

# il Notiziario

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



anno XXVII numero 1  
gennaio-marzo 2025

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale 70%-CIV/RW. Aut. Tribunale Rimini n. 4/98 del 31/03/1998





# il Notiziario

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

**Anno XXVII, Numero 1**  
**gennaio-marzo 2025**

**Direttore responsabile:** dott. Marco Grassi

**Segretaria di redazione:** Valentina Aureli

**Redazione:** dott. Mario Bartolomei, dott.ssa Laura Baffoni, dott.ssa Loreley Bianconi, dott.ssa Nunzia Boccaforno, dott. Giovanni Cananzi, dott. Luigi Casadei, dott.ssa Antonella Chiadini, dott. Sante Enrico Cogliandro, dott. Fabio Cortellini, dott. Pierpaolo De Ciantis, dott. Maurizio Della Marchina, dott. Mauro Giovanardi, dott. Saverino La Placa, dott.ssa Chiara Pesci, Dott. Andrea Santarelli

**Contributi a questo numero da:**

dott. Mario Agostini – medico chirurgo  
dott. Fabio Bruscoli – medico chirurgo anestesista  
dott.ssa Selene Catena – medico chirurgo, radiologa  
dott. Giancarlo Cerasoli – pediatra, membro del Comitato Scientifico Scuola di Storia della Medicina dell'Omceo di Rimini.  
dott. Mirco Ripa – medico di medicina generale  
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. donne per la salute Sezione di Rimini

**Referenze iconografiche:**

pag. 14: foto dell'autore  
pag. 15-16: Archivio OMCEO Rimini  
pag. 29: tratta da web  
pag. 37: foto dell'autore  
pag. 44-45-47: tratte dal web  
pag. 49: foto dell'autore  
pag. 58-59-61: tratte dal web  
pag. 65: Archivio OMCEO Rimini

**In copertina:**

Archivio Ordine dei Medici e Odontoiatri di Rimini

**Grafica e stampa a cura di**

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

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini**

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

# 1/2025

## sommario

- 4 Editoriale**  
di Maurizio Grossi
- 6 Il punto redazionale**  
di Marco Grassi
- Sanità Locale**  
**DR.SSA BIANCA CARUSO**  
**DIRETTORE MEDICO**  
**DEL PRESIDIO OSPEDALIERO DI**  
**RICCIONE-CATTOLICA**  
di Antonella Chiadini
- 9 Medicina Generale**  
**PROFETICO SIMENON**  
da "Maigret e l'omicida di Rue  
Popincourt"
- 12 Giovani Medici**  
**UNA MEDICINA DI GRUPPO CHE HA**  
**ANTICIPATO I TEMPI**  
di Mirco Ripa
- 13 Vita dell'ordine**  
**LE LEGHE MARTENSITICHE**  
**E JANO PLANCO**  
di Giovanni Cananzi
- 15 Focus sulla professione**  
**LA GRANDE CRISI DEL SSN**  
**PERCHÉ I MEDICI DEL SSN SE NE**  
**VANNO E NON SI TROVANO?**  
di Marco Grassi
- 17 Aggiornamento**  
**EVITIAMO IL "CRACK"!**  
**LA MOC, E NON SOLO**  
di Sante Enrico Cogliandro
- 24 Medicina di genere**  
**FOCUS ON**  
di Laura Baffoni
- 30 Giornata Internazionale**  
**CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE**  
di Laura Baffoni Geo Agostini
- 37 Due importanti congressi**  
**NAZIONALI DI M.DI G. NEL 2024**  
di Loreley Bianconi
- 39 Medici e padelle**  
**CAFFÈ E SALUTE:**  
**UN RAPPORTO CONTROVERSO**  
di Maurizio Della Marchina
- 48 Medici ma non solo**  
**L'ULTIMA FATA**  
di Selene Catena
- 49 RAGGIO DI SOLE NELLA NEBBIA**  
di Giovanni Cananzi
- 50 Recensioni**  
**GABRIELE BRONZETTI**  
**NEL CUORE DEGLI ALTRI**  
di Giancarlo Cerasoli
- 52 ARSENICO E ALTRI VELENI**  
**...NONCHÉ REMOTE, PERSONALI**  
**ESPERIENZE.**  
di Mauro Giovanardi
- 54 RECENSIONI BREVI**  
di Mauro Giovanardi
- 56 Semiseria...mente**  
**INDOVINELLO - REBUS**  
**GIOCO CON NUMERI**  
di Saverino La Placa
- 57 SE I QUADRI POTESSE PARLARE**  
di Fabio Bruscoli
- 58 Spazio Ammi**  
**SEI MESI DI EMOZIONI E INIZIATIVE:**  
**LE STORIE DI A.M.M.I. RIMINI -**  
**DONNE PER LA SALUTE**  
di Giovanna Tommasini Grossi
- 62 Spazio FEDER.SP.eV.**  
**LETTERA AI COLLEGHI**  
**NEO-PENSIONATI**  
di Mario Agostini
- 63 Variazioni agli albi**
- 64 Corsi e convegni**
- 65 Ricordando i colleghi**  
**ATTILIO MAZZOCCHI**



## AMMALARSI DI BUROCRAZIA

di Maurizio Grossi

4

**I**N UN TEMPO NON TROPPO LONTANO c'è chi aveva inventato uno slogan "la cortesia è l'anima della cura" e avevamo visto questa scritta sui muri di molti edifici sanitari della nostra AUSL.

Per carità, bellissimo slogan! Peccato che con il passare del tempo, e neanche tanto tempo, questo slogan oggi può essere declinato con "la burocrazia è l'anima della cura".

Perché dico così?

Perché l'organizzazione sanitaria è ormai governata da una burocrazia opprimente, che si è insinuata nei percorsi di cura in maniera così subdola che dall'esterno non è immediatamente percepibile.

Milton Friedman, noto economista americano, vincitore del Nobel per la economia nel 1976 diceva:

*"Più burocratica è un'organizzazione, più grande è la misura in cui il lavoro inutile tende a rimpiazzare il lavoro utile".*

Una accezione di fatto negativa perché in molte situazioni la burocrazia eccede la necessaria soglia regolativa che ogni organizzazione deve avere e che la rende utile e buona.

Anche nei luoghi di cura la burocrazia è pervasiva, chiedetelo a un medico di medicina generale, chiedetelo ad un medico ospedaliero, chiedetelo a un cittadino che vuole prenotare un

esame, una prestazione specialistica, presentare una domanda di invalidità. Vi risponderanno che le regole servono ma devono accompagnare e non ostacolare o sommergere chi alle cure è dedicato o vi deve accedere.

Ormai ogni aspetto della vita del cittadino che riguarda un problema di natura sanitaria o vicino a tale sfera, corrisponde sempre l'obbligo del rilascio di un bel certificato, pieno di campi da compilare e di caselline da biffare. Tutte o quasi tutte completamente inutili se non per soddisfare il piacere del Burocrate. Ognuno può narrare la sua storia, ma il denominatore comune rimane sempre la lungaggine nell'avere risposte e l'impotenza nel non poter accelerare la pratica intrapresa. La burocrazia sanitaria viene vista e spesso vissuta come un potere assoluto che non permette nessuna deviazione alle regole rigide e ferree definite per ogni singolo processo al fine di raggiungere un obiettivo e/o un risultato.

Quanta fatica nel momento in cui una persona anziana, comincia il lungo e tortuoso percorso nella rete assistenziale per ottenere diagnosi, cure, presidi e assistenza.

Quanta fatica fa il paziente oncologico. Fatta la diagnosi il paziente con la sua famiglia si trova all'improvviso nel vortice dell'avvitamento burocratico fatto

di interminabili code agli sportelli di prenotazione, a lunghe attese ai numeri verdi degli uffici prenotazioni. È catapultato in un ambiente ospedaliero e di servizi che lo devono accogliere, in cui le mille porte a fatica si aprono e una volta aperte lo rimandano ad altre porte e servizi. Attese interminabili per ricevere la data per una indagine diagnostica, una visita specialistica che possa “finalmente” definire il suo futuro. Una volta fatta la diagnosi inizia il calvario per avviare le pratiche di invalidità, di accompagnamento, di richiesta e fornitura ausili e presidi. E per il medico che cosa significa la burocrazia?

Può significare varie cose: attenersi diligentemente alle regole oppure scavalcarle, abbattele insieme ai muri che queste alzano.

Ma può significare anche personalizzare la pratica, accelerare là dove è possibile e umanamente doveroso, perché ogni pratica sanitaria e assistenziale è di per sé degna della massima attenzione del sistema.

Ma la burocrazia per un medico significa anche diligentemente compilare, stilare, certificare, documentare, lasciare traccia in mille “scartoffie” che oramai sono il fulcro dell’attività di cura, tutto questo rubando il tempo all’ascolto, alla accoglienza, alla condivisione e alla alleanza con il paziente in un percorso di cura.

Il medico non sempre è in grado di guarire la malattia; sempre, invece può avvicinarsi con cura al dolore, per capirlo e dividerlo. Il cittadino altro non chiede che essere visto e curato con il giusto tempo fatto di relazione e dialogo.

La burocrazia che travolge il medico e ogni operatore sanitario impedisce che questo avvenga, con la insoddisfazione della persona e dello stesso operatore.

La mia impressione è che stiamo assistendo ad una sanità che si

allontana dal cittadino.

Muri di scartoffie sono stati issati tra noi medici e i cittadini. Moduli da compilare, autorizzazioni da richiedere, sempre più si rivolge lo sguardo al computer e sempre meno alla persona che cerca i nostri occhi, che chiede la nostra attenzione. Basta con la burocrazia inutile! Oggi si dovrebbe applicare alla burocrazia quello che fu applicato alla medicina. Dopo le buone pratiche mediche basate sulle evidenze scientifiche, adottiamo le buone pratiche burocratiche basate sulle evidenze del buon senso.

