicina nelle università e le ridicolizzava come medichesse senza istruzione; la Chiesa le





condannava perché osavano curare i mali dell'anima, compito esclusivamente religioso, e le accusava di eresia e di guarire i malati solo perché possedute dal demonio e da lui istruite. Pincinella infatti confessò di aver imparato *tal medicine, incantamenti et superstitione* dal suo diavolo Zulian, che da anni "abitava" in una sua gamba e da altri giovani diavoli che incontrava il giovedì ai *zuoghi* (sabba) a ponte Crotte sul Mella, al Tonale, dove, *nel tempo di un'ave Maria* si recava su dorso di Zulian, o sulle alture di Nave e Bovezzo ed inoltre utilizzava delle polverine che le regalava la *Signora del zuogo*, una donna bellissima e sontuosamente vestita che sovrintendeva ai "giochi": feste con tanto cibo, vino e balli dove Pincinella si accoppiava con Zulian, rinnegava la fede cristiana e adorava la *Signora*, una sorta di

dea pagana della natura.

Con le erbe, singole o mescolate tra loro, Pincinella preparava decotti e tinte con le quali curava le malattie e le ferite, debellava infezioni e malattie veneree, quali *il brusor d'orina*, aiutava le donne a partorire, sapeva favorire le gravidanze, ma anche interromperle, brigava e disbrigava incantamenti e possessioni, legava e slegava matrimoni. *Disperder li puti* (aborto) non era considerata una pratica medica, ma un incantesimo e come tale non lecito e proibito dalla Chiesa.

Per essere definita strega non era sufficiente e nemmeno necessario che la donna compisse incantesimi, ma era indispensabile che confessasse di partecipare ai *zuoghi*, di compiere malefici (tra cui provocare grandini, siccità e morie di animali), di essere posseduta dal diavolo e di rinnegare la fede cristiana. Pincinella "confessò" tutto questo e, quale rea confessata, venne condannata con una sentenza congiunta del vescovo e dell'Inquisitore e *data al brazo e judicio secular* con la preghiera di moderare l'effusione di sangue ed il pericolo di morte; era quindi il potere secolare e non la chiesa che metteva al rogo; bruciando, la donna non spargeva sangue e la morte non era immediata, concedendo alla donna il tempo per invocare il perdono e salvare l'anima. La mattina in cui venne arrestata con la forza, Pincinella si era alzata presto e





mentre bolliva delle erbe per preparare un decotto pensava al sogno fatto la notte: era nei boschi vicino a casa e raccoglieva delle bacche, allorché le si presentò un leone con due grosse ali bianche e dopo scoppiò un incendio. Dopo una settimana il sogno premonitore di una donna libera, diversa e sognatrice divenne il rogo che la arse viva ai piedi della colonna di San Marco col leone alato, dopo una vita dedicata alla cura degli altri, testimone di un sapere medico femminile tramandato, fin dalla notte dei tempi, da nonna a nipote, ma, forse, non si poteva permettere che una donna, ignorante, potesse avere tutto quel potere tra la gente, il controllo doveva essere ricondotto nelle mani delle autorità ecclesiali e laiche. Nel Medioevo la medicina popolare era stata largamente praticata dalle donne, ma, evidentemente, non aveva lo stesso peso essere analfabeta in una società con cultura orale, come il Medioevo, ed esserlo ai tempi della Pincinella, quando le comunicazioni importanti si facevano già attraverso la scrittura, che pochissime donne conoscevano.

Ci si potrebbe chiedere perché, alla luce di questa lunga tradizione medica femminile, non toccò alle donne costituire il grosso di quella classe medica che si andava formando all'inizio dell'età moderna, perché si aprirono loro le porte delle facoltà di medicina solo alla fine del 1800 e vi entrarono in numeri consistenti solo negli ultimi decenni ed ancor oggi ricoprono in numeri esigui i ruoli apicali?

### **Discriminazioni di genere?**

### **Note**

Il nome del diavolo di Pincinella, **Zulian**, cioè Giuliano, ricorre spesso tra le streghe.

È il santo ospedaliero, protettore dei malati e dei guaritori e viene talvolta raffigurato nelle chiese bresciane col corpo devastato dalle piaghe.

Il zuogo o sabba avveviva sempre di **giovedì**, giornata ricorrente nei processi per stregoneria e nella letteratura dell'epoca.

Era un giorno non consacrato né ai santi, né alla Madonna, in cui ci si dedicava alle feste rurali ed orgiastiche; rimasto nella tradizione e nel folklore: *giovedì grasso* in cui si brucia la vecchia o *il giovedì de le bele* cioè l'ultimo giovedì di gennaio in cui nella media valle Camonica si facevano feste con sfilate in costume (come riportato dallo storico don Antonio Fappani).

Alla demonologia è stato riconosciuto il merito di aver espresso, sia pure nel linguaggio distorto di una concezione pre-scientifica, una intuizione profonda e cioè che il comportamento umano, in particolare quello patologico, si radica nella sessualità (S. Freud).

Le persone anziane di Nave ricordano che i loro nonni raccontavano dei prodigi della stria Pincinella e per spaventare i nipotini, quando combinavano qualche guaio, minacciavano "ardo che ciame la stria..." i bambini ne rimanevano atterriti e la notte sentivano le urla della Pincinella.

A Nave scorre il torrente Listrea (nome evocativo), a monte, dove sorge, c'è un fenomeno carsico chiamato le *coppelle o scodelle delle streghe*.

Il Comune di Nave il 26 giugno 2018, nel 500esimo della sua morte, ha intitolato una targa alla Pincinella, posandola sulla casa in via Sassiva dove visse. Sulla targa si legge "...contro i pregiudizi, le discriminazioni e le ingiustizie." ●

# Assemblea Annuale

## *Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia*

**16 dicembre 2018**

### *Relazione del Presidente Ottavio Di Stefano*

**Viviamo un tempo intricato. “Chi entra in un labirinto sa che esiste una via d’uscita, ma non sa quale delle molte vie che gli si aprono innanzi di volta in volta vi conduca. Proceda a tentoni. Quando trova una via bloccata torna indietro e ne prende un’altra. Talora la via che sembra più facile non è la più giusta” (Norberto Bobbio 1999).**

Parole quasi profetiche, del tutto attuali, in un tempo in cui le analisi latitano a favore delle contrapposizioni incattivite, come ci dice l’ultimo rapporto CENSIS. Facile quindi lasciarci prendere da questo pessimismo diffuso e dilagante e proporvi un lungo elenco delle nostre difficoltà, dei nostri dubbi, del disagio profondo che pur pervade la comunità medica italiana e bresciana.

No, non è questo che ho imparato dal mio mestiere. I meno giovani che oggi sono qui per ricevere un attestato, del tutto simbolico, per tanti anni di impegno civile, sono i miei testimoni. Voi, giovani dottoresse e dottori, ora iniziate un duro, difficile percorso che è fatto di diagnosi, del “riconoscere attraverso” le donne e gli uomini, per dare risposte possibili, ma competenti, al loro star male.

È un privilegio.

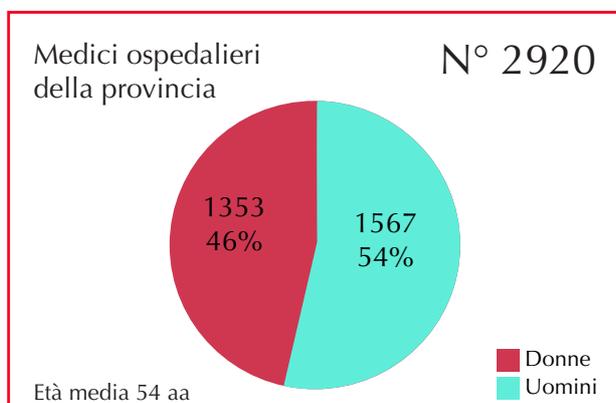
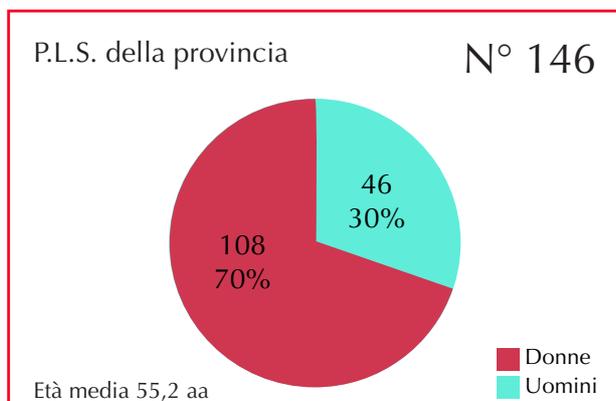
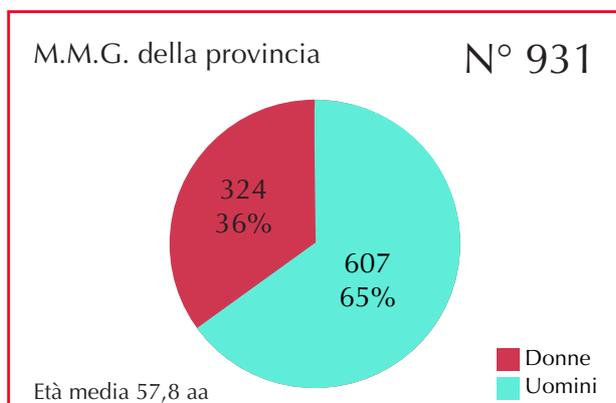
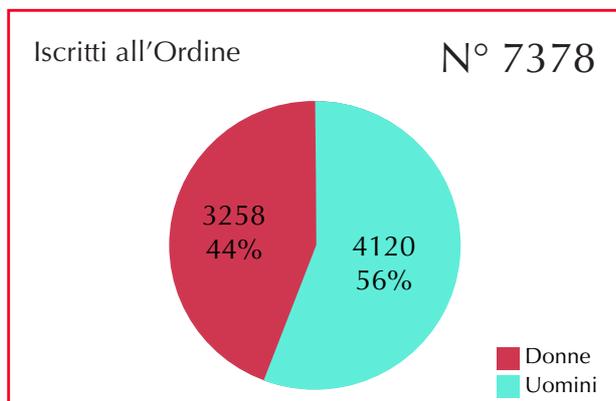
Oggi si discute di competenza, ebbene nel nostro lavoro questa è un prerequisito che prevede uno studio “matto e disperatissimo” perenne.

È un privilegio.

E vi consentirà di “Descrivere il passato, comprendere il presente, prevedere il futuro”. È un privilegio fatto di sacrificio e di impegno, di momenti davvero drammatici, di soddisfazioni intense, ma tutti voi giovani (gli adulti maturi già lo sanno) dovete uscire da qui con una sola e profonda convinzione “perciò il compito è di acquisire una scienza così esatta che permetta di sbagliare poco qua e là: e io molto loderei quel medico che poco sbagliasse; ma la certezza raramente è dato vedere” (*Ippocrate Antica Medicina*).

**E ora diamo i numeri che ci servono anche a battere questo pervasivo pessimismo.**

Perché siete tanti...e tante sono le dottoresse.



Siamo tanti e un po' vecchi, se ancora si può dire?

Andiamo verso un vero e rapido ricambio generazionale che però si apre su scenari grigi in termini di analisi quantitative e qualitative del patrimonio di risorse umane necessario. Per metterla giù più lieve: quanti e quali medici ci serviranno? È certo, e ben fanno i sindacati a lanciare l'allarme, che è finito il tempo della magica allocuzione "isorisorse".

L'età media in Italia dei medici di medicina generale (MMG) e degli ospedalieri è rispettivamente di 53 e di 55 anni.

Età che risente del blocco del turnover e del mancato rinnovo dei contratti.

Nei prossimi dieci anni 33.392 MMG e 47.284 medici ospedalieri cesseranno la loro attività per raggiunti limiti di età, ma già domani (2022) ne mancheranno 8000. È una stima come tante ed ha il valore dell'approssimazione.

Laurea, specialità o corso per la Medicina Generale: da 9 a 12 anni non per accedere ad un lavoro, ma per essere idonei a cercarlo.

Non si sceglie più secondo aspirazioni, attitudini (una volta avremmo detto vocazione) ma secondo la disponibilità di posti e, per le specialità sperando che la sede non sia in una città lontana. E poi c'è il limbo dei tanti che rimangono esclusi dalla formazione post laurea.