Il medico insieme al suo assistito può “morire” di burocrazia!

Allora chiedo ai politici, ai Direttori Generali delle AUSL, di mettere in pratica la “deburocratizzazione” della sanità, la semplificazione dei percorsi di cura, la doverosa presa in carico del paziente fatta di tempo e di relazione. Vogliamo alzare lo sguardo dai computer e rivolgerlo al nostro paziente.

Il Medico, sia esso di medicina generale o ospedaliero, non vuole ricoprire il ruolo di ‘burocrate della salute’, ma chiede centralità nella cura e rivendica l’autonomia intellettuale e professionale.

Sarà poi compito di chi ha la responsabilità organizzativa della sanità farsi carico di coniugare presa in carico del paziente e cura dello stesso, con l’apporto ‘sostanziale’ dei medici e degli operatori sanitari che individueranno gli obiettivi di cura e rimetteranno ai burocrati la predisposizione di modelli agili e duttili, omogenei e facilmente attuabili, considerando la prestazione sanitaria a tutto tondo, ivi compresa l’assistenza a pazienti lungodegenti, cronici, bisognosi di costanti interventi e di presidi sanitari in senso lato.

Bisogna recuperare “l’equilibrio burocratico”, tutti consapevoli che al centro del “sistema Sanità” c’è la Persona assistita.

# il punto redazionale



di Marco Grassi

6

**C**ARE COLLEGHE,  
CARI COLLEGHI,  
questo primo numero  
del 2025 inaugura il  
nuovo quadriennio di  
consigliatura.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici mi ha onorato anche per i prossimi quattro anni della direzione di questo notiziario e colgo qui l'occasione per ringraziare della fiducia il Presidente e tutto il Consiglio dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri.

Ringrazio ovviamente anche la Redazione del Notiziario e tutti i collaboratori che con i loro articoli hanno permesso la buona riuscita di questa fonte di informazione e dibattito.

Non mi dilungo oltre e passo ad un breve sunto di ciò che potrete leggere in questo numero.

Con sarcasmo sferzante a tutti noto, lo scrittore Ennio Flaiano bollava lo stile burocratico che imperversava già negli anni '60 con un celebre aforisma.

Parafrasandolo si può dire che ormai anche «ammalarsi è diventato un esercizio burocratico».

L'**Editoriale** di Maurizio Grossi rileva come «l'organizzazione sanitaria è ormai governata da una burocrazia

opprimente, che si è insinuata nei percorsi di cura in maniera così subdola che dall'esterno non è immediatamente percepibile.» Una burocrazia pervasiva che distoglie i medici dalla loro fondamentale «missione», sottraendo un bene prezioso, il tempo, che una volta «passato» non è più recuperabile. Tempo sottratto alla cura, al prendersi cura e all'ascolto dei pazienti.

Nella rubrica **Sanità Locale** Antonella Chiadini intervista la dr.ssa Bianca Caruso, Direttore medico del Presidio Ospedaliero di Riccione-Cattolica dal 2019. Medico con «un poderoso curriculum formativo e professionale con chiari *imprinting* valoriali nel DNA». Fra le numerose esperienze professionali nell'ambito della Direzione Sanitaria si possono citare l'inizio al Sant'Orsola dal 1987 al 1994; per passare poi alla Direzione sanitaria dell'Infermi di Rimini fino al 1998, la Direzione sanitaria dell'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro (1998-2005) poi dal 2005 al 2014 direttrice dell'assistenza ospedaliera all'ASL di Ravenna. Dal 2014 al 2017 ha assunto la Direzione Generale della Sanità sanmarinese, poi Modena e infine quest'ultimo incarico.

**Medicina Generale**

propone un «articolista» d'eccezione, George Simenon, il creatore del Commissario Maigret.

La «profezia» di Simenon ben si attaglia ai tempi attuali, anche in considerazione delle proposte da più parti ventilate (anche a livello governativo) di un passaggio alla dipendenza dei Medici di Medicina Generale. I volumi di lavoro e di impegno dei MMG sono notevoli ed è tempo di superare narrazioni aneddotiche prive di fondamento quantitativo, almeno per chi lavora a livello scientifico, di management o di *policy-making*.

Mirco Ripa, sebbene anagraficamente non possa essere definito «giovane medico» ci propone in **Giovani Medici** la sua «visione» al passo coi tempi di una moderna Medicina Generale.

L'evoluzione descritta nell'articolo è avvenuto in tempi rapidi, come aggiustamento spontaneo dal basso all'esplosione del bisogno in una società che invecchia e alla riduzione della capacità produttiva del SSN (minor numero di MMG).

Rimanendo in tema di Medicina Generale,

### **Medicina di Genere**

ospita l'intervento tenuto da Loreley Bianconi al Congresso Nazionale di Medicina di Genere dove ha rimarcato l'importanza della «prevenzione e mantenimento dello stato di salute dei pazienti informandoli, sensibilizzandoli nella gestione del proprio stato di salute, tenendo presente delle differenze di genere, contestualizzandole nella loro storia familiare e nel reale vissuto.»

Rimanendo in tema «giovani», **Vita dell'Ordine** presenta la vincitrice del premio Jano Planco d'Oro 2024. Giovanni Cananzi traccia una breve biografia della riminese Francesca Berti, giovane ricercatrice del Politecnico di Milano che lavora

nell'ambito dei biomateriali in ingegneria biomedica.

**Focus sulla Professione** riprende un tema, ahimè sempre attuale, già più volte trattato sotto varie «angolazioni». Alla domanda «Perché i medici del Ssn se ne vanno e non si trovano?» l'articolo cerca di dare una risposta basata sui numeri, tutti rigorosamente «ufficiali» e documentati descrivendo alcuni meccanismi che sono entrati in gioco nel provocare la grande crisi e la «grande fuga».

In particolare viene analizzata la composizione della spesa sanitaria per quanto riguarda il capitolo della spesa per il personale. Il quadro che emerge è quello di un SSN che si è retto negli ultimi dieci anni sul sacrificio del personale, con un monte-stipendi fermo da anni a fronte di un aumento dei carichi di lavoro ai limiti del sostenibile.

**Aggiornamento** è una nuova rubrica che vuole raccogliere articoli di argomento «specialistico» ma fruibili, possibilmente, anche da una più vasta platea come i MMG, specialisti di aree attigue o anche solo colleghi interessati al sapere multidisciplinare.

La collaborazione è aperta a tutti i colleghi che abbiano esperienze da condividere. In questo numero Sante Cogliandro parla di fratture da fragilità ossea, delle sue cause e della diagnosi di osteoporosi, determinante prevenibile e curabile. Laura Baffoni riprende in parte l'argomento nella rubrica

### **Medicina di Genere**

sui più recenti progressi riguardanti l'impatto del genere sulla fragilità, sindrome multifattoriale, legata al processo di invecchiamento, determinata dalla riduzione della fisiologica riserva funzionale e

della capacità di rispondere agli stress, che identifica anziani sarcopenici ed osteoporotici, inclini a cadute, con aumentato rischio di fratture e disabilità, di ricoveri e istituzionalizzazioni.

La rubrica presenta inoltre il resoconto di Laura Baffoni e Geo Agostini dell'incontro organizzato dal comune di Morciano dal titolo "La violenza di genere nella comunità" che ha visto la partecipazione attiva della Commissione per le Pari Opportunità del nostro Ordine.

In questo numero torna la rubrica

### **Medici e padelle,**

ma in questo caso sarebbe più corretto sostituire le padelle con le caffettiere. Infatti Maurizio della Marchina affronta il controverso rapporto fra caffè e salute attraverso un percorso di conoscenza della piacevole bevanda nei suoi vari aspetti (storia della sua diffusione, coltivazione, raccolta e torrefazione, preparazione e degustazione) per passare poi agli strani e controversi rapporti fra caffè e salute che si sono accavallati nel tempo fino ai giorni nostri.

### **Recensioni**

propone una ampia gamma di letture. Giancarlo Cerasoli recensisce il libro del riminese Gabriele Bronzetti "Nel cuore degli altri" in cui l'autore «guida il lettore alla comprensione di ventuno patologie cardiache, una per ciascun capitolo in una maniera nuova ed efficace per trovare le parole con le quali arrivare al cuore e al cervello dei pazienti».

Mauro Giovanardi presenta "Arsenico e altri veleni" di Beatrice Del Bo una rassegna di sostanze (arsenico in testa e poi mandragola, belladonna, funghi vari ) vere o presunte venefiche, nonché di

animali e creature velenose reali (scorpioni, rospi e serpenti) o immaginifiche come il basilisco. E poi i rimedi, non di rado fantasiosi o ammantati di un'aura di magia. A corollario, Giovanardi propone anche tre «recensioni brevi» di libri che meritano attenzione.

### **Medici ma non solo,**

la rubrica a «tema libero» dove i colleghi possono astrarsi dalla professione e dare spazio a fantasia o a personali attitudini e inclinazioni. Questo numero propone un breve racconto di Selene Catena e Giovanni Cananzi e un microracconto di Luigi Casadei.

### **Semi...seriamente**

oltre ai quiz e giochi di Saverino La Placa propone tre simpatiche rivisitazioni di celebri quadri in chiave «umoristica»

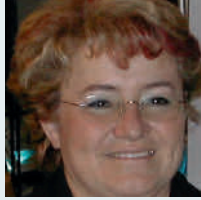
di Fabio Bruscoli

Nello **Spazio AMMI** Giovanna Tommasini Grossi ripercorre i momenti salienti di sei mesi di iniziative dell'associazione.

### **E nello Spazio FEDERSPEV**

Mario Agostini, presidente della sezione di Rimini, invita i neo-pensionati ad unirsi all'associazione non solo per tutelare gli interessi dei medici in pensione ma anche per fare «conoscenza reciproca e anche occasione per far sorgere nuove amicizie».

Infine **Ricordando i colleghi** ospita il ricordo professionale ed umano di Attilio Mazzocchi, decano dei medici riminesi deceduto all'età di 96 anni.



di Antonella Chiadini

**DR.SSA BIANCA CARUSO**  
DIRETTORE MEDICO DEL PRESIDIO  
OSPEDALIERO DI RICCIONE-CATTOLICA

**U**N PODEROSO CURRICULUM formativo e professionale con chiari *imprinting* valoriali nel DNA: l'essere al servizio e la relazione di aiuto. Insomma una figura di grande spessore: tanto di cappello dr.ssa Caruso!

“Fin dai tempi delle elementari mi venivano affiancati compagni di classe perché li aiutassi a migliorare il rendimento scolastico. Tuttora sono portata all'aiuto, non tanto in senso caritatevole ma come servizio alla persona.

Mi capita spesso di ricevere telefonate di persone che hanno bisogno ad esempio di essere indirizzati tra i servizi e le prestazioni; per queste richieste non mi tiro mai indietro. Non che faccia agevolazioni o favoritismi ma per guidarli nel percorso da seguire in base alle necessità.

L'essere servizievole e a disposizione degli altri me lo riconosco come pregio.

Anche per quanto riguarda il lavoro interno come il rapporto con i colleghi e gli operatori in generale, non sono una che sta seduta dietro la scrivania ma preferisco girare di frequente all'interno degli ospedali, condividere la quotidianità dei

professionisti - reparto o servizio o sala operatoria che sia - perché la relazione che si crea è sicuramente più costruttiva, vera e positiva”.

Dopo il Liceo Classico, Bianca Caruso si è laureata in Medicina e Chirurgia a Bologna (1987) per poi iscriversi alla specialità di Igiene con indirizzo Direzione e Tecnica Ospedaliera all'Università degli studi di Ancona. “Non so se la mia vita professionale sarebbe stata la stessa se non avessi incontrato il mio mentore a cui sarò per sempre grata: il prof. Mario Zanetti, che ho avuto la fortuna di conoscere subito a ridosso della mia laurea nel 1987.

Un grande Maestro che ha formato tanti medici-manager a servizio della clinica per una miglior qualità e organizzazione delle cure.

Erano gli anni in cui si cominciava a dare sempre più importanza alla parola efficienza. anche se presto ci si rese conto che perseguire efficienza senza efficacia non aveva senso.

Quelli erano gli anni in cui ancora esisteva la medicina sociale che aveva valori alla base quali il tener conto dei bisogni degli ultimi, l'uguaglianza e l'equità nella distribuzione delle risorse.

La successiva razionalizzazione della medicina ha portato a un certo *downgrading* di questi concetti a favore di una efficienza e riduzione delle risorse.

*La tua storia professionale ti ha portata a dirigere strutture, coordinare progetti e situazioni sfidanti varie e complesse, in periodi di profondi cambiamenti del Servizio Sanitario Nazionale come l'aziendalizzazione delle USL, l'avvio del processo di integrazione prima tra servizi di una stessa azienda poi di accorpamento di più aziende fra loro...*

“Premetto che quando ho iniziato c'erano forti e pesanti pregiudizi verso professioniste donne medico, figuriamoci medici Direttori di Strutture sanitarie. Ho lavorato al Sant'Orsola dal 1987 al 1994; nel 1994, dopo la nascita del mio primo figlio Lorenzo, mi sono trasferita alla Direzione sanitaria dell'Infermi di Rimini, città dove sono nata e risiedo con la famiglia, fino al 1998 quando è nato Riccardo, il mio secondo figlio.

A questo punto sono cominciate le sfide: la prima rappresentata dalla Direzione sanitaria dell'Azienda Ospedaliera San Salvatore di Pesaro (1988-2005) in seguito alla costituzione da parte del Prof. Ippolito dello Spallanzani di Roma, di una Task Force ministeriale successiva all'epidemia di Epatite B della Ematologia di Pesaro. Successivamente in una escalation di sfide che stupiva pure me, dal 2005 al 2014, sono stata nominata dall'allora D.G. Tiziano Carradori direttrice dell'assistenza ospedaliera all'ASL di Ravenna, primo nucleo di rete ospedaliera romagnola (Ravenna, Lugo e Faenza) che si sviluppò poi con il grande progetto di Azienda unica della Romagna. Quello che facemmo nell'allora Ausl Ravenna fu l'inizio di un'opera di integrazione ampia e importante pur senza escluderne le difficoltà e resistenze.

*In quanto donna e madre, come sei riuscita a conciliare casa, famiglia e un lavoro impegnativo spesso da pendolare?*

“Effettivamente non è stato per niente facile. Ho dato molto per il lavoro e avrei voluto molte volte riavvicinarmi a casa e non dover percorrere lunghi tragitti per recarmi al lavoro, dato che avevo due figli piccoli. Ma non ci furono mai le condizioni favorevoli al mio rientro in ruoli apicali. I miei due figli sono cresciuti tra turni di «dade» che tutt'oggi loro vanno a trovare pieni di affetto e riconoscenza. Però, nel tempo che mi rimaneva, mi sono sempre dedicata a loro in modo intenso e profondo. L'educazione e il tempo libero con i figli è sempre stata una priorità assoluta per me e per mio marito, anche a scapito di momenti di vita solo di coppia. Credo che i miei figli abbiano capito tutto questo e ora che sono grandi e impegnati nelle loro attività hanno stabilito e mantengono una relazione aperta, affettuosa e di reciprocità familiare di cui vado molto ma molto fiera. Nella mia ricerca di sempre nuove opportunità, nell'estate del 2014 mi è stata proposta la Direzione Generale della Sanità sanmarinese, proposta che quasi inconsciamente, ho accettato. Questa esperienza si è poi rivelata molto interessante e formativa sia perché a San Marino la Sanità è unificata con la Previdenza, sia per la sovranità e visione internazionale che uno Stato autonomo, per quanto piccolo, detiene se non altro perché facente parte dei consessi mondiali come ONU, OMS, Fondo monetario Internazionale. Sono rimasta a San Marino fino al 2017 per poi assumere un incarico triennale all'ASL di Modena come Direttore Sanitario Aziendale con il compito principale di cessione di un ramo di azienda e di integrazione fra l'Ospedale di Baggiovara e il Policlinico di Modena. Finito questo incarico, a metà 2019 sono rientrata in Romagna e l'unico posto disponibile libero

era la Direzione medica del Presidio Ospedaliero di Riccione-Cattolica. Sebbene una dimensione più ridotta rispetto alle precedenti esperienze mi ci sono trovata molto bene. Ci tengo molto a sottolineare l'aggettivo 'medica' poiché sono un medico e tale rimango per quanto in ambito organizzativo. Amo molto studiare e continuo a farlo aggiornandomi sempre. Quando potrò, in un futuro molto vicino, vorrei dedicarmi soprattutto alla formazione, alla diffusione della conoscenza anche perché questo mi riporta a chiudere un cerchio familiare che mi riconduce a mio padre, che era un autorevole e stimato Professore di Economia Politica, allievo della Scuola di Economia di Luigi Einaudi e Federico Caffè."

*E se volessimo conoscere qualcosa di più sulla tua vita privata?*

"La mia vita è molto semplice, direi normalissima. Inizio la giornata con caffè e colazione leggera, pranzo in mensa con i colleghi. Quando sono a casa mi dedico molto alla cucina, so cucinare bene soprattutto perché da medico so che la nostra salute dipende molto da ciò che mangiamo. Sorriderete... ma mi piace fare i lavori di casa, stirare compreso, e curare il giardino. Sono sportiva, vado in palestra da tanti anni con il mio personal Federico Giacomucci e da un anno e mezzo faccio parte del gruppo riminese GYM-OUT, guidato dalla grande *teacher* Elisabetta Tosi che promuove attività aerobica di camminata veloce abbinata a esercizi fisici di movimento globale all'aria aperta e in tutte le stagioni. Mi piace andare al cinema e leggere: sono una lettrice accanita di saggistica e letteratura italiana, americana, russa da 'I fratelli Karamazov' ad 'Anna Karenina' che ho letto e riletto. Le mie vacanze? Adoro il mare e le nuotate".

## **PRESIDIO OSPEDALIERO RICCIONE-CATTOLICA**

I posti letto (compresi quelli di Day Hospital) sono 144 al Ceccarini di Riccione e 76 al Cervesi di Cattolica. 30mila gli accessi in Pronto Soccorso, 6.540 gli interventi chirurgici, 12.158 i dimessi (compresi Day Hospital) e 222mila le prestazioni ambulatoriali (dati 2023). Pur essendo un ospedale distrettuale, in aggiunta a quelle classiche di base, nel Presidio Ospedaliero Riccione-Cattolica sono presenti anche le specialistiche di Fisiopatologia della Riproduzione, Chirurgia della spalla, Chirurgia bariatrica, Chirurgia toracica, Oculistica. L'ammmodernamento strutturale e l'innovazione nelle specialità di base comprendono la ristrutturazione della Cardiologia con servizi ambulatoriali di eccellenza, la completa rivitalizzazione della Rianimazione che è centro di riferimento per i malati di SLA, l'unificazione della Medicina Interna con quella di Cattolica per un totale di 74 posti letto, la Medicina Vascolare all'interno della Medicina che porta avanti la grande tradizione riccionese di Angiologia, una moderna Radiologia dove si effettuano prestazioni di alto livello con due Tac rinnovate e una Risonanza articolare, l'Ortopedia che sta ricostruendo, in senso innovativo, la tradizione storica di Ortopedia d'eccellenza del Ceccarini, il Pronto Soccorso con Medicina d'Urgenza che comprende una Semintensiva di recente costruzione, il Cad che dispone di 15 postazioni emodialitiche in rete con la Dialisi e Nefrologia di Rimini e inoltre il Servizio Recupero e Riabilitazione territoriale spalmato sugli ospedali anche dell'ambito di Rimini e su tutto il bacino territoriale aziendale.