La Federazione nazionale degli Ordini è molto attiva e impegnata su questo tema, con l'appoggio unanime degli ordini provinciali, ed ha già conseguito risultati significativi, come l'aumento delle borse di studio per il corso triennale di medicina generale.

Non vi sono, però, soluzioni semplici a problemi così complessi, ma da parte nostra vi sarà una costante attività di analisi e di proposte.

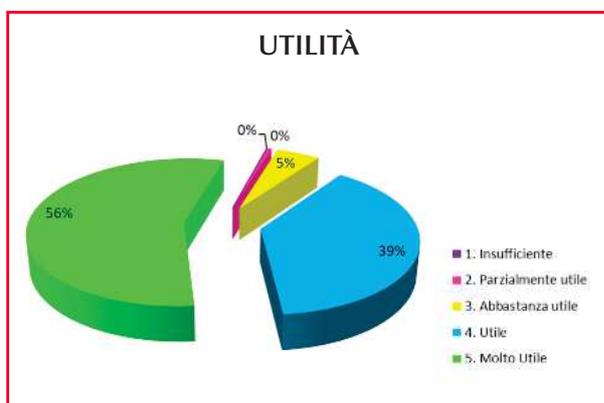
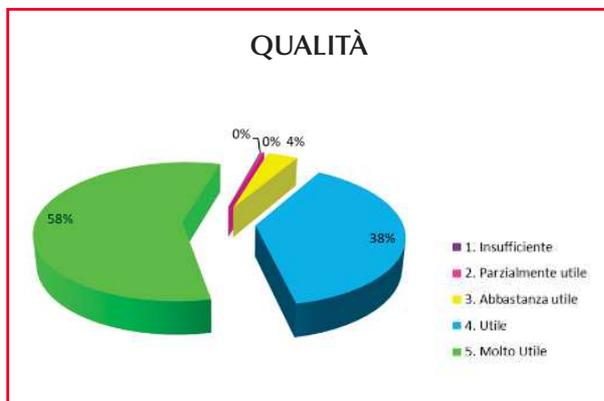
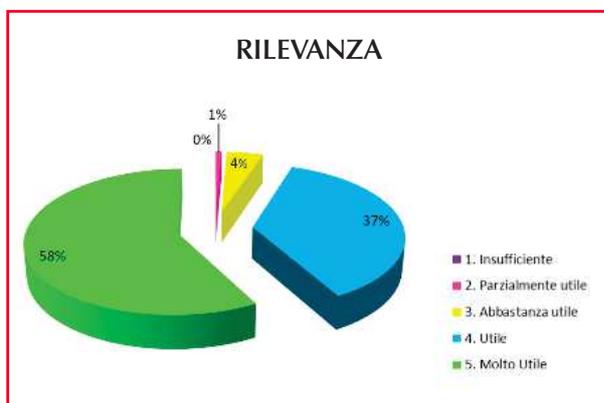
Entusiasmo, creatività, voglia e tempo di studiare: sono le prerogative della vostra età. Dobbiamo incentivarle e non frustrarle. Di certo non vi lasceremo soli, ma dovrete stimolare vivacemente questo Ordine se si dimostrerà passivo...e senza retorica guardate avanti...*Essere giovani vuol dire tenere aperto l'oblò della speranza, anche quando il mare è cattivo e il cielo si è stancato di essere azzurro (Bob Dylan).*

**Andiamo avanti con i numeri.  
Questo quello che abbiamo fatto  
quest'anno per la formazione.**

Abbiamo progettato in totale **35 eventi** di cui:  
 ⦿ **28** eventi residenziali ECM dell'Ordine;  
 ⦿ **1** evento residenziale ECM della FNOMCEO;  
 ⦿ **6** eventi residenziali NON ECM.

I suddetti eventi svolti in **137** incontri, in cui sono intervenuti **238** relatori.

Abbiamo formato **1458** professionisti della sanità, rilasciato un totale di **8524** crediti formativi ECM ed il gradimento totale dei partecipanti è stato il seguente:



E ancora mi stupisco di quanto entusiasmo, di quanta passione, di quante ore dedicano tanti professionisti della salute (medici e non medici) della nostra comunità alla preparazione dei nostri eventi formativi e se la qualità percepita è alta, come potete vedere, questo risultato è, quasi esclusivamente, merito loro.

Anticipo il ringraziamento, breve, ma sincero a tutto il personale ed ai consulenti per il loro lavoro, divenuto ancora più gravoso per il susseguirsi di norme europee e nazionali cui d'obbligo dobbiamo adempiere.

E ringrazio tutti i membri eletti, qui ritratti al termine di una delle nostre riunioni di consiglio dove il confronto è stato aperto e franco, esaustivo ed estenuante.

**Ed ora un ritorno al passato**

**1978** un anno cruciale della nostra storia recente. Un anno drammatico segnato dal rapimento e dall'assassinio di Aldo Moro, ma anche dalla risposta unitaria e civile contro il terrorismo che di lì a poco sarà sconfitto.

1978 un anno cruciale per la sanità italiana. L'anno delle leggi 180 e 194, che comunque la si pensi, hanno inciso sulla nostra società. Sono temi che attengono agli intimi convincimenti di ognuno di noi, medici e no. Temi che vanno affrontati nel rispetto assoluto delle convinzioni anche divergenti. Così cerchiamo di fare, nei fatti, nelle nostre iniziative come questa recente sulla legge 194. L'Ordine con la sua Commissione Etica (un grazie di senso al Coordinatore Angelo Bianchetti), al di là delle posizioni individuali, anche dei membri eletti, si è impegnato e si impegneranno in un dibattito aperto, dando spazio a tutte e a tutti.

Il 1978 è anche questa immagine

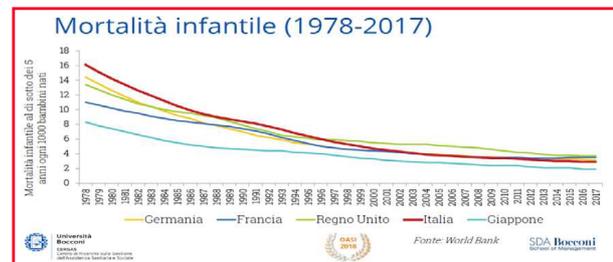
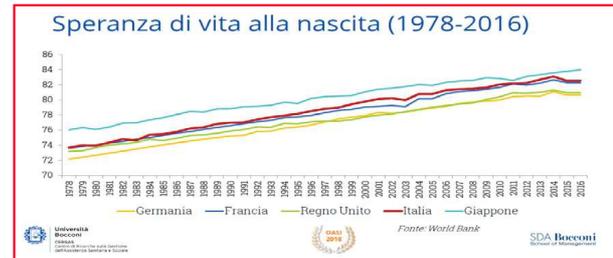


Sara Simeoni a Brescia, al vecchio campo scuola Morosini che non esiste più, conquistò il record del mondo di salto in alto con la misura di 2,02 (se guardate bene mi intravedete fra gli spettatori increduli ed entusiasti). Il 23 dicembre di quell'anno fatidico (nel senso etimologico: capace di rivelare il futuro) fu approvata la legge 833: "Istituzione del servizio sanitario nazionale (SSN)".



Dalla frammentazione delle mutue, dai diversi livelli di assistenza... a questo incipit fondativo "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale". Una delle più grandi leggi della storia Repubblica che ha cambiato in meglio non solo la salute di tutti noi, ma la nostra stessa società. Abbiamo dedicato ai 40 anni del nostro SSN un numero della rivista (grazie al Direttore Paolo Balestrieri). Sì credo, profondamente e convintamente, che il SSN sia un bene prezioso e che vada difeso strenuamente. Un gioiello della corona

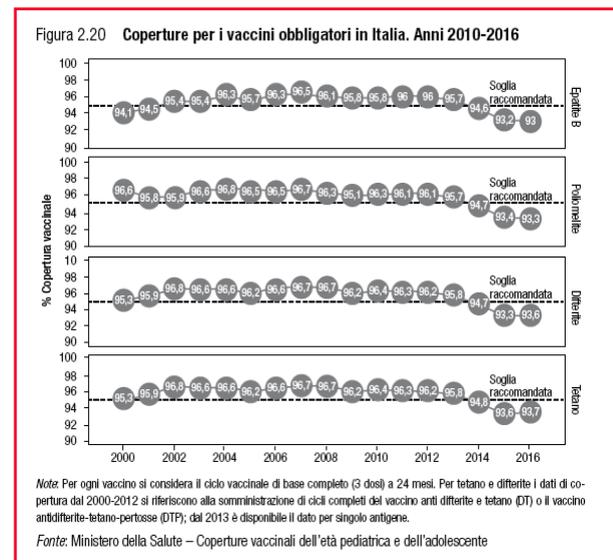
dicono gli inglesi del loro NHS, che non sta tanto bene, ma ci credono e lo amano al punto da dedicare alla sua celebrazione 20 minuti della Cerimonia di apertura delle Olimpiadi 2012. Il SSN si basa su due principi cardine: la solidarietà e l'universalità. Principi fondanti che conosciamo tutti e che ci dovrebbero riempire di orgoglio, cui vanno aggiunti due altri elementi basilari spesso trascurati: inclusione sociale ed, udite-udite, efficienza.

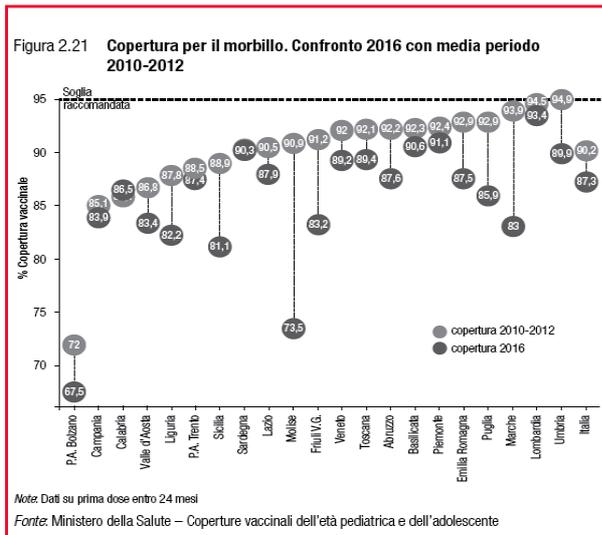


### Come sta il nostro SSN?

Viviamo più a lungo e bambini muoiono molto di meno.

Un *sentiment* di affetto, di passione mi lega, ci lega al SSN, ma ha 40 anni e il *follow up* deve essere comunque rigoroso, se non severo. E infatti non tutto ci riesce.





Secondo l'agenzia Bloomberg siamo terzi nel mondo ed i primi in Europa, ma gli indicatori utilizzati sono prevalentemente economici ed il nostro SSN è fra i più parchi d'Europa e del mondo.

Ma questo è un bene? Certamente l'uso corretto delle risorse è un valore etico, ma se guardiamo la spesa *out of pocket* questa ha superato nel 2016 i 37 miliardi di euro.

Il sistema, secondo tutte le agenzie di analisi è sotto finanziato. Alcuni (molti) sostengono che l'unica soluzione sia una seconda fonte di finanziamento. Un secondo pilastro attraverso modalità individuali o categoriali ("terzi paganti": fondi sanitari, casse mutue, assicurazioni, welfare aziendali etc.). È un dibattito aperto, acceso. Aldo Piperno, sociologo ed uno dei massimi esperti del campo sostiene "non ci sono riscontri empirici che lo sviluppo di un secondo pilastro privato possa ridurre la pressione sul pubblico, l'unico davvero in grado di prendersi in carico i malati cronici, i più anziani, chi ha bisogno di trapianti o di farmaci oncologici ultra costosi. Oltretutto i consumi che nascono da una copertura assicurativa privata vanno, comunque, a scaricarsi sul pubblico". Condivido ed esprimo una personale, decisa, riserva su un secondo pilastro che assicuri prestazioni sostitutive a quelle erogate dal SSN; i dati di letteratura documentano migliori *outcome* clinici dei sistemi basati sulla fiscalità generale come il nostro. E questo senza discriminazioni di censo.