# medicina generale

## PROFETICO SIMENON

da "Maigret e l'omicida di Rue Popincourt"

12

*Vogliono fare di noi medici dei dipendenti statali, e trasformare la medicina in una grande macchina che eroga cure, più o meno adeguate...*

Maigret si accese la pipa  
senza smettere di osservarlo.

*E non solo dipendenti statali*

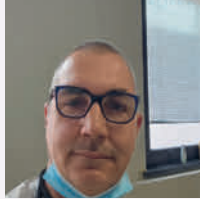
riprese il dottore

*ma mediocri dipendenti statali,  
perché non possiamo più dedicare  
ai malati il tempo necessario...*

*Certe volte mi vergogno,  
quando li riaccompagno alla porta,  
e per poco non li spingo fuori...*

*Vedo il loro sguardo preoccupato,  
per non dire implorante...*

*So che si aspettavano ben altro da me:  
una domanda, una parola, qualche  
minuto tutto per loro, insomma...*



## UNA MEDICINA DI GRUPPO CHE HA ANTICIPATO I TEMPI

di Mirco Ripa

**N**ON C'È DUBBIO Non tira una buona aria per la Medicina Generale. Non era ancora finita l'emergenza pandemica, di cui proprio in questi giorni, 5 anni fa, contavamo i primi casi in provincia, che già arrivavano i primi attacchi a «quei fannulloni» dei MMG: “Non siamo stati in grado di arginare la pandemia e creare un filtro per i presidi ospedalieri! non volevamo fare i tamponi! non volevamo farei vaccini!” Con questi pretesti qualcuno di molto in alto ha iniziato ad additarci, ahimè sostenuto, a più riprese, anche da colleghi ospedalieri. In pochi anni siamo arrivati ad essere considerati da tutti, come la «mela marcia» della Sanità. Dal luglio 2020 sono diventato referente del Nucleo di Cure Primarie (NCP) di Cattolica San-Giovanni. Non era certo un bel periodo. Ci stavamo ancora leccando le ferite inferte dalla prima ondata pandemica, che così pesantemente aveva colpito la nostra provincia specie nel distretto Sud, e a fatica ci si organizzava per provare a trovarsi pronti ad altre ondate.

Gli agognati vaccini erano ancora un miraggio lontano.

Proprio in questo contesto nasceva

però nell'estremo Sud del Nostro Distretto una Medicina di Gruppo volenterosa, capace di fare da traino all'intero NCP di cui fa parte.

Una medicina di gruppo che ha saputo adattarsi con straordinaria velocità ai tempi che cambiavano: resiliente! Mai ci siamo tirati indietro (e di questo devo sinceramente ringraziare tutti i colleghi del NCP):

- quando ci è stato chiesto di fare i vaccini anti Covid fin dai primi mesi del 2021 ci siamo fatti trovare pronti e di lì in poi abbiamo continuato a vaccinare ampliando progressivamente l'offerta con i vaccini antipneumococcici fino ad arrivare ai più recenti vaccini anti H. Zoster e anti tetano oltre agli abituali antiinfluenzali;
- quando ci hanno chiesto di fare i tamponi anti Covid, ancora una volta ci siamo fatti trovare pronti;
- quando, per venire incontro ai colleghi ospedalieri, ci è stato chiesto di iniziare a collaborare per la redazione di piani terapeutici per NAO in nota 97 e poi di antidiabetici in nota 100, ci siamo fatti trovare pronti.

Questa Medicina di Gruppo in poco tempo ha assunto la terza segretaria garantendo quindi la presenza costante di almeno 2 collaboratrici.

Abbiamo attivato quindi 2 linee telefoniche, una whatsapp e un canale mail di segreteria che si aggiungono ai contatti diretti tramite cellulare e whatsapp dei singoli medici del gruppo. Abbiamo poi deciso di assumere una infermiera da dedicare alle cronicità (PDTA diabete e scompenso cardiaco) e dalle iniziali 10 ore settimanali ora la sua presenza è di 20 ore settimanali. Grazie a lei seguiamo oltre 126 persone affette da scompenso a livello di NCP ed un numero ancora maggiore di Diabetici. Questa figura professionale ci aiuta anche nelle medicazioni che quotidianamente capitano nei nostri ambulatori. Nel frattempo la Medicina di gruppo cresceva e dai 3 medici iniziali ora siamo arrivati a 6, siamo sede dell'ambulatorio H 10 e il nostro orario di apertura va dalle 8:00 del mattino alle 20:00 della sera.

Ci siamo dotati di ecografo per cui garantiamo ai nostri assistiti anche una visita eco-assistita, estesa a tutti i pazienti del NCP. Questo nuovo progetto prevede la collaborazione professionale di 2 colleghi del NCP abilitati alla diagnostica strumentale e consente di eseguire spesso in giornata o al più tardi entro 24 ore una ecografia generalista.

Questo strumento si è rivelato molto utile per ridurre invii impropri in pronto soccorso. Utilizziamo anche dei Combur-test per aiutarci nelle diagnosi delle infezioni delle vie urinarie. Abbiamo un dermatoscopio per ridurre le richieste improprie di visite dermatologiche. Ci siamo dotati di uno strumento di aspirazione per una agevole, rapida e sicura aspirazione dei tappi di cerume, e con cadenza bimestrale eseguiamo delle audiometrie gratuite ai nostri assistiti

ti che necessitano di controllo.

Ripetutamente collaboriamo e incontriamo i pneumologi territoriali per trovarci pronti ad un eventuale PDTA relativo alla BPCO e possediamo uno spirometro. Recentemente abbiamo installato un defibrillatore nelle nostre sale d'attesa dopo avere rinnovato tutti l'abilitazione al BLS.

Prossimo obiettivo l'acquisto di un elettrocardiografo. Proprio in questi giorni si sta concludendo un'attività sperimentale che ha coinvolto buona parte dei colleghi del NCP condotta sotto la guida attenta delle Direzione delle Cure Primarie e delle Malattie infettive per verificare se l'utilizzo del triplice tampone anti Covid, anti influenzale e anti VRS abbia un impatto nella pratica clinica sul corretto uso degli antibiotici e quindi per contrastare il problema emergente dell'antibiotico-resistenza. Lavoriamo su appuntamento e difficilmente l'attesa per un appuntamento supera i 2 giorni fermo restando che le urgenze vengono sempre gestite in giornata anche con la collaborazione dei colleghi presenti in studio in quel momento. Per concludere ritengo che se la maggior parte dei colleghi si organizzasse in maniera simile lasceremmo ben pochi pretesti a chiunque di attaccarci. Riconosco, e sono felice del fatto, che nella nostra provincia molti NCP, favoriti dalla possibilità di lavorare in una Casa di Comunità (ex Casa della Salute), hanno sviluppato modelli organizzativi analoghi, ma l'esempio del mio Gruppo e del mio NCP dimostra che la Casa di Comunità non è una condizione indispensabile.

Sono veramente fiero della mia medicina di Gruppo e del mio NCP.



## LE LEGHE MARTENSITICHE E JANO PLANCO

di Giovanni Cananzi

**Q**UALCHE ANNO FA l'Ordine dei Medici di Rimini ha istituito il premio Jano Planco d'oro per presentare alla città persone che si siano distinte in ambito sanitario.

Ogni anno molto tempo prima della data che, classicamente, è all'inizio di dicembre, il nostro consiglio seleziona le candidature che vengono presentate dai consiglieri nei vari campi della sanità e delle sue declinazioni fino ad arrivare alla designazione dei due o tre più interessanti su cui si voterà in consiglio a voto palese.

Quest'anno abbiamo pensato di premiare una giovane ricercatrice

del Politecnico di Milano che lavora nell'ambito dei biomateriali in ingegneria biomedica con alcune caratteristiche secondo noi irresistibili: ricercatrice di alto profilo con esperienze internazionali, professoressa all'università, donna, mamma, diplomata in pianoforte in una parola Francesca Berti, riminese. E infatti non abbiamo resistito, la sera della cerimonia di consegna del premio, nella consueta bella cornice del Grand Hotel di Rimini, abbiamo presentato la prof Berti alla città che l'ha vista crescere e che l'ha virtualmente abbracciata.

Dopo i saluti di rito la dott. Berti ha iniziato a spiegarci cosa fa e ci ha presentato uno studio su materiali

# 15



di cui molti non conoscevano l'esistenza, leghe a memoria di forma, stampa digitale e neonati con patologie cardiache da affrontare con tempestività.

Il tutto in modo comprensibile ma rigoroso ricordando una volta di più che il percorso della scienza non è lineare ma procede con fatica e perseveranza, per tentativi e intuizioni. La cerimonia termina con la consegna della targa che,

speriamo, farà bella mostra di sé nello studio milanese, a ricordare che Rimini è al suo fianco.

E resterà a noi il ricordo di avere guardato per un attimo dietro le quinte della ricerca dove si costruisce il futuro della medicina. Al prossimo anno, quindi, e grazie a Francesca Berti per rappresentare così bene il talento, la tenacia e la capacità dei nostri giovani in giro per il mondo.

# 16





## LA GRANDE CRISI DEL SSN PERCHÉ I MEDICI DEL SSN SE NE VANNO E NON SI TROVANO?

di Marco Grassi

**D**A OLTRE UN DECENNIO il nostro Servizio sanitario nazionale è sfiancato da un'opera di logoramento che ha provocato una crisi senza precedenti nel settore del personale sanitario. Questo notiziario ha già affrontato in passato diverse tematiche inerenti l'argomento (errata programmazione della formazione specialistica, fuga all'estero dei professionisti, crescente burn-out del personale sanitario). In questo articolo vengono descritti alcuni meccanismi che sono entrati in gioco nel provocare la "grande crisi" e la grande fuga. In particolare verrà analizzata la composizione della spesa sanitaria per quanto riguarda il capitolo della spesa per il personale: donne e uomini, nel numero giusto, con le giuste competenze e il giusto supporto, per essere in grado di fornire il tipo e la quantità di assistenza di cui le persone hanno bisogno.