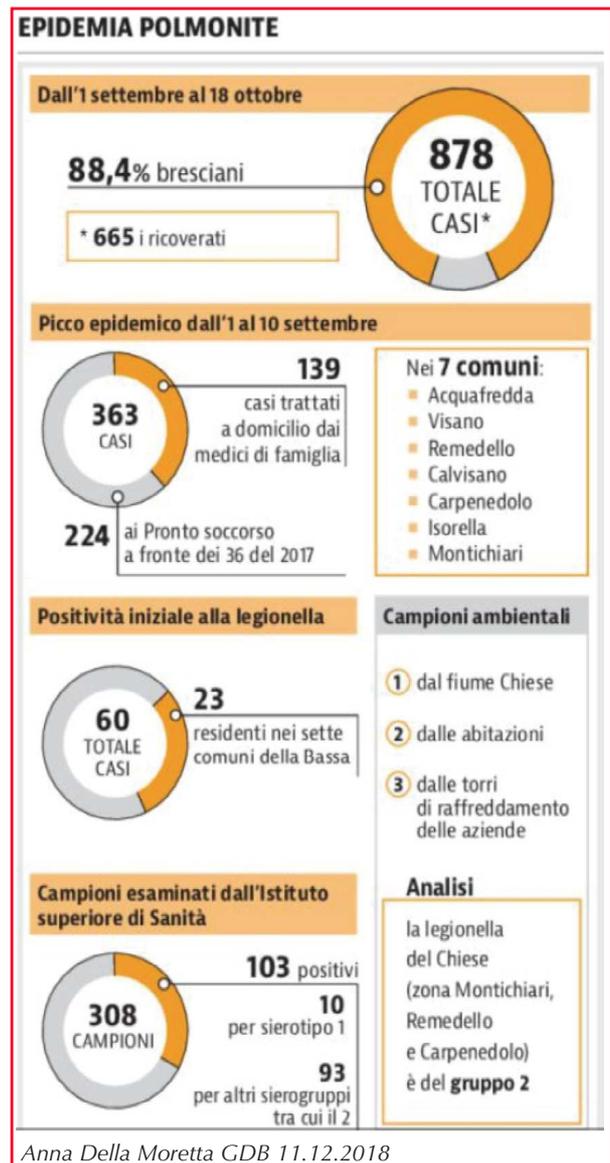
## Come sta il nostro SSN?

Dal 1 settembre al 18 ottobre 2018 medici di famiglia, medici ospedalieri ed operatori della salute hanno affrontato un improvviso ed eccezionale carico di lavoro.

Hanno curato 878 malati di Polmonite.

In silenzio, senza clamore.

**Questo è il nostro SSN. Grazie.**



Ridurre gli sprechi, riorganizzare, ripensare, prevenire, affrontare la cronicità, la sfida dell'intelligenza artificiale: queste alcune delle tante parole chiave su cui ci confrontiamo e dovremo confrontarci per migliorare il nostro sistema.

...perché in sanità i cambiamenti sono così difficili? (*BMJ 19 maggio 2018, n. 8153*).

Il sistema è complesso, come è complessa la medicina di oggi, come è complesso il nostro malato oggi.

Nessun'altra industria o settore (...rispetto alla sanità...) ha equivalenti livelli di gamma e di ampiezza - come i modelli di finanziamento, la varietà e la molteplicità dei servizi, la complessità dei bisogni e le così tante opzioni e interventi per le esigenze di una persona.

Le varie combinazioni di cura, attività, eventi, interazioni e risultati sono, a tutti gli effetti, infinite.

Ed ecco il punto cruciale (*BMJ 19 maggio 2018, n. 8153*).

Il cambiamento è accettato quando le persone sono coinvolte nelle decisioni e nelle attività che le riguardano. I° avviso ai timonieri. (Su ispirazione della vice presidente, Dr.ssa Luisa Antonini, che qui vedete raffigurata nella sua icona classica di "grillo Parlante").

In tempi di revisioni politiche e normative, nascono le opportunità per «infilare» la salute in tutte le iniziative pubbliche (*Health in all policies*).

La salute in tutte le politiche deve essere la norma. II° avviso ai timonieri.

Avviso ai naviganti. Questo però vuol dire, e parlo di noi medici, uscire dal nostro "particolare" e partecipare.

Non è rilevante dove (Ordine Sindacato quello che volete) ma esserci.

Senza di noi il sistema non tiene, non migliora e non è un'affermazione ardita.

Ed in questo "noi" non ci sono solo i medici, ma tutte le professioni sanitarie in uno sforzo congiunto per capire alla fine: cosa serve ai malati, alla gente.

La sola assistenza sanitaria non può migliorare la salute della popolazione.

La prevenzione è un intervento chiave per la sostenibilità del NHS (...SSN) è necessaria una "batteria" di diversi approcci preventivi, dato che non esiste il classico "proiettile d'argento".

Le influenze sociali ed ambientali contribuiscano per circa il 50%

alle variazioni dello stato di salute, confermando che l'accesso all'assistenza sanitaria universale da sola non è sufficiente per migliorare la salute della popolazione (*BMJ 30 Agosto 2018*).

Dalla periferia ricca alla periferia povera di Torino si perdono 5 mesi

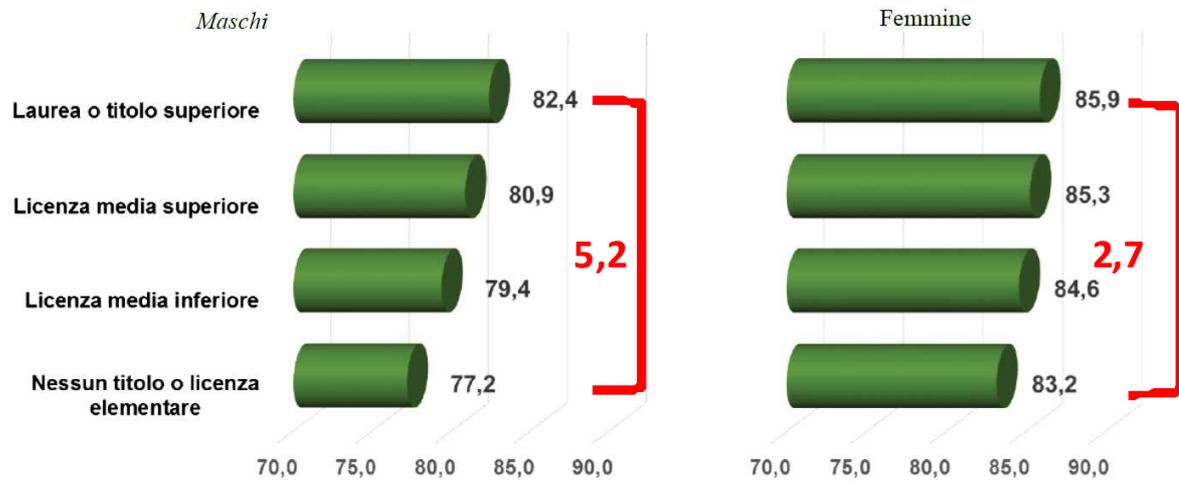
di speranza di vita media al KM ed ancora: chi ha studiato vive di più.

Viviamo un tempo intricato... dicevo all'inizio, un tempo di sfide vere, determinati per noi e di nuovo per loro: i malati.

Poche settimane fa ad Astana la Conferenza Globale sull'Assistenza Primaria si è conclusa con questa frase: "Noi siamo convinti che il rafforzamento della *Primary Health Care* (PHC) rappresenta l'approccio più inclusivo, efficace e efficiente per migliorare la salute fisica e mentale



Grafico 2 Speranza di vita alla nascita per genere e titolo di studio – Anno 2012



Fonte: elaborazioni su dati Istat

della popolazione, nonché il suo benessere sociale, e che le cure primarie sono la pietra angolare di un sistema sanitario sostenibile che ha l'obiettivo di conseguire la copertura sanitaria universale". Questo è lo stesso obiettivo che si prefiggeva 40 anni fa (ancora il 78!) l'edizione di Alma Ata e non è stato raggiunto. Situazione che, *mutatis mutandis*, stiamo affrontando anche noi in Lombardia con la Presa in Carico del paziente cronico. Erano prevedibili le difficoltà, le discussioni, gli aggiustamenti, ma come dicevo prima in sanità tutto è complesso e comunque guardiamo avanti e partecipiamo. Il malato vecchio (aggettivo di rispetto), con tante malattie, perennemente in bilico fra territorio ed ospedale è un ammalato difficile (ancora una volta stavo per dire complesso). Difficile il malato, difficili le risposte ai suoi bisogni. Vi è necessità assoluta di coordinare le varie figure che intervengono su di lui. Con quali modalità? Con quali strumenti? Stiamo elaborando, con l'indispensabile apporto di Germano Bettoncelli e vi confido con molta fatica, un progetto di aggiornamento su questo tema.

Vi sono altri malati difficili, spesso

considerati gli ultimi (il disabile, il demente, lo psicopatico, quello con malattia rara) a cui in questi anni abbiamo dedicato iniziative ed abbiamo tutta l'intenzione di proseguire.

### Una provocazione. Gli ospedali stanno diventando obsoleti?

Dice Ezechiele J. Emanuel, oncologo, bioeticista vicepresidente dell'Università della Pensilvania:

*"gli ospedali stanno scomparendo. Anche se potrebbero non sparire completamente, continueranno a ridursi in numero e importanza. Questo è inevitabile e buono". Il numero di ospedali diminuisce perché è possibile fornire cure più complesse in modo sicuro ed efficace altrove, ed anche questa è una buona notizia. Molte procedure gradualmente si sposteranno all'esterno. Gli ospedali dovranno accorparsi e saranno dedicati ai pronto soccorso, ai servizi ad alta tecnologia per i bambini prematuri, ai pazienti che necessitano di chirurgia cerebrale e trapianti di organi, e simili. Nel frattempo cresceranno le cliniche doc in the box. (Opinion | Are Hospitals Becoming Obsolete? - The New York Times 25/02/2018).*

## E la tele medicina, che è del tutto utile, senza eccessi, si svilupperà sempre di più.

L'America spesso è avanti ed è certamente necessario, come abbiamo più volte detto e scritto che la riorganizzazione delle cure primarie e dell'ospedale debbano procedere di pari passo. Nuove figure e strumenti sono indispensabili (*Hospitalist*, sistemi di comunicazione ad alta efficienza ed affidabilità), ma intravedo un rischio. Certo dobbiamo considerare l'appropriatezza. L'appropriatezza clinica. Andavano contenuti i ricoveri, certamente eccessivi in passato. Andava ridotta la durata della degenza, certamente eccessiva in passato. Vanno considerati i vincoli economici.

E allora quali i miei, i nostri timori. Non voglio qui rivendicare il primato acritico della clinica, ma l'ospedale era ed è il posto dell'accoglienza, dove ancora si deve avere il tempo per "osservare" il malato che non si capisce, che sfugge agli algoritmi. Non tutto è inquadrabile, non tutto è standardizzabile. È il posto in cui si deve avere il tempo di parlare con lui o con lei. La relazione è tempo di cura. C'è scritto, ed è la prima volta, anche in una recente legge.

Questa è la *mission*.

Stiamo, e mi scuso per gli inglesismi, overmedicalizzando o oversemplificando? Anche la paladina del "*less is more*", chiamata nel mondo scientifico miss appropriatezza, si interroga fra contrasto agli sprechi, sacrosanto, e l'eccesso di semplificazione a volte esso stesso dannoso.

*E «gli ospedali che spendono di più durante le ospedalizzazioni per varie condizioni acute hanno tassi di mortalità più bassi a un anno dopo l'ospedalizzazione rispetto agli ospedali con spesa inferiore» (N Engl J Med 14 Dicembre 2017)*

Insomma ritorniamo a ciò che diceva Osler "è più importante sapere quale paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha il paziente".

Come reagirebbe Osler, cento anni dopo, alla ennesima, immanente, epocale, rivoluzione della medicina?

## Se il robot è meglio del medico?

L'intelligenza artificiale (AI), che arriva a breve, a brevissimo, vi confido mi spaventa. Spaventa tutti noi vecchi. Perché non la conosciamo, perché veniamo dalla semeiotica, dalla medicina dei sensi, senza intermediazione delle macchine. Perché ci renderà inutili?

*"L'AI sta accelerando il processo diagnostico e riducendo gli errori. La macchina riesce a controllare, con maggiore accuratezza, una quantità di dati che impegnerebbero per mesi un'equipe di medici. Vuol dire più vite salvate."* Questa è una affermazione del tutto condivisibile.