### IL QUADRO DEMOGRAFICO ED ECONOMICO DI CONTERNO

L'Italia è il secondo paese più anziano al mondo dopo il Giappone, con un'incidenza degli over 65 sul totale della popolazione al 24%<sup>2</sup>, in rapida ascesa al 30%.<sup>(1)</sup> Ciò è determinato da una delle più basse natalità al mondo (1,2 figli per donna) e una

delle speranze di vita più alte (83,8 anni (2)). Oggi in Italia gli anziani sono il doppio dei bambini (14 milioni di over65 e 7 milioni di under 15). Per la prima volta nella storia nazionale gli ultraottantenni hanno raggiunto e superato i bambini sotto i 10 anni (4,5 vs 4,4 milioni). Il rapporto, oggi 1:1, era 1 :2,5 nel 2000 e di 1 a 9 nel 1970. Questo scenario demografico, con il progressivo declino della popolazione in età attiva, influisce sul fatto che, al 2024, si contino 24 milioni di occupati su 59 milioni di abitanti complessivi (41%). I pensionati a vario titolo sono 16 milioni (3): il rapporto tra pensionati e occupati è già oggi di 2 a 3, ovvero con i contributi di tre lavoratori si dovrebbero pagare due pensioni. E' di tutta evidenza, anche senza ricorrere a complessi calcoli attuariali, che i contributi dei (pochi) lavoratori non sono sufficienti a coprire pensioni e spese assistenziali. Questo comporta la necessità di un trasferimento netto dalla fiscalità generale dello Stato all'INPS. Secondo il rendiconto INPS si è trattato della «bella» cifra di 164,4 miliardi (mld) per l'anno 2023 (4). Per gli anni a venire, secondo le proiezioni del Governo nel piano strutturale di bilancio del periodo 2023-2027 le uscite per pensioni aumenteranno di ulteriori 48 mld (5) che, salvo variazioni molto rilevanti

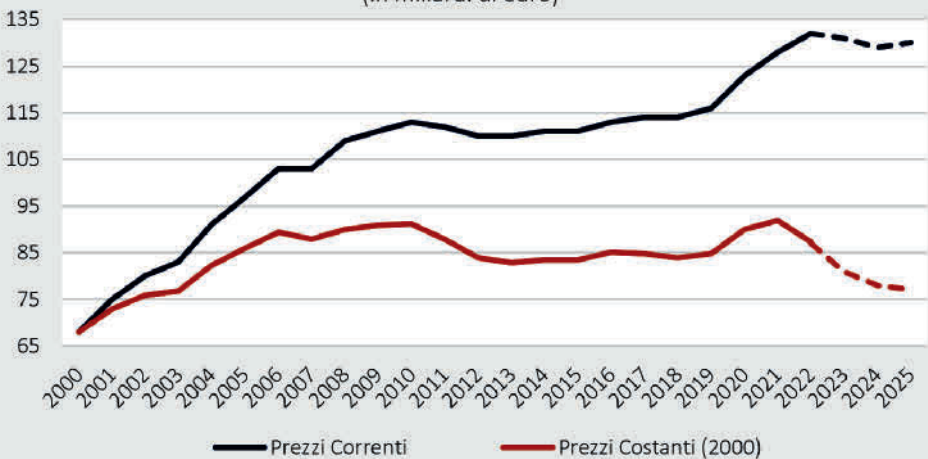
del tasso di occupazione dovranno essere in larga parte «finanziati» attingendo alla finanza pubblica (cioè dalle tasse). Siamo cioè di fronte ad uno scenario che è già evidentemente non sostenibile (vedi l'imponente «iniezione» di fondi provenienti dalla fiscalità generale) ed è destinato a peggiorare.

## LE CONSEGUENZE

Abbiamo generato quindi delle aspettative pensionistiche evidentemente non sostenibili, date le condizioni demografiche attuali, in un paese che vuole, comprensibilmente, tutelare i livelli di reddito delle fasce d'età più anziane. O meglio, potrebbe rimanere sostenibile riducendo drasticamente la destinazione di risorse agli altri ambiti di intervento pubblico. E' quanto è successo sottraendo risorse al SSN, con una tendenza che si sta accentuando, ma non è inedita. Negli ultimi 15 anni nessun governo (tecnico, di centro-sinistra, «giallo-verde», di centro-destra), è riuscito stabilmente ad aumentare il

finanziamento del SSN, come risulta evidente dalla *figura 1*<sup>6</sup>. In definitiva, l'invecchiamento della popolazione, e la stessa efficacia del SSN che contribuisce al positivo risultato di una vita longeva, rendono difficile, se non impossibile, aumentare significativamente la spesa sanitaria pubblica. Guardando alle tendenze di lungo periodo, fra il 2000 e il 2023 la spesa è quasi raddoppiata in termini nominali, da 68 a 131 miliardi di euro. Tuttavia, se si considera la spesa al netto dell'inflazione, l'aumento si riduce al 19 per cento. L'aumento in termini reali si è verificato tutto nei primi anni del secolo; dopo la crisi finanziaria del 2008 e la successiva crisi dei debiti sovrani in Europa si osserva una riduzione seguita da un lungo periodo di stabilità, che si è concluso solo nel 2020 con l'esplosione della pandemia. Questo aumento in termini reali rispetto al 2000 probabilmente non basta a tenere il passo con la crescente domanda di servizi sanitari da parte di una popolazione che sta

Fig. 1: Spesa Sanitaria dal 2000 al 2025  
(in miliardi di euro)



Fonte: Elaborazione OCPI su dati Camera dei Deputati.

inesorabilmente invecchiando. La spesa sanitaria corrente, scomposta nei capitoli di spesa (tabella 1<sup>7</sup>)

ci rende conto di come non tutte le componenti abbiano subito eguale evoluzione in rapporto con la spesa totale.

Infatti non si è interrotto o ridotto l'acquisto di attrezzature sanitarie e altri beni e servizi rilevanti per

il funzionamento delle attività (consumi intermedi), né si è avuta carenza di farmaci e di prestazioni sociali fornite da privati. Quello che salta all'occhio è che nel decennio esaminato nel documento del MEF (2014-2023) i capitoli maggiormente penalizzati sono quelli che riguardano la spesa per stipendi del personale (dipendente e convenzionato).

**Tab. 1 : spesa sanitaria corrente di CN per componente – Anni 2014-2023 (valori assoluti in milioni di euro)**

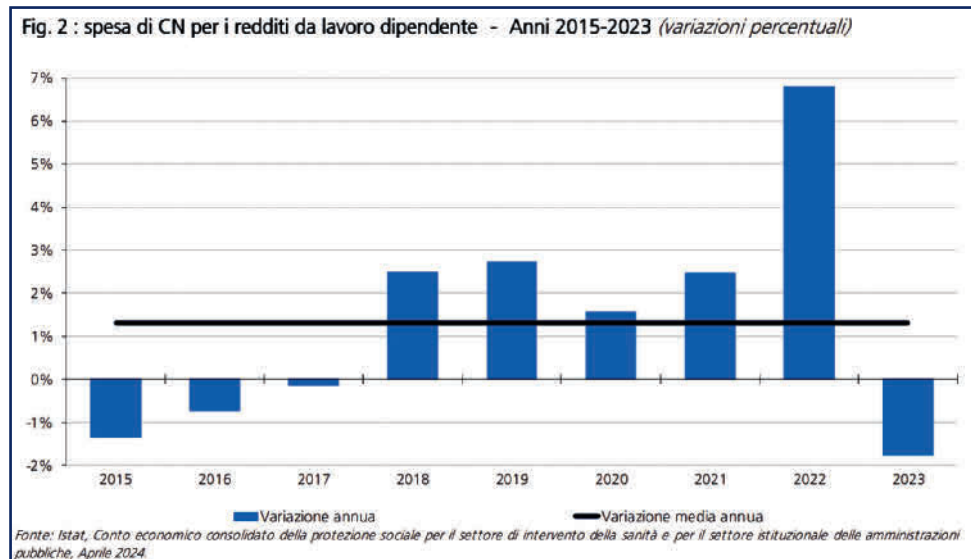
Componenti di spesa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Valori in milioni di euro</i>										
Redditi da lavoro dipendente	35.649	35.171	34.910	34.862	35.730	36.705	37.277	38.202	40.799	40.073
Consumi intermedi	30.972	31.924	33.271	34.280	35.206	35.231	39.206	42.875	44.242	44.356
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	39.696	39.195	39.198	39.301	40.079	40.416	41.096	41.980	42.108	42.397
- Farmaceutica convenzionata	8.392	8.245	8.100	7.624	7.566	7.581	7.301	7.445	7.540	7.563
- Assistenza medico-generica da convenzione	6.663	6.654	6.690	6.672	6.818	6.656	7.403	7.125	6.952	6.759
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	24.641	24.296	24.408	25.005	25.695	26.179	26.392	27.410	27.616	28.075
Altre componenti di spesa	3.395	3.718	3.598	3.742	3.408	3.311	5.100	4.570	4.525	4.293
<b>Spesa sanitaria corrente di CN</b>	<b>109.712</b>	<b>110.008</b>	<b>110.977</b>	<b>112.185</b>	<b>114.423</b>	<b>115.663</b>	<b>122.679</b>	<b>127.627</b>	<b>131.674</b>	<b>131.119</b>

# 19

## SPESA PER PERSONALE (MEDICI, INFERMIERI, TECNICI, AMMINISTRATIVI)

Il livello medio della spesa tra il 2014 e il 2023 è stato di poco inferiore ai 37.000 milioni di euro, equivalente a un aumento medio annuo dell'1,3% (figura 2). A tale tasso di crescita non è corrisposta una

quota incrementale in ogni singola annualità. Fino al 2017 l'aggregato ha evidenziato una costante contrazione corrispondente a un decremento medio annuo dello 0,7%, da imputarsi soprattutto al blocco della parte economica relativa alle procedure contrattuali e negoziali