Ma ancora più condivisibile *"Gli algoritmi (su cui si fonda la AI) possono essere progettati per distorcere i risultati, a seconda di chi li sviluppa e dai motivi dei programmatori, delle aziende e dei sistemi sanitari che li impiegano. Insomma, gli algoritmi li fanno gli uomini e si deve valutare criticamente la fonte dei dati usati per costruire i modelli statistici progettati per fare previsioni, capire criticamente come i modelli stessi funzionano e guardarsi dal diventare del tutto dipendenti da essi."* (Gilberto Corbellini 09 luglio 2018 Sole 24 ore).

Ed è anche vero che è profondo lo squilibrio tra le capacità della mente umana e la complessità della medicina (*N Engl J 28 Settembre, 2017*).

Ma quando avremo superato questi ostacoli, non da poco, saremo davvero inutili?

**Addirittura la relazione empatica con chi sta male, su cui abbiamo fondato il nostro lavoro, diventerà anch'essa un fatuo miraggio?**

**Non lo so. Non ho le prove.**

## Sono le 23.30 in una casa della periferia di Brescia negli anni 80.

*Prima il fastidio. Aveva mangiato troppo. Poi il dolore al petto non ben localizzato...un bruciore. Be' passerà....*

*Ore 23.50 C'è ancora...la sveglia*

*Ore 01*

*«Dr. C....È entrato un ammalato, 45 anni dolore toracico. Ha fatto Ecg ed esami in pronto: normali. È agitato...spaventato"*

*«Arrivo»*

«Non mi sono fermato un minuto e questo è spaventato»

Fuori dalla stanza una signora con il viso stravolto e due ragazzini, in piedi, entrambi aggrappati a lei....

«Lo vedo e le dico tutto, andate a sedervi, lì più avanti ci sono delle poltrone» dando un buffetto al bambino più assonnato.

«Ecco gli capita sempre quell'infermiera con tutti quei Piercing all'orecchio... Però è brava.» Lui in effetti è agitato, seduto sul letto con la fronte imperlata di sudore»

«Buonasera sono il Dr. C....ha ancora dolore?»

«NO..NO però.....dottore ho paura....» L'infermiera gli fa vedere gli esami.....

«Gli esami vanno bene....scusi non le ho chiesto come si chiama» «Camillo» «Bene Camillo adesso la visito»

Ore 02

«Il suo cuore sta bene. Forse programmeremo una gastroscopia....ha mangiato troppo stasera? Be non è un peccato»

«La gastroscopia fa male?»

«È fastidiosa...ma l'ho fatta anch'io e sono ancora qui. Adesso riposi. Stia tranquillo.... vado a parlare con sua moglie; più tardi torno a vedere come sta, se però dorme non la sveglio, e poi qui c'è lei.. Che è brava» indicando l'infermiera «Buona notte Camillo».

«Si è stata proprio gentile. Grazie.»

Ore 8.30 sala di attesa del reparto. La moglie di Camillo.

«Dottore, dottore»

«Ah Buon giorno, Camillo sta bene, l'ho visto poco fa»

«Sì lo so, mi manda lui. Dopo che è passato Lei, ha dormito, tranne quando l'infermiera è passata per vedere come stava. È proprio brava.»

«E voleva dirmi....»

«Mi ha mandato Lui per dirle Grazie»

«Perché?»

«Che risposta stupida, era proprio stanco, meglio andare a casa» «Buongiorno signora, mi saluti Camillo». Però era contento. ●

leri eravamo così,  
oggi siamo così,  
ma anche

domani.....  
noi  
saremo così.



## Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri Luigi Veronesi

È mia abitudine non elencare, in occasione dell'Assemblea annuale ordinistica, quanto fatto nel corso dell'anno dalla CAO in quanto sempre meticolosamente e tassonomicamente riportato dal Presidente Di Stefano, ma in quest'occasione non posso non sottolineare una preoccupazione nata diversi mesi or sono ed ancor oggi cogente e impegnativa. Quello che da alcuni anni ha fatto di noi la CAO più attiva d'Italia: l'attività culturale, nonostante il palinsesto non solo sia stato confermato, ma anche ulteriormente ampliato, segna il passo

sull'appeal dell'interesse dei colleghi che stanno costantemente riducendo le iscrizioni. Ma al ridursi dell'interesse di chi da anni opera nel settore ci saremmo aspettati un crescente numero di giovani bisognosi di cultura ad altissimo livello gratuita e a casa propria. Cosa però che ancora non ci è riuscita e nonostante lo sforzo di portare nella nostra città i relatori più accreditati nel panorama italiano e non solo, come detto vediamo i numeri perdere consistenza.

**Sarete forse voi i giovani cercavamo?  
Che rilanceranno ed apprezzeranno  
il nostro lavoro? Lo speriamo di cuore.**

Allargando a più ampio raggio il discorso mi sentirei autorizzato a dire che questo sia stato un anno particolarmente ricco di eventi, leggi e interpretazioni su realtà fondamentali del nostro mondo professionale ed ordinistico: legge sulla concorrenza, privacy, legge Lorenzin, e tutto ciò impatta su di una figura: il medico, l'odontoiatra, cambiata o sempre la stessa? Se dovessimo contestualizzare la figura del medico dovremmo ammettere che oggi non ha né l'*appeal*, né la credibilità né tantomeno la stima che riceveva nel passato. Certo parlando di passato dobbiamo assorbire l'essere a cavallo di un secolo e di un millennio, ma la figura del medico che analizzo io è quello di soli quaranta/cinquant'anni fa.

Allora le conoscenze, ma principalmente i mezzi diagnostici e terapeutici erano decisamente inferiori: tac, pet, risonanza magnetica, terapie farmacologiche e geniche e nel nostro settore: implantologia ed ortodonzia hanno fatto passi impensabili. L'umanità e la semeiotica di allora, alternativa all'odierna *imaging*, si scontravano con disponibilità terapeutiche decisamente limitate rispetto ad oggi e chissà domani quali altri passi avanti si faranno. Ed il medico era il signor dottore, la figura o una delle 3 figure più importanti delle comunità, specie quelle di paese. Stimato, ben voluto e considerato per la professionalità ed il titolo di studio e nonostante tutto per i risultati ottenibili rivolgendosi a lui. Oggi siamo forse da meno? Curiamo tutto e guariamo quasi tutto, ma nettamente più di allora, con minore invasività, maggiori effetti e risultati infinitamente migliori. Eppure, nessuno toglie il cappello al suo passaggio, vediamo quotidianamente contestazioni, attestati di disistima sino a frequenti episodi di aggressione e violenza fisica. I rari casi di disonestà singola divengono inevitabilmente etichettati quali attestati di malasana, coinvolgendo tutto e tutti gli addetti ai lavori. Vediamo politici, ex comici prestati alla politica, giornalisti, giudici e ancora illustri sconosciuti autoreferenziali terapeuti

che promuovono e bocciano terapie a loro insindacabile giudizio e allora? Allora: Stamina, cure con bicarbonato, terapia Dibella e attualissimo il no vax. In campo odontoiatrico la mediaticità delle bufale è fortunatamente, per il momento, ancora confinata nella sola pubblicità, dove vediamo società di capitali proporsi con metodi e successi esclusivi a comode rate e costi "da cifre... e mai a cifre" chiare.

**Il commercio invade ed esclude  
la scienza. I praticoni ed i maghi  
fioriscono al crescere dell'efficienza  
medica. C'è chiaramente qualcosa  
che sfugge. Come è possibile che  
al migliorare dei risultati scientifici  
aumentino le credenze empiriche e la  
magia?**

Forse per colpa nostra e l'immagine che stiamo dando di noi e dei nostri reali successi? Abbiamo sbagliato nella comunicazione o l'abbiamo snobbata sicuri, o troppo presi, dal nostro ruolo.

Occorre cambiare, serve che l'Ordine, sì sussidiario del Ministero diventi anche e soprattutto, il Giano bifronte della sanità: da un lato attento osservatore della ricaduta della sanità sui cittadini pazienti e dall'altro coordinatore e imparziale divulgatore delle verità scientifiche. Condivido, cari Colleghi, che la scienza non sia democratica, esistono verità e teorie, le seconde discutibili, ma le prime dogmi di fede. Via la parola a chi ignorante pontifichi sulle verità, dialogo paziente con tutti sulle teorie.

Qui il ruolo dell'Ordine: sostituirsi alle campagne dei singoli per renderle verità assolute quando tali e contrasto sino alla radiazione di coloro che, medici, affermino convinzioni proprie spacciate per scienza in improbabili contesti mondani o mediatici. A questo lavorano gli Stati Generali della professione, all'allestimento di una "Magna Carta" nella quale ritrovare la professione medica e gli obiettivi della stessa. Tutti insieme, medici e laici all'unisono, perché poco produce un verticismo anche illuminatissimo se poi non si traduce dagli

ideali alla realtà quotidiana il prodotto partorito.

Ma ritorno nel mio alveo nella gestione della componente odontoiatrica.

Anche per noi questo è stato un anno denso di cambiamenti e mi domando sempre se, questioni così tecniche, ma di forte ricaduta sulla professione e le strategie della stessa vengano metodicamente riportate agli studenti nelle aule universitarie? Siamo certi che veniate laureati consci delle regole del gioco? Posso dire, a titolo assolutamente ed esclusivamente personale che ne dubito? Posso dire di avere la convinzione che pochi, anche in questa sala, siano veramente a conoscenza delle regole anche importanti del gioco.

E così deve essere se in questi 13 anni di presidenza mi sono imbattuto in espressioni attonite di Colleghi trovatisi in torto e convinti, in buona fede, di aver fatto tutto secondo regole. Regole personali, figlie del proprio buon senso, ma non sempre lo stesso di chi ha scritto le regole però.

Allora Università, perché ancora latitante l'insegnamento della Deontologia e Codice deontologico proposto da ordinisti nel corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria?

**Perché Brescia non ha ritenuto indispensabile l'inserimento della materia, così come raccomandato dal Collegio dei docenti? Siamo certi che basti essere una buona mano con trapani e bisturi per entrare nel mondo professionale e non avere intoppi poi?**

È a tutti chiaro cosa sia un'autorizzazione sanitaria per l'apertura di studi dentistici, quali le ultime indicazioni in materia di direzione sanitaria e requisiti da avere per poterla effettuare? Le società possono essere fatte da professionisti, tutte? Quali? Quante? Siamo certi di poter fatturare ai pazienti come società srl? La pubblicità è libera o esistono regolamentazioni? Certi di aver esattamente compreso quale sia il rapporto con il "malato" e l'indicazione imposta con il concetto di alleanza terapeutica: utente, cliente o paziente quello che voi tratterete?

Tanti interrogativi che si impongono nel transito da studenti a professionisti e ancora pochi quelli riportati, che costituiscono le incognite della professione spesso erroneamente risolte rivolgendosi a commercialisti, avvocati, figure intermedie che si occupano di studi chiavi in mano fino ad affidarsi a biechi amministratori di società di capitale esperti sino al mese prima in vendite di bulloni pressofusi. Preoccupiamoci finalmente degli studenti, dei loro percorsi e non vediamoli sempre e solo come numeri da accettare, rifiutare, aumentare o ridurre. Pensate bene a come trasformare 20 anni di numero chiuso con prodotti preconfezionati stranieri calati nella realtà italiana, un buon abito lo si fa dal sarto che lo confeziona in toto non adatta alle misure abiti preconfezionati, perché poi fanno le pieghe, e non basta stirare per ricondizionarli. Sono il futuro del mondo, il futuro della professione, della nostra professione eppure noto un preoccupante smarrimento post laurea che li porta dritti per illusorie scorciatoie nelle mani di Mangiafuoco. L'impatto con il mondo del lavoro, di questo nostro lavoro li trova impreparati e spaventati di fronte alle tante incombenze, burocratiche e legislative, ma tutto è figlio dell'incontro con l'incognito, ciò che è conosciuto non si teme, si rispetta, ma con buoni insegnamenti si domina e si gestisce. Credo che il sesto anno del corso di laurea in odontoiatria, invenzione tutta italiana, debba essere sfruttato per rodare i giovani laureandi al mondo della professione, per dar loro, in più dei laureati all'estero, quel *know out* indispensabile per partire, in ritardo temporale rispetto agli altri, ma con una spinta a fionda che li lanci molto più avanti nel lavoro, quello vero, quello da trincea. Ma se il medico oggi è cambiato rispetto al passato, anche il paziente lo è, spesso convinto alleato del dott. Google: cerca si informa e sovente esce di strada convinto di essere sulla migliore e anche per noi dentisti, il paziente non è più quello di un tempo con problemi solo dentali: oggi è diabetico, cardiopatico, iperteso, scoagulato, parodontosico e in terapia con una montagnella di farmaci, in una parola un paziente complesso. Dove complesso non vuol dire che dia

fastidio, ma che soggetto ad una complessità polipatologica che necessita di un approccio multifunzionale e principalmente di un dentista medico. Il cavadenti di vittoriana memoria è morto, oggi dobbiamo essere considerati gli specialisti della bocca, di tutte le patologie della bocca ed anche delle carie, con una professionalità aggiornata elevatissima.

✘ **Aggiornamento:** con la premessa fatta dovrebbe venire immediato il pensiero di un professionista sempre aggiornato ed aggiornato per noi, nel bene e nel male, vuol dire essere in regola con i crediti ECM. Mi domando se sia chiaro per tutti cosa significhi, perché da una verifica nazionale è emerso un dato sconcertante: quasi il 50% dei medici non è in regola. Abbiamo la matematica certezza e ne stiamo avendo conforto, che questo sia l'epifenomeno della mancata conoscenza della gestione di questa particolare incombenza, obbligatoria, per i medici più che una reale mancata dedizione all'aggiornamento. Auspichiamo che l'università sia chiara anche sulle immediate incombenze del post graduate per tale obbligo, ma ribadisco saremmo fieri e sicuri di fare un lavoro giusto se venissimo coinvolti.

✘ **Responsabilità professionale:** la legge Gelli-Bianco ha dato indicazioni più precise in merito, specie su responsabilità grave, ma occorre conoscere le linee guida, in realtà in itinere al momento sostituite dai naturali prodromi: le raccomandazioni cliniche, ed anche qui le conosciamo tutti? Anticipo nell'occasione un congresso che organizzeremo in partnership con il Centro di Informazione e Consulenza (C.I.C.) proprio sulle raccomandazioni cliniche e la loro ricaduta sulla quotidianità professionale, a breve.

✘ **Fattura elettronica:** nuova e forse la meno sconvolgente delle innovazioni partorite. Sicuramente inutile e di certo non migliorativa per la componente medica e odontoiatrica, ma essendo inseriti in un contesto di fatturazione gravato da IVA negli acquisti, pur non essendo soggetti a fatturazione con IVA, ci hanno detto che

avremmo impedito la chiusura del cerchio. Così dopo esserci organizzati, informati e ormai arresi abbiamo scoperto che il Garante sulla privacy l'ha bocciata e tutto si azzera.

✘ **Privacy:** il mostro un po' alla volta sta perdendo il potere terrifico e comincia ad essere compreso meglio, ciò non di meno dovremo avere idee chiare e comportamenti comuni. Abbiamo volutamente atteso tempi maturi per istruire i nostri iscritti sulla materia, attendendo che i quesiti posti al Garante, anche dalla nostra Federazione avessero riscontri. Anche su tale tema organizzeremo, quando tutto realmente chiaro, senza le corse in avanti di chi per mostrarsi efficiente ha fatto corsi ed incontri spiegando il nulla, un congresso, già cantierizzato con un espertissimo della materia. Siete ovviamente tutti invitati.

✘ **Rapporti con il terzo pagante:** attenzione ad entrare nel vortice delle convenzioni, ricordate che la responsabilità dei livelli di terapie non è commisurata ai costi al ribasso ed è il professionista a risponderne sempre al paziente ed all'Ordine professionale. Il terzo pagante oggi è in una fase ancora di terzo lucrante, che strozza e continuerà a strozzare i colleghi caduti nella rete. Attenti a sposare la fronda commerciale della professione, non salverà nessuno comunque. Cercare di porsi in contrapposizione con *low cost* e franchising è fissare il bersaglio sbagliato, a meno che tale imprenditoria non sia prodromo alla cessione della propria attività ai *Private Equity Funds*, quelli che presto anche in Italia, dopo le acquisizioni statunitensi, acquisteranno tutto e tutti con fiumi di denaro di provenienze multiple e sicuramente non solo lecite. Investitori alla ricerca, nel ramo a rischio d'investimento, di realtà che diano qualcosa di più del nulla per cento dato dalle banche e dagli Stati sovrani, trovando nel nostro settore percentuali di guadagno fra il 5/7%, insostenibili come guadagno per un professionista, ma impensabili oggi per capitali a reddito. Odontotecnici e dentisti schiavi silenziosi

al servizio di *Paperon de Paperoni* e dei biechi interessi esclusivamente commerciali. Tutti con il mouse in mano a progettare cure su 3D e CAD CAM con risultati relativamente precisi, ma facilmente replicabili su larga e larghissima scala come prodotti da banco. Questo il vero obbiettivo della robotica asservita a tali realtà: non aiutare, ma sostituire l'uomo, domani il medico per prestazioni mediamente sostenibili e certamente mai customizzate.

Questo e tanto alto è il mare magno dell'Ordine professionale, la casa di tutti, ma anche il consulente di tutti.

Consulenze legali, fiscali, medico legali, previdenziali e permettetemi di ricordare anche umane e professionali, totalmente sconosciute e non conosciute dai giovani colleghi che in un questionario proposto un paio di anni fa dal sindacato di maggior riferimento professionale (ANDI) hanno mostrato lontananza e diffidenza nei confronti di tale Ente, ma lo conoscono? Voi lo conoscete?

Questa la sfida della CAO nazionale, della quale ho l'onore di far parte da giugno, è quella che caleremo sul territorio, spero in combinata con la componente medica, con la quale abbiamo sempre condiviso idee e filosofie, ma mai un progetto congiunto, far conoscere le vere funzioni degli Ordini. Potrebbe essere questo il primo? Un progetto comune che nasce nel momento in cui *ope legis* avremmo la possibilità di staccarci e costituire un Ordine autonomo degli odontoiatri, decisione che ci vedrà impegnati in questi prossimi due anni, ma a conforto del rapporto esistito ed esistente ci proponiamo al fianco del comune Ordine come partner di sempre. Non dimentico i nostri senatori della professione, che oggi per il sottoscritto sono divenuti contemporanei, inevitabilmente, ma per noi il dado è tratto dobbiamo portare in fondo il nostro mandato nella vita e nella professione auspicabilmente con minori scossoni possibili, sono loro: i più giovani ai quali dobbiamo riuscire a trasferire ciò che non siamo riusciti a fare con la generazione immediatamente dopo la nostra. I 40/45enni di oggi sono totalmente spariti dallo scenario della rappresentanza di tutte le

professioni, non solo la nostra, lasciando un difficilmente riempibile iato fra noi ed i giovani millennials, privandoci del fondamentale cuscinetto utile ad uno scambio generazionale fluido. Quindi? Diamoci la mano a metà strada, accettando noi di rivedere convinzioni che ci hanno comunque portato sino ad oggi e chiedendo a voi giovani di governare le illusorie sicurezze figlie della scalpitante forza giovanile, il giusto sarà nel mezzo? Sono certo che nessuno sarà intimamente convinto di questo, ma un ponte va costruito e i drammi di questi ultimi periodi ci hanno insegnato che travate troppo lunghe rischiano di cedere, riduciamo allora le distanze, inseriamo qualche pilone in più, meglio se su terreni stabili quali quelli della deontologia e delle regole certe e comuni. Ne va della vostra vita professionale. E citando, sul finale, come quasi sempre mi capita, la saggezza del passato ricordiamo Seneca: "nessun vento è buono per il marinaio che non conosca la rotta" concentriamoci quindi sulla scelta di dove voler andare e dove voler portare la professione, sfruttando anche le correnti negative e abbandoniamo convinzioni geografiche tolemaiche perché non ci aiuteranno ad uscire dal confine delle colonne d'Ercole nel quale stiamo comprimendo il patto generazionale. ●

# Premi al Merito

## Gina Alessandra Gregorini

La dottoressa Gina Alessandra Gregorini inizia il suo percorso di specialista in Nefrologia quando viene assunta agli ospedali Civili di Brescia nell'aprile del 1979.

Da allora diventa per tutti "Gina" e da allora non si toglie più il camice bianco.

Gina è uno specialista particolare dotato di dedizione totale (l'ammalato prima di tutto), amore per il paziente, professionalità di eccellenza e... testardaggine (proveniente dai Suoi geni "camuni") che le permettono di fornire prestazioni e ottenere risultati di sicuro eccezionali.

Col camice (sempre) Gina partecipa alla vita dell'ospedale e la troviamo attraverso gli anni come amica di tutti nelle varie celebrazioni.

La parola "multidisciplinare" in medicina io credo che a Brescia l'abbia introdotta Gina che condivide il sapere e si confronta quotidianamente con molti colleghi di diverse discipline unendo gli sforzi a beneficio del paziente. Questo atteggiamento trova testimonianza nei convegni Bresciani cui è stata invitata a presentare risultati frequentemente a fianco di specialisti di estrazione diversa.

Ma Gina ha anche un'altra dimensione forse meno nota nei nostri ambienti, la dimensione internazionale. Nel 1984, Gina ha trascorso un periodo di formazione, studio e ricerca presso la Università del Minnesota a Minneapolis (*Department of Medicine*) dove ha approfondito il problema dei disturbi ipertensivi della gravidanza. Questo è diventato poi uno dei suoi maggiori interessi scientifici e la porta ad una stretta collaborazione con l'Istituto Mario Negri

di Bergamo. Nel 1989 viene pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, probabilmente la più prestigiosa rivista medica mondiale, un articolo che riporta alcuni dei risultati ottenuti e che vede Gina come secondo nome tra gli autori (Benigni A, Gregorini G, Frusca T, Chiabrando C, Ballerini S, Valcamonico A, Orisio S, Piccinelli A, Pinciroli V, Fanelli R, et al. *Effect of low-dose aspirin on fetal and maternal generation of thromboxane by platelets in women at risk for pregnancy-induced hypertension. N Engl J Med.* 1989 Aug 10;321(6):357-62)

Un altro degli interessi scientifici di Gina è senz'altro la Amiloidosi di cui è diventata esperta riconosciuta tanto che dal 2006 al 2010 è stata Direttore della *International Society of Amyloidosis*.

Infine la diagnosi e cura delle vasculiti sistemiche, nei comunque tanti interessi di Gina, diventa l'interesse scientifico preminente. Ha partecipato e partecipa a tutti i convegni internazionali sul tema a partire dal 1989 (*2nd International Workshop on Antineutrophil Cytoplasmic Antibodies (ANCA); 23-24 May 1989, Noordwijkerhout, NL*) per arrivare a quelli più recenti (*The 18th International Vasculitis & ANCA Workshop; 25-28 March 2017, Tokyo, Japan*).

Dal 1980 è membro dell'EUVAS, il gruppo Europeo per lo Studio delle Vasculiti Sistemiche. In tutti gli incontri Gina non si risparmia nella discussione e nello scambio di risultati con i colleghi di altre parti del mondo nell'intento di portare a Brescia, nella Sua Nefrologia, le ultime acquisizioni diagnostico-terapeutiche. Non è comunque facile recuperare dati sulla vita lavorativa di Gina, in quanto Lei, secondo il Suo stile "essenziale", redige dei Curriculum Vitae non molto

informativi. Questo mi ha costretto a guardare nella "rete" e in particolare ho interrogato un sito ufficiale per la ricerca medica: *WEB of SCIENCE*. Ebbene digitando "Gregorini G." come "author" emergono dei numeri interessanti: *h-index* di 28, una somma di citazioni di 3857 con un totale di citazioni tra i 200 e i 300 per anno nell'ultimo periodo. Questa, che in gergo si chiama "metrica", sarebbe certamente di tutto rispetto anche nel modo della accademia!

Non resta che ringraziare Gina della Sua amicizia e grazie di esistere, di essere proprio come è in quanto inventarla non sarebbe stato possibile!

Grazie all'Ordine dei Medici per aver conferito questo ambito riconoscimento a Gina e di avermi chiesto di presentarla. Grazie a tutti gli amici che mi hanno aiutato a radunare queste informazioni.