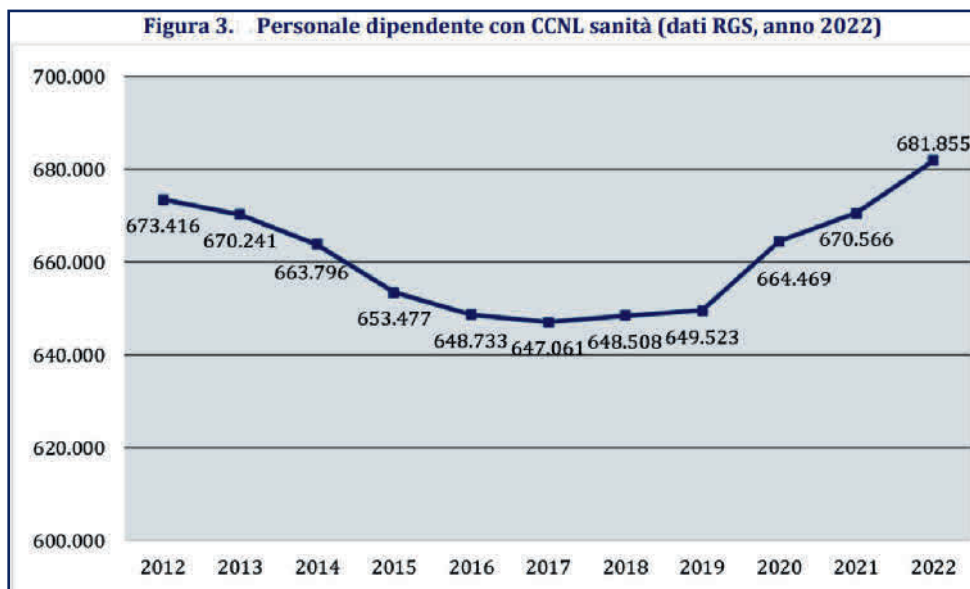


# focus sulla professione

per il periodo 2010-2015 e al mancato perfezionamento di quelle del triennio successivo (ovvero 8 anni senza alcun aumento stipendiale) e contemporaneo calo del personale dipendente (o forza lavoro, per usare un termine più brutale).

(figura 3<sup>8</sup>)

20



Calo e stagnazione del personale dipendente che è stato determinato da strumenti di governance vigenti in materia nel corso degli anni. In particolare, si segnala:

- il blocco automatico del turn over del personale, vigente fino a giugno 2019, nel caso

di mancata attuazione dei provvedimenti per il ripianamento del disavanzo di gestione del SSR

- il divieto, dal 2011 al 2014, del riconoscimento di aumenti retributivi che implicino il superamento del trattamento ordinariamente spettante per il 2010
- il limite alle spese del personale che

non può oltrepassare specifiche soglie fissate normativamente. Dal 2018 al 2022 la spesa ha mostrato, invece, un persistente incremento equivalente a un aumento medio annuo superiore al 3%. Tale dinamica di crescita trova origine in vari presupposti. In primis, è da considerare il riconoscimento degli aumenti retributivi, inclusivi della corresponsione degli arretrati, relativamente alle tornate contrattuali 2016-2018 e 2019-2021. In secondo luogo, è da annoverare l'autorizzazione a bandire concorsi straordinari e a indire procedure di stabilizzazione nel rispetto del piano sul fabbisogno di personale. Infine, sono da elencare gli ingenti

oneri connessi con gli interventi attivati nel triennio 2020-2022 anche in ragione dell'emergenza da SARS-CoV-2. Nel 2023 la spesa ha, invece, subito una contrazione dell'1,8% principalmente per il venir meno degli arretrati del rinnovo del personale del comparto scontati nell'anno precedente.

## ASSISTENZA MEDICO-GENERICA DA CONVENZIONE (MMG)

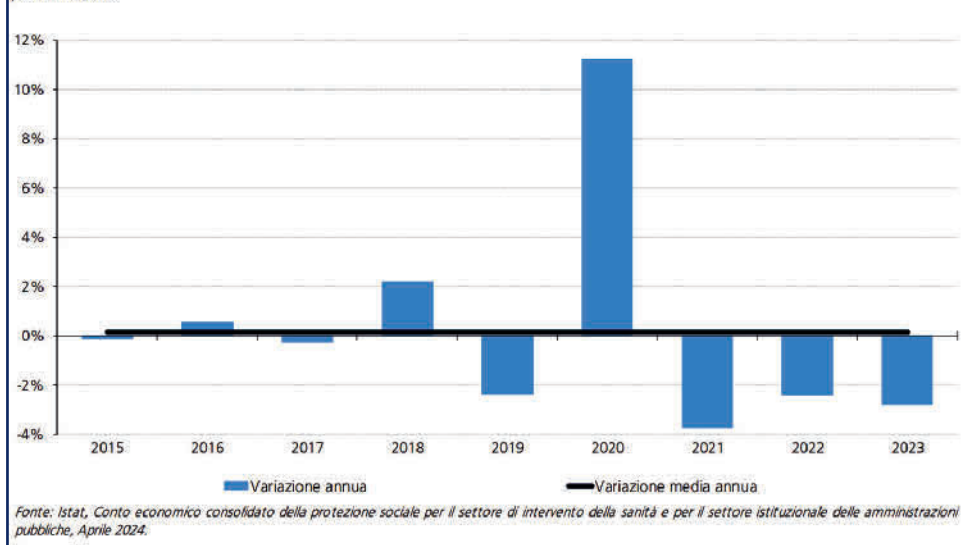
Rappresenta la spesa sostenuta per garantire le prestazioni erogate da specifiche tipologie di medici di base che hanno stipulato una convenzione con il SSN, quali il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta. La spesa tra il 2014 e il 2023 è passata da 6.663 a 6.759 milioni di euro. Mediamente il livello si è attestato intorno ai 6.800 milioni di euro, equivalente a un incremento medio annuo dello 0,2% (figura.4 <sup>7</sup>). Il divieto del riconoscimento di aumenti retributivi e il mancato rinnovo delle convenzioni con il SSN per il periodo 2010-2015 hanno determinato tassi

di variazione non superiori al  $\pm 0,5\%$  fino al 2017. L'annualità successiva ha evidenziato una crescita del 2,2%, in relazione alla contabilizzazione degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2016 e il 2017 relativamente al triennio 2016-2018 oltre che la corresponsione degli arretrati per l'indennità di vacanza contrattuale del periodo 2010-2015.

Il mancato rinnovo delle convenzioni riguardanti il 2018 per il triennio 2016-2018 e il 2019 per il periodo 2019-2021 nonché il venir meno degli arretrati influenzanti l'annualità precedente hanno generato una contrazione della spesa del 2,4% nel 2019. Nel 2020 la spesa per l'assistenza medico-generica è aumentata dell'11,2%. Tale incremento è principalmente dovuto all'imputazione a costo corrente degli oneri per il rinnovo delle convenzioni per il 2018 relativamente al triennio 2016-2018, con la corresponsione degli arretrati intervenuta con specifica normativa emergenziale, nelle more del perfezionamento della relativa convenzione. A ciò si aggiungono

# 21

Fig. 4: spesa di CN per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2015-2023 (variazioni percentuali)



i maggiori costi sostenuti per il coinvolgimento di talune tipologie di convenzionati nella gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Il decremento osservato nel 2021 del 3,8% è sostanzialmente attribuibile al venir meno degli effetti connessi con il pagamento degli arretrati presente sull'anno precedente.

Nel 2022 e nel 2023 il ridursi delle attività straordinarie legate all'emergenza pandemica e il parziale turn over degli operatori sanitari ha comportato un aggiuntivo decremento della spesa (-2,4% e -2,8%, rispettivamente). La tendenziale diminuzione è anche influenzata dal mancato perfezionamento del succitato rinnovo degli accordi per il trattamento economico del personale convenzionato con il SSN sia per il triennio 2019-2021 sia per la tornata 2022-2024.

### **In conclusione...**

...si può dire, sulla base dei dati esposti che il SSN nell'ultimo decennio si è retto e sta reggendo (seppure molto a fatica) per il contributo del suo personale sanitario sia in termini economici che di carico di lavoro che è stato determinante per «sostenere» il SSN durante l'imprevedibile e pesante urto dell'epidemia di Sars-Cov2. Soprattutto, lo «stress test» della pandemia ha ulteriormente «logorato» il capitale umano del SSN. Infatti, le conseguenze di decisioni dei decenni precedenti (tetto di spesa per il personale e della mancata/errata programmazione con blocco delle assunzioni, mancati rinnovi contrattuali, insufficienti borse di studio per specialisti e medici di famiglia) hanno messo a nudo la fragilità del sistema, in un primo momento

evidenziando «solo» una carenza quantitativa di professionisti. Successivamente, l'emergenza COVID-19 ha slatentizzato una grave crisi motivazionale che ha progressivamente portato da un lato i giovani a disertare l'iscrizione ad alcuni corsi di laurea (es. scienze infermieristiche) e specialità mediche (es. emergenza/urgenza), dall'altro i professionisti ad abbandonare il SSN sia per prepensionamenti che per passare a strutture private, se non addirittura trasferirsi all'estero. Una crisi motivazionale che si è inserita nel trend già avviato da alcuni anni di pensionamenti previsti tra medici (ospedalieri e di famiglia), infermieri e altri professionisti sanitari, cui si sono aggiunti burnout e demotivazione ad alimentare progressivamente la fuga dal SSN. Licenziamenti volontari e pensionamenti anticipati riducono sempre più la «forza lavoro» della sanità pubblica, peggiorando inevitabilmente la qualità e la sicurezza di chi è rimasto ed è costretto a turni massacranti, inevitabili in cronica carenza di organico.