*Angela Tincani*

### **Giancarlo De Giuli** *alla memoria*

Ho conosciuto il Dottor Giancarlo De Giuli nell'estate del 1975 quando, studente del terzo anno di medicina, ho iniziato a frequentare la Divisione Medica dell'Ospedale di Darfo. Parlando di quale potesse essere il mio futuro indirizzo specialistico mi aveva suggerito l'ambito endocrinologico poiché affermava ci fosse bisogno, in Vallecamonica, di qualcuno che si occupasse del Diabete, malattia che probabilmente sarebbe stata un problema sociale nel prossimo futuro.

E aveva visto bene, come vedeva già bene negli anni '60 il problema dell'obesità infantile e ciò era ben noto alle mamme che portavano i loro bambini al consultorio e che si sentivano rimproverare se desideravano un bambino più paffutello. Era l'Aiuto del Reparto. Era nato il 13 luglio 1928 e si era laureato nel 1953 presso l'Università di Parma.

Specializzatosi nel '56 in Pediatria e Puericoltura, non ha mai considerato terminati i suoi studi. Si è iscritto a Cardiologia e poi si è specializzato in Medicina del Lavoro e Psicotecnica e ancora ha frequentato la Scuola

triennale di Agopuntura a Torino. Amava dire che ogni 5 anni le conoscenze dei medici dovevano essere rinnovate ed era questo che lo portava a cimentarsi spesso anche in concorsi per primariato in varie città.

Per fare carriera? No! Perché, diceva, è un modo per essere spronati a continuare ad aggiornarsi.

Ed infatti anche se di concorsi ne aveva vinti, alla fine non ha mai lasciato la nostra Valle ed i suoi pazienti.

Dal 1960 al '95 ha lavorato in Medicina a Darfo e poi ad Esine.

Quando nel 1979 ha ricevuto l'incarico di Primario f.f. ha subito istituito l'Ambulatorio di Diabetologia che pian piano da semplice ambulatorio ha ampliato le sue funzioni fino ad essere riconosciuta dalla Regione come UOS. Tra i primi anche ad avere attenzione alla Qualità, aveva intuito l'importanza di raccogliere indicatori che ci permettessero di valutare e migliorare il Servizio e ovviamente avevamo presto lavorato per sfruttare il computer (il primo Commodore 64 l'avevamo acquistato con i proventi di qualche lavoro scientifico) per avere dati a disposizione.

La nostra Diabetologia è stata il primo Servizio in Vallecamonica ad avere una cartella clinica informatizzata.

Oggi lo dobbiamo a lui se la Diabetologia dell'ASST di Vallecamonica è considerata punto di riferimento per tutta la Valle e l'Alto Sebino. Fin da subito il Dottor De Giuli aveva cercato di non fare solo la Glicemologia, ma di rivolgere l'attenzione alla prevenzione delle complicanze e alla cura del Piede Diabetico e non appena disponibili i glucometri per l'autocontrollo domiciliare della glicemia capillare gli è divenuto ben chiaro che la persona con diabete doveva essere educata alla gestione della sua malattia.

L'educazione terapeutica rivolta al paziente, ma anche ai suoi familiari ed agli operatori sanitari è stato ciò che ha poi indotto il Dottor De Giuli a far nascere l'Associazione Diabetici Camuno Sebina (ADCS) che, con grande lungimiranza, ha dotato della Equipe Educativo-formativa, un gruppo di infermieri che, in modo assolutamente volontario insieme a lui e alla sottoscritta, potesse portare avanti l'attività educativa in un momento in cui invece tale attività era resa difficile dai

poco lungimiranti amministratori della allora Azienda Sanitaria. Naturalmente chi fa parte del gruppo ha potuto acquisire una notevole competenza sia in ambito diabetologico sia in ambito di comunicazione, perché particolare cura è stata data alla formazione dei singoli operatori quando ancora non si parlava di crediti ECM.

L'Equipe oggi ci è invidiata da tutte le altre Associazioni di Diabetici Italiane ed è chiamata a svolgere attività educative anche per le persone con diabete di varie regioni d'Italia che ormai conoscono Boario Terme perché vengono "A scuola di diabete".

**Il Dottor De Giuli è stato per tutti noi un punto di riferimento ed un esempio di dedizione nel prendersi cura del paziente, che ha posto veramente al centro del sistema. Sempre presente in reparto, indipendentemente da turni di reperibilità, di ferie, ecc.**

Semplicemente, se c'era bisogno di lui, tutti sapevamo che bastava una telefonata e che comunque se in reparto era ricoverato un paziente critico sarebbe passato anche in tarda serata per valutare se tutto procedeva bene. Mai autoreferenziale; nonostante la sua competenza e le sue capacità cliniche non mancava mai di metterci a disposizione documentazione aggiornata a conferma di quanto emergeva durante la discussione di un caso clinico.

Di grande esempio sono stati l'interesse e l'entusiasmo per le innovazioni, dai nuovi farmaci alle nuove tecnologie, che studiava con attenzione e portava al più presto nella nostra pratica clinica e la capacità di non abbattersi per i continui intoppi, anche nella sua carriera, legati a motivi prettamente politici che non l'hanno mai indotto però a modificare il suo comportamento di vero professionista che ha proseguito nel suo lavoro senza rancore per chi, magari senza grandi meriti, lo ha sostituito nel primariato e dimostrando sempre e comunque onestà e rispetto nei suoi confronti.

Il Dottor De Giuli ci ha lasciato fisicamente nel gennaio 2011, lavorando fino all'ultimo per la ADCS, ma è ancora presente senza dubbio nello spirito e ci aiuta a proseguire il cammino che lui ha tracciato in modo esemplare.

*Donata Richini*

## Federica Etori

Ch. mo Presidente, cari Colleghi, ho accettato con una certa riluttanza l'invito a parlare della Fede, in quanto i sentimenti che mi legano investono la sfera personale e non possono essere riportati in un pubblico consesso.

Innanzitutto cosa è la Fede nella nostra quotidianità?

**È sorella-madre** che si preoccupa del nostro benessere fisico (letteralmente...alimentare), benessere psichico in ambito lavorativo, ma soprattutto extralavorativo: lo fa con la delicatezza che la contraddistingue (uno sguardo, un silenzio, una parola sussurrata..)

**È maestra di cultura:** nell'epoca dei geni "dimezzati" (incompleti) come li ha definiti un autorevole quotidiano anglosassone (aridamente "limitati" al loro ambito lavorativo) è ormai raro trovare persone di tale "universalità".

È "un classico" essere travolti dallo tsunami delle sue conoscenze di arte, letteratura, religioni, dalle sue sollecitazioni a leggere saggi, a partecipare a conferenze di cui probabilmente non saremmo venuti a conoscenza.

**È maestra di professione medica:**

"l'emodinamica non è l'arte di fare andare le mani" è un suo classico adagio.

È il risultato di un processo decisionale, figlio del rigore scientifico (dell'applicazione illuminata delle linee guida), della conoscenza profonda del caso specifico, dell'esperienza personale.

È un habitus che ci ha trasmesso, a cui ci ha educato: questa capacità di fiutare ed avviare una procedura che avrà successo, piuttosto che resistere alle lusinghe di altre che si riveleranno di dubbia efficacia. Mi permetto di ricordare il programma di trattamento delle cardiopatie strutturali (impianto percutaneo di bioprotesi aortiche e correzione percutanea dell'insufficienza mitralica su tutte) avviato nel 2007 in una fase pionieristica che ci ha portato a "brillare" nel firmamento europeo, anche grazie alle pubblicazioni scientifiche su un campo allora così inesplorato.

**Fede NON PASSERÀ...**

*Salvatore Curello*

**Riceviamo e volentieri  
pubblichiamo**

**C**aro Direttore, Ti devo manifestare un certo disappunto - peraltro condiviso da numerosi altri Colleghi che in questi giorni mi hanno contattato - riguardo l'ultimo numero della nostra rivista ordinistica "Brescia Medica", segnatamente rispetto all'articolo che affronta i "Quarant'anni dopo la legge 194", a firma della Collega Tiziana Frusca.

Penso sia superfluo spendere parole per ricordare che un argomento di grande impatto sociale, culturale e morale, altamente divisivo ancora oggi nella società in generale, e nella classe medica in particolare, non può essere trattato con una visione di parte, senza dare spazio a sensibilità diverse rispetto a quelle espresse nell'articolo.

Tanto più che stiamo riferendoci al giornale ufficiale dell'Ordine, che ha il dovere istituzionale di rappresentare tutti gli iscritti, senza privilegiare una parte di essi.

*Deve essere ben chiaro che la Collega autrice dell'articolo ha tutto il diritto di esprimere le Sue considerazioni personali - certamente condivise da una parte della classe medica bresciana - ma altrettanto diritto deve essere riconosciuto a chi dissente fortemente, ed in modo argomentato, da quanto ivi espresso.*

La legge 194, il cui titolo recita "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza", esprime nei primi cinque articoli una cornice normativa che afferma alcuni principi di grande importanza, che sono stati colpevolmente disattesi: "la tutela della vita dal suo inizio", "promuovere e sviluppare iniziative necessarie per evitare che l'aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite" (art.1), "far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza" (art.2), "aiutare la maternità difficile dopo la nascita" (art.2), "il consultorio e la struttura sociosanitaria hanno il compito di proporre possibili soluzioni di problemi

proposti, rimuovere le cause che porterebbero ad interrompere la gravidanza, sostenere la donna offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza che dopo il parto" (art.5). Ad eccezione delle associazioni di volontariato di matrice cristiana, che nell'arco di 40 anni di provvido e tenace lavoro (mettendoci fondi "di tasca propria"), hanno consentito la nascita di circa duecentomila bimbi (senza dimenticare che purtroppo il numero degli aborti è drammaticamente molto più pesante: 6 milioni) , sarei curioso di sapere quale provvedimenti ha messo in atto lo Stato per dare attuazione concreta a quanto con tanta enfasi ed altrettanta ipocrisia ha dichiarato a parole.

È notizia di cronaca (Roma e Verona), che ancora oggi ci sono opposizioni ad ogni proposta di finanziare iniziative di prevenzione dell'aborto, in stretta ottemperanza alla legge stessa. Chiaro segno di irrazionale ideologica che prescinde da ogni valutazione valoriale e di semplice buon senso, di fronte alla domanda, quasi banale nella sua assoluta semplicità: "Chi ci perde se riusciamo a far nascere un bimbo?". Non sarebbe un dovere civile cercare di sostenere con fondi ad hoc una gravidanza che si sta per interrompere per motivi economici? E' in gioco la vita di un bimbo e non è per nulla in gioco la libera scelta della donna, che rimane libera di accettare o meno.

Vorrei limitarmi ad altre due considerazioni, anche se il tema necessiterebbe di un confronto molto più ampio e articolato. Obiezione di coscienza, tema "delicatissimo", affrontato in modo decisamente parziale. Nessuno di noi ha in mano dati certi che consentano di spiegare in modo inequivocabile la ragione dell'alto numero di obiettori. Vogliamo pensare che - in mezzo a possibili altre ragioni - ci sia anche una sempre maggiore consapevolezza, deontologica e morale, da parte dei medici che è avvilente pensare di aver studiato tanto, e con tanti sacrifici, per ottenere l'autorizzazione legale ad uccidere un bimbo nell'utero materno. Forse, nel 1981 (anno del referendum) si poteva ancora spacciare la menzogna del "grumo di sangue"; oggi abbiamo la certezza assoluta che il feto è proprio un essere umano in sviluppo,

che geneticamente e biologicamente non differisce in nulla rispetto a ciascuno di noi. Ma anche sui "numeri" va detta una "verità non manipolata". Nell'articolo in oggetto si descrive una situazione che non rappresenta la realtà dei fatti. Si afferma il pericolo che il servizio per IVG sia a rischio a causa dei ginecologi obiettori e che le donne siano costrette ad inaccettabili attese o a viaggi insopportabili.