L'aumento di casi di violenza fisica e verbale ai danni del personale sanitario, soprattutto nei pronto soccorso, peggiorano ulteriormente la sicurezza e le condizioni di lavoro, oltre che la frustrazione e la demotivazione professionale.

A tutto ciò si aggiungono la burocrazia e la scarsa digitalizzazione, che aumentano la complessità e l'inefficienza del lavoro quotidiano.

Il SSN sta dunque sperimentando una crisi del personale sanitario storicamente senza precedenti, laddove fino a non troppi anni fa il «posto in ospedale» o la «mutua» erano meta economicamente,

professionalmente e socialmente ambita. La grave crisi di sostenibilità del SSN, conseguente al sottofinanziamento e alle mancate riforme, è di portata

tale che anche la Corte dei Conti (organo di rilievo costituzionale, con funzioni di controllo e giurisdizionali sui conti pubblici) non ha mancato di rimarcare (9):

**“ Il sistema sanitario, dopo aver sostenuto uno sforzo corale per limitare gli effetti della pandemia, soffre di una crisi sistemica – accentuata dalla ‘fuga’ del personale sanitario, non adeguatamente remunerato – cui si deve rispondere con decisioni ed investimenti non più rinviabili, nei campi dell’organizzazione, delle strutture, della formazione e delle retribuzioni, al fine di garantire effettività al diritto alla salute ”**

23

## Referenze

- (1) I dati di inquadramento demografico sono tratti dal report ISTAT “Indicatori demografici 2023”, pubblicato a marzo 2024. I dati si riferiscono al 2023 o all'anno più recente disponibile: [https://www.istat.it/it/files/2024/03/Indicatori\\_demografici.pdf](https://www.istat.it/it/files/2024/03/Indicatori_demografici.pdf)
- (2) La fonte è Eurostat, aggiornamento del dato a maggio 2024: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240503-2>
- (3) Fonte: XIII rapporto INPS (settembre 2024), p. 293-294. [https://www.inps.it/content/dam/inps-site/pdf/dati-analisi-bilanci/rapporti-annuali/xxiii-rapporto-annuale/RAPPORTO%20ANNUALE\\_WEB.pdf](https://www.inps.it/content/dam/inps-site/pdf/dati-analisi-bilanci/rapporti-annuali/xxiii-rapporto-annuale/RAPPORTO%20ANNUALE_WEB.pdf)
- (4) Fonte: Consiglio di Indirizzo e Vigilanza INPS: La natura delle entrate e delle uscite dell'INPS in rapporto alla dimensione previdenziale e assistenziale delle prestazioni (tabella 2 pag. 21) [https://www.inps.it/content/dam/inps-site/pdf/news/documents/Natura\\_entrate\\_uscite\\_INPS.pdf](https://www.inps.it/content/dam/inps-site/pdf/news/documents/Natura_entrate_uscite_INPS.pdf)
- (5) Ministero dell'Economia e Finanza (MEF) Piano strutturale di bilancio di medio termine, pag. 187 <https://www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2024/Piano-strutturale-di-bilancio-e-di-medio-termine-Italia-2025-2029.pdf>
- (6) <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria-italiana>
- (7) MEF Ragioneria Generale dello Stato - Evoluzione della spesa sanitaria italiana pag. 21 [https://www.rgs.mef.gov.it/\\_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf](https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2024/IMDSS-RS2024.pdf)
- (8) <https://www.camera.it/temiap/2024/10/09/OCD177-7603.pdf>
- (9) Requisitoria orale del Procuratore generale Pio Silvestri. Corte dei Conti. Giudizio sul Rendiconto generale dello Stato 2023. Roma, 27 giugno 2024. [www.corteconti.it/Download?id=d147b7c1-58b3-442f-a39a-3df1f733929b](http://www.corteconti.it/Download?id=d147b7c1-58b3-442f-a39a-3df1f733929b)



## EVITIAMO IL "CRACK"! LA MOC, E NON SOLO

di Sante Enrico Cogliandro

24

**A**DISPETTO DEL TITOLO, non è di alta finanza, ma di bassa massa ossea che vorremo occuparci. Anche se, per inciso, il lato economico non sarebbe affatto trascurabile: le linee-guida intersocietarie del 2018 ci ricordano, solo per dirne una, che la spesa per la cura delle fratture da fragilità ossea in Italia è dell'ordine dei 7 miliardi di Euro all'anno, e più. La diminuzione della densità minerale ossea BMD è il principale fattore di rischio di frattura da fragilità, e la sua misurazione, a livello dell'anca (per lo studio dell'osso compatto corticale) e delle vertebre lombari (per l'osso trabecolare), ha un potere predittivo pari o superiore a quello della pressione arteriosa per l'ictus, o del colesterolo per l'infarto. Fra le tecniche di mineralometria ossea computerizzata (MOC), la DEXA, o DXA, che sta per assorbimetria a raggi X di energia duale, nel costante progresso delle tecnologie, è ancora indagine di riferimento. L'osteoporosi, che di tale fragilità è causa, è malattia caratterizzata da perdita in **quantità** (massa e densità minerale) e in **qualità** (micro- e macro-architettura, proprietà materiali, geometria, microtraumi e conseguenti "microcrack") del tessuto osseo. Il rischio fratturativo raddoppia per ogni punto in meno di

*T-score*; questo "punteggio" esprime statisticamente, in "deviazioni standard" DS, di quanto si scosta la BMD della persona in esame dalla BMD media, sempre in grammi/cm<sup>2</sup>, di una popolazione sana dello stesso sesso al termine dell'accrescimento, ossia al *top* del picco di massa ossea. Il *T-score* è considerato normale fino a -1 DS; fra -1.1 e -2.4 DS indica **osteopenia** e ridotta resistenza del tessuto osseo, se diminuito di 2.5 o più SD, indica **osteoporosi** e rischio fratturativo esponenzialmente aumentato (\*). Eppure, mentre è noto che l'incidenza annuale di fratture d'anca aumenta di 30 volte fra i 50 e i 90 anni, l'aumento previsto dalla perdita densitometrica con l'età sarebbe solo di 4 volte. Come mai? Intanto, è possibile che una frattura da fragilità intervenga anche con una BMD normale. Poi, dato che le persone in osteopenia sono molto più numerose di quella con osteoporosi, il numero di eventi fratturativi da fragilità fra le prime soverchia quello delle seconde. Molteplici altri fattori clinici, parzialmente o totalmente indipendenti dalla BMD, con diverso peso gravano sul rischio di frattura; riconoscerli, quantificarli, e integrarli con la BMD, è quanto mai opportuno, ma tutt'altro che facile. Allo scopo si sono messi a punto algoritmi matematici informatizzati,

fruibili *on line*, per definire nel modo il più possibile accurato il rischio fratturativo assoluto, migliorandone inoltre la consapevolezza sia nei pazienti, sia negli operatori sanitari: I più usati sono il *Fracture Risk Assessment tool* o **FRAX®**, realizzato dall'Università di Sheffield; e, più aderente alla realtà italiana, il *Derived Fracture Risk Assessment* o **DeFRA®**, con il suo recentissimo aggiornamento **DeFRACalc®**, realizzati dall'Università di Verona. Concorrono al rischio innanzitutto variabili non modificabili, vale a dire sesso ed etnia, e variabili continue, ossia l'età, l'indice di massa corporea BMI la stessa BMD, il *turnover* osseo (telopeptide o CTX). Vi sono poi fattori di rischio

dicotomici: genitori con frattura (di femore per il FRAX, anche vertebrali per il DeFRACalc che per la verità parla di "familiarità" per frattura); anamnesi personale di abitudine tabagica e consumo di alcool (per il FRAX, la risposta è "sì" per tre o più unità al giorno, dove 1 unità = 1 bicchiere di vino = 1 lattina di birra = 1 bicchierino di superalcolico), di fratture da fragilità (soprattutto, ma non solo, anca, vertebre, omero, polso), di artrite reumatoide, di terapie cortisoniche (prese in considerazione se di almeno 2.5 mg al giorno di prednisone o farmaci equivalenti per almeno 3 mesi; DeFRACalc specifica se in atto o previste), altre forme secondarie di osteoporosi.

25

FRAX® Ischio Di Frattura Strumento Di Valutazione

Home Strumento di calcolo Tabelle cartacee FAQ Riferimenti CE Mark Italiano

### Strumento di calcolo

Rispondere alle domande riportate di seguito per calcolare la probabilità di frattura su un periodo di 10 anni con il dato della Densità Minerale Ossea (BMD).

Paese: **Italia** Nome/Ci: \_\_\_\_\_ sui fattori di rischio

#### Questionario:

- Età (Frax 40 e 90 anni) oppure Data di Nascita  
Età: \_\_\_\_\_ Data di Nascita: A: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ D: \_\_\_\_\_
- Sesso  Maschio  Femmina
- Peso (kg) \_\_\_\_\_
- Altezza (cm) \_\_\_\_\_
- Frattura pregressa  No  Sì
- Genitori con femore fratturato  No  Sì
- Fumatore abituale  No  Sì
- Cortisonici  No  Sì
- Artrite reumatoide  No  Sì
- Osteoporosi secondaria  No  Sì
- Alcol: 3 unità o più al giorno  No  Sì
- BMD al collo femorale (g/cm<sup>2</sup>)  
Selezionare BMD: \_\_\_\_\_  
Selezionare BMD: **GE-Lunar**   
Hologic  
Norland  
T-Score  
DMS/Medlink  
Mindways QCT

Conversione delle unità di misura del peso  
Libbre  kg

Conversione delle unità di misura dell'altezza  
Pollici  cm

00511570  
Indivisi con rischio di frattura  
validato dal 1° giugno 2011

Strumento di stampa e di informazione

Fig. 1. FRAX, strumento di calcolo. Notare (←) che vanno selezionati la nazionalità del soggetto in esame, e la marca (e tipo) dello strumento impiegato.