I numeri ufficiali (relazioni ministeriali degli ultimi anni) raccontano uno scenario decisamente diverso:

- ✓ in Italia i "punti IVG" sono il 74% dei "punti nascita"; in alcune regioni (Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Liguria) ci sono più "punti IVG" che "punti nascita";
- ✓ in generale, ogni 7 "punti nascita" ci sono 5 "punti IVG"
- ✓ in media ogni ginecologo non obiettore esegue 1,6 aborti/settimana; nel Lazio - in alcune ASL - si arriva a 3,2 aborti/settimana ed in una sola a 7 aborti/settimana
- ✓ in Italia (2015) il 92,2% degli aborti viene effettuato nella regione di residenza della donna e l'87,9% nella provincia di residenza;
- ✓ medici obiettori: 58% nel 1983 - 70% nel 2015. In numeri assoluti: nel 1983 i ginecologi non obiettori erano 1697, a fronte di 234 mila IVG (137,9 IVG per ginecologo); nel 2014, 1408 a fronte di 96.500 IVG (68,5 IVG per ginecologo).

Ne consegue che, sulla base dei numeri, il 30% dei medici non obiettori è più che sufficiente a coprire le richieste.

Forse, la domanda che dovremmo porci non riguarda tanto il carico di lavoro eccessivo (dato che i numeri testimoniano che non è così), quanto piuttosto la gravosità emotiva, psicologica e morale legata a quel tipo particolare di attività.

Comunque, ammesso e non concesso che vi possano essere delle criticità (ma abbiamo dimostrato il contrario, numeri alla mano), è la 194 stessa che all'articolo 9 dà la soluzione: mobilità del personale dentro la regione, con reclutamento "a gettone" di ginecologi non obiettori, come avviene per tante altre specialità chirurgiche non presenti in tutti gli ospedali (c'è forse una neurochirurgia,

una cardiocirurgia o un'Emergenza ad Alta Specializzazione per ogni capoluogo di provincia?).

Il pesante ed esplicito appello a limitare o "regolamentare" il diritto di obiezione di coscienza, oltretutto prendendo a pretesto un'asserita quanto inesistente "carenza di servizio IVG", è inaccettabile e socialmente pericoloso perché viola uno dei pilastri della società democratica. Solo le dittature, nella storia, hanno "regolamentato" la coscienza dei cittadini!

Vorrei concludere con un'osservazione che proprio l'anniversario dei 40 anni ci suggerisce. La legge 833/78 che ha istituito il SSN, certamente molto buona già nella sua formulazione originale, ha subito numerose revisioni, aggiustamenti, adattamenti, adeguamenti nel corso degli anni, scandendo il proprio passo con l'evolversi della società. [Perché la legge 194 non può essere "adeguata" alla luce di un progresso biotecnologico straordinario, che ha arricchito le conoscenze medico-scientifiche in modo tale che neppure la più fervida fantasia poteva immaginare 40 anni fa?](#)

Nel 1978 muoveva i primi rudimentali passi la tecnica ecografica; oggi possiamo "vedere" tutte le tappe dello sviluppo embrionico; ieri il bimbo era un "grumo di sangue", un'appendice materna di materiale biologico, oggi conosciamo l'affascinante ricchezza del dialogo maternofetale.

[Nel 1978 nessuno parlava di consenso informato e l'atto abortivo era considerato evento concluso in se stesso; oggi conosciamo dettagliatamente la "sindrome post-abortiva" e il "consenso" che oggi la donna dà all'IVG non è neppure una pallida sottospecie di quell'informazione completa e dettagliata che si richiede obbligatoriamente in medicina per ogni trattamento. Perché?](#)

Qualche significativo aggiustamento è oggi doveroso con approccio libero da ideologie di ogni parte, tenendo in sottofondo una domanda che sempre mi pongo e pongo pubblicamente, alla quale - ad oggi - nessun ideologo "duro e puro" mi ha dato risposta: **"Chi ci perde se nasce un bimbo di più?"**.

*Massimo Gandolfini  
Neurochirurgo e Psichiatra*

# La morte della signora Norma



**Renzo Rozzini**

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

**È** stata rinvenuta sulle scale del condominio dal vicino di casa, non si sa quanto tempo sia stata a terra. Ha 88 anni e da cinque vive negli alloggi protetti del comune; l'assistente sociale riferisce che la paziente prima dell'accaduto soffriva di lieve decadimento cognitivo e comminava con un deambulatore; usufruiva di pasti e di supporto del personale dell'assistenza domiciliare. In pronto soccorso arriva con compromissione della coscienza. Dopo gli accertamenti viene mandata in corsia con diagnosi di trauma cranico con ematoma sottodurale dx e focolai lacero-contusivi intraparenchimali; ferita lacero-contusa frontale dx e fratture multiple dei corpi vertebrali da caduta a terra. Si dovrà controllare l'evoluzione. È chiaro che condizioni di salute impediranno il rientro al domicilio ed è necessario prevedere altre possibili destinazioni. La paziente non si è mai sposata, non ha alcun parente, nessuno da consultare per conoscere storia, desideri, aspettative.

L'unico possibile riferimento è una vicina di casa, pure molto anziana, che ha accesso al suo scarso conto corrente.

Nei primi giorni di degenza si osserva un lento peggioramento della coscienza nonostante la stabilità del quadro TC dell'encefalo.

Un ulteriore peggioramento lo si registra dopo una settimana, la prognosi è ragionevolmente sfavorevole a breve.

Si programma il trasferimento presso un centro di post-acuzie della città che potrà accogliere la paziente non prima di 5 giorni. Il giorno successivo una telefonata dall'*hospice* della provincia informa della morte inattesa di un paziente e della disponibilità immediata di un posto letto. Breve consulto tra i medici, la capo infermiera e l'assistente sanitaria che hanno gestito il caso e si concorda di occupare il posto letto in città con un paziente con familiari che gli potranno essere vicini e di inviare lì la paziente che non ha nessuno (in dieci giorni nessuno è venuto a trovarla, a chiedere informazioni) e nel pomeriggio la "salutiamo" sulla barella dell'ambulanza per la nuova destinazione: l'attende un viaggio di 40 chilometri verso il luogo dove andrà a morire, sola.

*Sola com'è vissuta sino ad ora.* ●

# la salute (NON) è in vendita

Giuseppe Remuzzi

## Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri

Il quarantesimo anniversario della nascita del Servizio Sanitario Nazionale ha ispirato numerosi commenti, analisi, riflessioni.

Tra questi va segnalato il breve saggio di Giuseppe Remuzzi, autorevole medico e ricercatore, succeduto da pochi mesi a Silvio Garattini alla guida dell'Istituto Mario Negri, collaboratore del Corriere della Sera.

Già dal titolo "la salute non è in vendita" l'autore afferma la sua convinzione: il sistema sanitario universalistico, finanziato dalla fiscalità generale, è lo strumento più adeguato in termini di risultati e costi per garantire, indipendentemente dal censo, l'accesso alla prevenzione ed alla cura delle malattie.

Remuzzi affronta, in brevi capitoli, con un taglio giornalistico, ricco tuttavia di riferimenti agli studi recenti e al confronto internazionale, i temi e le criticità attuali.

Per citarne alcuni: come le disuguaglianze sociali,



di reddito e d'istruzione condizionino i risultati di salute (attualità della lezione marxiana?), il ruolo, di dubbia efficacia, dei sistemi assicurativi integrativi (il secondo pilastro), l'organizzazione ospedaliera con l'urgenza di una maggior presenza di energie giovani e la critica all'*intramoenia*, la censura al finanziamento pubblico delle pratiche sanitarie non fondate sull'evidenza scientifica, il ruolo della ricerca etc.

I contenuti ed i convincimenti esposti sono frutto di una vita spesa nel mondo ospedaliero e della ricerca clinica.

Lo stile comunicativo è diretto e sintetico, rivolto al pubblico vasto, ma anche ai medici ed a chi a vario titolo si occupa di salute.

Nel testo si avvertono un rigore ed una tensione morale tesi alla difesa di un modello minacciato di sanità pubblica, gioiello del nostro Paese.

la salute (non) è in vendita  
Giuseppe Remuzzi  
Ed. Laterza 2018  
Pagine 136  
Euro 10,29

# Antonella Baldoli Pecorelli

*“Una splendida amica”*

*“Ciao sono Antonella. L’editoriale sull’ultimo numero del giornalino dell’Ordine non mi è proprio piaciuto. Troppo romantico quasi sdolcinato. Ne parleremo a voce. Sabato ti aspetto a cena qui da noi. Ciao asino sai fare di meglio”*

Conosco Antonella dal primo anno di Università. Faccio, onestamente fatica a parlare di lei...e rischio davvero di essere sdolcinato. Ho studiato con lei, ma ricordo solo i miei cedimenti di fronte alla sua instancabile resistenza.

Il tratto riservato, che appare a volte perfino distaccato, rivela invece una gentilezza profonda, mai melliflua.

La schiettezza con cui tratta gli amici veri si avverte come un privilegio. Tu per Lei conti. Lei ti può dire tutto, perché è sincera, a volte perfino severa.

E questo, in tanti anni, ha rafforzato sempre di più questa amicizia.

Internista che parla con i malati e non va mai di fretta. Medicina di Manerbio con il dr. Bordoni e sempre con lui alla Città di Brescia. Sì perché lei è una persona affidabile su cui puoi contare. Succede al suo maestro e dirige per anni la Medicina Interna.

E quando ha deciso di privilegiare l’impegno per la sua famiglia, per i suoi figli che crescono, lo ha fatto soffrendo, ma con la determinazione di una scelta. Antonella è una donna che sceglie e poi va avanti convinta.

Faccio davvero fatica a mantenermi lucido. Vorrei dire a Sergio, a Gaia, a Nicolò e a Silvia che so quanto vi manca. Incommensurabile il vostro dolore che però capisco pensando a quanto vuoto ha lasciato in me semplice amico vecchio.

Antonella affronta con entusiastico vigore le cose importanti, di valore che incontra. Amore senza confini per i suoi figli ed i suoi nipoti...ed ecco dalla foto con loro ti pare quasi di toccare la gioia immensa che traspare dal suo viso.

Pochi giorni fa mi ha telefonato un nostro compagno di corso “E vero?...sai io la vedevo raramente, ma non ci credo Antonella non c’è più...”

Sì, per noi che l’abbiamo conosciuta tanti anni fa Antonella c’è. Una presenza non indifferente, discreta, silenziosa, ma importante, fin dai banchi dell’Università, per gli amici e non. Che forza!

Silvia quando Lei se ne è andata mi ha scritto “la tua splendida amica non c’è più”. Che fortuna aver conosciuto questa splendida vita che rimane in noi.

Ottavio Di Stefano

# Achille Bernardini

Il 18 giugno 2018 è mancato, circondato dai familiari e dagli amici, il Dr. Achille Bernardini.

È difficile ricordarlo con le parole, lui che con i fatti ha caratterizzato la Sua vita.

In Fondazione Poliambulanza ha svolto gran parte del Suo percorso professionale costituendo un dipartimento di Anestesia e Rianimazione che ha ricevuto nel corso degli anni riconoscimenti per qualità ed efficienza delle cure.

Non manca solo ai Suoi cari ma a tutta la «famiglia» di Poliambulanza che lo onora raccogliendo e facendo proprio il Suo messaggio di impegno costante nei confronti del malato.

*Flavio Terragnoli*

# Nello Madureri

“Ho pensato a te per scrivere del mio babbo”; con queste parole Alberto, suo figlio, mi ha commosso dandomi l'onore e, al tempo stesso, l'onere di ricordare il nostro amatissimo collega.

In un tardo pomeriggio di novembre (lunedì 26), mentre tutta Salò si preparava ad addobbarsi per l'imminente Natale, è capitato ciò che mai avremmo voluto che succedesse. In meno di un battito di ali il nostro caro Nello ha improvvisamente lasciato la vita che tanto amava e per la quale manifestava continuo entusiasmo e passione nonostante i suoi, solo anagrafici, 83 anni.

Così se ne è andato, senza disturbare, senza fare rumore, come solo lui sapeva fare nella sua innata eleganza.

Chi era, anche se ancora preferisco dire è, il Dott. Madureri?

Prima di tutto un galantuomo, un vero galantuomo come non se ne incontrano più.

Parlare della sua carriera sembra umanamente riduttivo perché lui non è stato solo un collega ma un caro amico, un punto di riferimento, una fonte di incoraggiamento e slancio continuo alla conoscenza.

Nato sull'Appennino parmense, da cui ha ereditato la cordialità e la grande amabilità, ha studiato nella città di Parma (Collegio Don Giovanni Bosco) dove, dopo il diploma presso il liceo scientifico, si è laureato in Medicina e Chirurgia conseguendo poi la specializzazione in Medicina Interna. Amante della conoscenza e mai pago dell'apprendere, ha successivamente conseguito una seconda specializzazione in Cardiologia a Torino.

Amato e tuttora ricordato è stato medico di famiglia a Tignale negli anni

70, quando la medicina di base non prevedeva né soste né vacanze per raggiungere abitazioni spesso lontane, percorrendo strade impervie e poco battute.

Negli anni a seguire ha iniziato la propria attività ospedaliera a Salò prima come assistente poi come aiuto ed infine come primario della Medicina (quando l'esame per l'idoneità veniva svolto a Roma). Nei suoi anni di lavoro ha contribuito a dare dignità e valore professionale all'Ospedale di Salò, motivo per cui i suoi pazienti ancora lo associano a tale Struttura nonostante essa sia stata chiusa da diversi anni.

Dal 2000 eseguiva consulenze presso la Fondazione Poliambulanza perché neanche il tempo, l'età e la pensione potevano arrestare la sua voglia di conoscenza e così, per alcuni anni, tre mattine alla settimana, condivideva la strada con il figlio Alberto, cardiologo presso gli Spedali Civili di Brescia, non solo padre e figlio ma due colleghi, due generazioni in continuo confronto e crescita professionale in un'unione speciale e profonda.

Infine è arrivata la collaborazione con la Casa di Cura Villa Barbarano di Salò dove ho avuto la fortuna di lavorare con lui negli ultimi anni della sua vita incontrandolo per circa 10 anni, tre volte alla settimana, seguendolo nelle sue consulenze in reparto e negli ambulatori che, con tanto entusiasmo, desiderava portare avanti, nonostante l'età e l'inevitabile stanchezza data da tanti anni di lavoro in reparto e di guardie sul territorio.

Il Dott. Madureri era poi estremamente propenso all'insegnamento, alla divulgazione della conoscenza e questo mi ha permesso di imparare da lui più di quello che avrei mai immaginato, perché ogni sua consulenza diventava al contempo una vera e propria lezione di cardiologia e aggiornamento terapeutico. Il confronto per lui, che da noi giovani medici aveva ben poco da imparare, era una fonte di ispirazione per nuovi ragionamenti e non aveva alcun timore a

rimettersi in discussione tutte le volte che insieme affrontavamo argomenti nuovi andando ai vari congressi.

Nello era il "vero medico", internista e cardiologo, che amava i suoi pazienti e aveva la capacità di andare oltre, non curando la singola patologia ma prendendosi cura dell'intera persona nella sua complessità e globalità. Lavorare con lui è stato per me una grande scuola di vita, un faro che indirizzava le mie scelte terapeutiche e mi dava il coraggio di fronte a pazienti non sempre facili.

Non solo, parlare con il Dott. Madureri che affettuosamente si faceva chiamare semplicemente "Nello", era per tutti un piacere; aveva l'intelligenza di trovare argomenti differenti con tutti gli operatori sanitari senza mai fare pesare la sua grande esperienza e cultura.

Ed è per questo che la sua improvvisa scomparsa ha creato profondo smarrimento in chi gli è stato a fianco in questi anni. Chiunque ha avuto la fortuna di conoscerlo non poteva che stimarlo ed inevitabilmente sentirsi ora smarrito. Sono vicina alla carissima moglie, agli amatissimi figli di cui andava così orgoglioso e ai nipotini di cui non finiva mai di elogiare l'intelligenza e quanto gli tenessero compagnia nei caldi pomeriggi estivi.

Ed infine caro Nello, come ogni Natale, anche quest'anno ero pronta a regalarti quella cioccolata che tanto ti piaceva, prima che tu ci lasciassi per andare là dove non esiste più bisogno di nulla...e da dove, con il tuo sguardo dolce e premuroso, non mancherai di accompagnarci nelle nostre scelte quotidiane e...un giorno, lo so, ci rivedremo.

*Alessia Iorio*

# Giovanni Pelliccioli

Sentii parlare del Dottor Giovanni Pelliccioli quando ero ancora studente di medicina.

Le descrizioni dell'arcineurologo del Civile mi erano, da principio, parse incoerenti: qualcuno mi raccontò di un letterato, qualcun altro di un neurofilosofo, altri ancora di un viaggiatore. Si rincorrevano anche voci circa una straordinaria passione per il teatro, un talento naturale che lo aveva portato a recitare a fianco del grande Carmelo Bene.

È vero, Nanni si era divertito da pazzi negli anni della dolcevita romana, ma è vero anche che aveva macinato Neurologia alla scuola di grandi maestri di diapason e martelletto della Capitale. Quello su cui non si può discutere è che il Pellixx tornava da Trastevere a Brescia con la sua Spider in 3 ore, forse meno. Una volta fu visto, non ricordo da chi, fermarsi su una spiaggia deserta ai lati dell'Aurelia a contemplare il mare. Non so dire se il suo sguardo si posasse sulle onde, sui ricordi o sui sogni di un eterno ragazzo. Nanni, invece, conobbe me molti anni dopo, su un interregionale che viaggiava stanco ed arrugginito verso Ferrara. Le nostre strade si erano appena incrociate in I Neuro e già avevamo deciso di andare ad un congresso di provincia, forse una scusa per conoscersi meglio ed iniziare una collaborazione che sarebbe durata per sempre. Io avevo un biglietto di seconda classe, lui di prima. Senza commenti Nanni mi seguì nel vagone più malmessato delle Ferrovie dello Stato. Capii dalle parole del capotreno al momento del controllo che il signore avrebbe dovuto viaggiare in prima classe...

Dopo la cigolante partenza, Nanni si perse per qualche minuto a guardare fuori dal finestrino i treni e la stazione di Brescia

che si allontanavano. Osservavo nei suoi occhi il classico nistagmo optocinetico, come poi mi rivelò magistralmente. Ma quando egli diresse lo sguardo verso di me, anzi sul mio maglione ebbe un oftalmoparesi con esoftalmo e midriasi fissa. Mi accorsi che nella fretta del mattino avevo indossato un cencio logoro e sbregato sui gomiti. Uno di quelli che si usano per i lavori di casa, malignamente simile ad uno più decente che avrei dovuto infilare al buio per essere perlomeno presentabile al convegno transpolesano. Passato lo sgomento, Nanni con le mani di un fratello maggiore mi arrotolò le maniche fin sopra i gomiti e sistemò il colletto della camicia in modo tale che, mi disse, nessuno si sarebbe accorto di nulla. Conservo ancora quella sensazione tattile così morbida ed affettuosa. Quel giorno non potei estrarre il portamonete dalla tasca per le piccole spese di trasferta che già Nanni brandiva una banconota. Ovviamente voleva trascinarci ad acquistare un maglione nuovo nel centro di Ferrara. Ci si rise molto su questa avventura ma ci vollero mesi perché egli accettasse l'idea che non ero economicamente così disastroso. Per convincerlo doveti addirittura simulare l'intenzione di incatenare per sempre la bicicletta in favore di una lussuosa automobile.

Seguirono anni di proficua condivisione delle vicende cliniche ed umane in cui ci si imbatte nel lavoro ospedaliero. Con Lui, Enzo, Renata, Gigi e Nino le giornate lavorative non conoscevano fatica. Forse non si lavorava con il cronometro ma con l'entusiasmo senz'altro.

Con Nanni scoprii la Neurologia e riscoprii la cultura classica. Non vi era condizione umana che non si rispecchiasse in frammenti di pensiero del mondo greco o romano. Quando si generava qualche inevitabile tensione di reparto, lapidario recitava: *quieta non movere et mota quietare*. E tutto si calmava per davvero. Per Nanni gli uomini erano *personae* ovvero maschere che goffamente recitano effimeri ruoli sul palcoscenico della vita. Giusto per

differenziarsi un po' gli uni dagli altri. Ed uno di questi togati assomigliava proprio a lui: Epicuro. *Lathe biosas*, vivi nascostamente. Insegna nascostamente, aiuta nascostamente. Non servono i plausi degli spettatori per proseguire la liturgia medica, mi ammoniva.

Sul palcoscenico sempre splendeva una luce: la Bruna, the Gipsy, ogni giorno nominata con struggente dolcezza. Presagio di malinconia. Così parlavano gli occhi di Nanni.

A volte nelle iridi intravedevo le onde del mare, passione che ci ha sempre unito e diviso: barca in rada contro canoa e tenda sulla spiaggia. Sognavamo di andarci insieme a vedere l'Oceano invertendo i canoni. Grande rimpianto non averlo fatto per davvero.

Dopo questo sproloquio, inutile aggiungere che Nanni ci lascia l'eredità di un sapere raffinato e di nobiltà d'animo d'altri tempi. Inutile dirlo perché Nanni ora nuota come un delfino nel mare. *Lathe biosas*, caro Amico e Maestro.

*Paolo Liberini*

## Francesco Spreafico

Gentilissimo Presidente,  
Non so come ringraziarLa per l'opportunità che mi dà di scrivere due righe su mio Papà Il Dottor Francesco Spreafico.

Trovo che sia una cosa molto bella e che fa onore all'Ordine dei Medici il ricordare un collega scomparso.

Mio Papà era nato nel 1926 e dopo essersi laureato in una Milano ancora distrutta dai bombardamenti è stato uno dei primi medici ad operare nel nuovo ospedale civile di Brescia col professor Federico Balestrieri.

Mi raccontava spesso di quel periodo con una certa nostalgia.

Ancora oggi incontro suoi ex colleghi che lo ricordano in quegli anni a dormire in corsia nei turni di notte.

Era infatti uno dei più giovani del gruppo e, non essendo ancora sposato, viveva praticamente in Ospedale.

Poi, il grande salto, l'opportunità di aprire uno studio come Medico generico proprio come nel film di Sordi "Il medico della mutua", film che per ovvi motivi non amava particolarmente...

Uno dei miei primi ricordi che ho è proprio lo studio in San Rocchino e poi in via Ducco dove riceveva i pazienti. Un periodo, per me bambino, bellissimo.

Nel frattempo era anche diventato il Medico del Seminario e molti seminaristi, poi divenuti Sacerdoti, lo ricordano con affetto. Ancora oggi mi fermano persone a volte conosciute, a volte no che mi raccontano aneddoti sul suo conto del tipo: "di quella sera che pioveva e lui venne lo stesso a visitarmi" oppure di quando: "mi fece ricoverare anche se io non volevo ma poi aveva ragione lui" ecc....

Ecco, mio Papà era un medico che sapeva creare empatia con i pazienti (e non solo) che ancora oggi lo ricordano con affetto.

*Luigi Spreafico*

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Brescia**

*ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente*

*Dott.ssa Antonella Baldoli*

*Dott. Gian Pietro Cadeo*

*Dott.ssa Vera Castelnovi*

*Dott. Luigi Giuseppe Franzoni*

*Dott. Nino Francesco Gardini Gardenghi*

*Dott. Costaldo Lanciotti*

*Dott. Nello Madureri*

*Dott. Giovanni Maira*

*Dott. Giovanni Pelliccioli*

*Dott.ssa Carla Pizzamiglio*

*ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.*



Si invitano tutti i Colleghi, che non abbiano ancora provveduto, a trasmettere il proprio indirizzo di **Posta Elettronica Certificata** (PEC) all'Ordine come previsto dalla normativa.

Per chi non avesse ancora attuato l'obbligo, **che riguarda tutti i professionisti**, si ricorda che questo Ordine nella seduta del 17 marzo 2015, ha deliberato l'acquisto delle caselle di Posta Elettronica Certificata per ogni iscritto all'Ordine, incaricando la società Visura Spa per tale fornitura.

Per informazioni relative alle modalità di **attivazione gratuita** delle caselle PEC e per ulteriori informazioni contattare i referenti commerciali di Visura Spa:

Leonetti Marco    tel. 06 68417837    marco.leonetti@visura.it  
Alesiani Matteo    tel. 06 68417882    matteo.alesiani@visura.it

**Si ribadisce che anche le nuove caselle PEC attivate in convenzione con la Società Visura devono essere comunicate all'Ordine all'indirizzo PEC: [info@omceobs.legalmailpa.it](mailto:info@omceobs.legalmailpa.it)**



seguici online **[ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT](http://ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT)**

Per suggerimenti, commenti e lettere:  
**[bresciamedica@ordinemedici.brescia.it](mailto:bresciamedica@ordinemedici.brescia.it)**