Fra le numerose cause di osteoporosi secondaria, la cui rimozione può avere efficacia curativa anche per il problema osseo, si includono quelle ritenute di più solida evidenza di amplificazione del rischio quali il diabete di tipo 1, l'*osteogenesis imperfecta* negli adulti, gli ipogonadismi maschili e femminili, comprese l'anoressia nervosa, la menopausa prima dei 45 anni e la terapia del cancro mammario; le malattie infiammatorie croniche intestinali, indipendentemente dalla terapia cortisonica; le cause neurologiche e reumatologiche di immobilizzazione; i trapianti d'organo; gli ipertiroidismi; la malnutrizione cronica e le sindromi da malassorbimento; le epatopatie croniche.

Da altri Autori si pone l'accento su patologie con evidenza di laboratorio, come gli iperparatiroidismi e le malattie del midollo osseo con accumulo di anticorpi monoclonali (MGUS) (Fig. 1 a pag.25).

Il DeFRACalc offre invece un elenco preconstituito delle cause di osteoporosi secondaria; notevole l'esplicita inclusione delle terapie di deprivazione ormonale per il cancro anche della prostata.

Fumo e alcool non sono più dicotomici, ma parzialmente quantificati; in via opzionale, possono esservi aggiunte informazioni riguardanti le terapie in corso, la dieta, l'integrazione eventuale in vitamina D e calcio, l'esposizione al sole, le cadute. Il rischio viene espresso in probabilità percentuale di fratturarsi nei 10 anni seguenti.

Il FRAX, applicabile agli **ultraquarantenni di ambo i sessi**, prende in considerazione la BMD, per la quale chiede la marca e il tipo dell'apparecchio usato, ovvero il *T-score*, indipendentemente dallo

strumento, solo del collo femorale, e fornisce il rischio per le frattura d'anca e le frattura osteoporotiche maggiori, rischio ritenuto elevato se superiore a 3 e, rispettivamente, a 20. Ne esiste una versione successiva, il FRAX plus®, tuttavia non disponibile "free", aggiornata in rapporto ai fattori di rischio: BMD anche vertebrale, fratture pregresse, cadute, cortisone, diabete di tipo 2, caratteristiche anatomiche del femore in esame.

DeFRACalc è invece utilizzabile **solo nelle donne dopo i 50 anni**, e considera solo il *T score* peggiore fra collo femorale, anca in toto, e prime 4 vertebre lombari.

È suggestivo l'impatto visivo, quasi "semaforico", del valore numerico ricavato, riportato graficamente in un diagramma diviso in quattro bande di diverso colore, verde, giallo, arancio e rosso (rischio basso, intermedio-basso, intermedio-alto, alto), che a colpo d'occhio quantificano il problema (Fig. 2).

L'algoritmo informa inoltre se il profilo di rischio renda erogabile il trattamento a carico del Servizio Sanitario Nazionale piuttosto che in fascia C; quale sarebbe la cura più indicata, se di prima, seconda, o terza linea in base alla nota 79 AIFA; se, infine, il caso clinico richieda una gestione preferibilmente specialistica. Detto che gli algoritmi FRAX e DeFRACalc consentono una stima del rischio in base ai soli fattori clinico-anamnestici, a prescindere dalla BMD, è di particolare interesse l'applicazione DEXA della **morfometria vertebrale VFA** (*Vertebral Fracture Assessment*, altrimenti detta morfometria assorbimetrica, MXA), che, con una dose di esposizione circa 100 volte inferiore alla radiografia tradizionale, consente lo *screening* delle fratture vertebrali

[NUOVO CALCOLO](#)
[STATISTICHE](#)
[IMPOSTAZIONI](#)
[L'ALGORITMO](#)
[DEFRA CALC.](#)
[SUPPORTO E ASSISTENZA](#)

HOME / SANTE ENRICO COGLIANDRO: REPORT VISITA

## Carta del rischio

Rischio di fratture maggiori a 10 anni: **38%**

**Eligibilità alla Nota 79 AIFA sulla base delle informazioni disponibili**

Eligibile: **Si**

Farmaci I scelta: alendronato, risedronato  
 Farmaci II scelta: denosumab, zoledronato, ibandronato, raloxifene, bazedoxifene

Gestione: MMG o Specialista se necessità di valutare un trattamento con zoledronato, denosumab, teriparatide o romosozumab

**INDIETRO**

**NOTE:**  
 La prescrizione dei farmaci va comunque fatta nel rispetto della scheda tecnica dei singoli farmaci, delle linee guida e considerando le indicazioni ed avvertenze della nota 79 AIFA. L'accuratezza della valutazione integrata dei molteplici fattori di rischio di frattura non è attualmente nota. Il risultato del DeFRA è fornito solo a scopo informativo ed educativo e non può sostituire la diagnosi, il consulto e la decisione terapeutica del medico. Si declina ogni responsabilità dall'uso clinico del DeFRA.

**DATA VISITA:** 28/08/2024 19:06

**PAZIENTE:**  
 ETÀ: 75  
 PESO: 49 Kg  
 ALTEZZA: 160 cm  
 MENOPAUSA: si

FUMO: Si (<10)  
 ALCOL: Si (<3)

**STORIA FAMILIARE:** Si  
 PREGRESSE FRATTURE FEMORE: 0  
 PREGRESSE FRATTURE VERTEBRE: 0  
 PREGRESSE FRATTURE OMERI: 0  
 PREGRESSE FRATTURE POLSI: 0  
 ALTRE FRATTURE: 0  
 FRATTURA IN NOTA79: no

**FARMACI:** No  
**COMORBILITÀ:** BPCO

**TSCOREDEXACOLONNA:** -3,10  
**SCTX:**

[SCARICA](#)
[STAMPA](#)

Fig. 2. DeFRACalc, riepilogo visita e carta del rischio.

osteoporotiche dorso-lombari. E ancora, appositi *software* propongono un arricchimento qualitativo al dato puramente quantitativo della BMD: il *Trabecular Bone Score* (TBS, punteggio dell'osso trabecolare), abbinabile ai due algoritmi del rischio, analizza le vertebre lombari scomponendole in *pixel* e fornendo due *cut-off* numerici che distinguono la microarchitettura dell'osso trabecolare in normale, parzialmente degradata, e degradata. Il *Bone Strain Index* (BSI, indice di "stress" osseo) valuta le deformazioni e lo sforzo imposti sia alle vertebre sia al femore, suddivisi in piccoli elementi geometrici "finiti", e consente un'ulteriore selezione dei soggetti ad alto rischio fratturativo e ri-fratturativo, nonché il monitoraggio della risposta alle terapie. Concludendo, la DEXA consente la diagnosi densitometrica di osteoporosi identificando la **soglia diagnostica**; questa è però diversa dalla **soglia terapeutica**, desumibile dalla valutazione integrata del rilievo strumentale nel contesto clinico-anamnestico, che seleziona i soggetti a rischio di frattura candidabili alle terapie farmacologiche: fermo restando che, al di là dei valori numerici e statistici, l'ultima parola spetta comunque al giudizio clinico.

(\*) L'indagine DEXA fornisce anche lo *Z-score*, che confronta la BMD del soggetto in esame con una popolazione di pari età e sesso, prestandosi alla diagnostica di patologia metabolica dello scheletro nella donna prima della menopausa e nel maschio prima dei 50 anni: fino a -2 DS, si parla di valore nell'intervallo ("*range*") normale per l'età, oltre le -2 DS, inferiore al *range*. Si ipotizza che, in età matura, un valore peggiore di -2 DS possa suggerire un'osteoporosi secondaria.

## UN NUOVO INDICATORE PROGNOSTICO: IL "TEN SECOND ONE-LEGGED STANCE"

Da molti decenni le innovazioni più importanti in medicina provengono da ricerche basate su innovazioni tecnologiche che hanno richiesto anni di studio e ingenti costi di sviluppo prima della loro applicazione pratica. Fantasia, intelligenza creativa e osservazione possono portare anche alla formulazione di semplici test clinici che forniscono informazioni importanti tanto quanto sofisticati (e costosi) test di laboratorio o di *imaging*.

È il caso del "Ten second one-legged stance" ovvero "Dieci secondi in piedi su una gamba sola".

Si tratta di un test semplicissimo e riproducibile in ogni contesto clinico in quanto non richiede attrezzatura ma solo un minimo di collaborazione da parte del paziente.

Il medico osservatore deve semplicemente valutare se il paziente è in grado di rimanere in equilibrio in quella posizione (in piedi su una gamba sola) per almeno 10 secondi.

Per precisione il dorso della piede rialzato va appoggiato al polpaccio dell'altra gamba, mentre le mani del paziente devono essere allineate lungo il corpo ed il capo eretto con lo sguardo in avanti).

Il test è noto tra neurologi [1], fisiatri e ortopedici [2] e geriatri [3] ma solo recentemente alcuni ricercatori ne hanno verificato le importanti capacità predittive su un campione di oltre 1700 persone [4].

Le basi neurofisiologiche alla base della corretta esecuzione del test ne spiegano la sorprendente potenzialità prognostica.

Infatti, per eseguire il test sono necessarie normali capacità cognitive, coordinazione neuromotoria, schema corporeo integro, buona funzionalità delle vie nervose e dei recettori dell'equilibrio.

La mancata o errata esecuzione del test è pertanto indice di alterato funzionamento di una o più delle varie componenti citate.

Secondo i ricercatori che hanno effettuato lo studio, il test negativo è anche strettamente correlato con le condizioni globali di salute e quindi con la longevità dei soggetti testati. Infatti, in un follow-up di sette anni si è registrata una mortalità del 17,5% nei soggetti che

non erano riusciti ad eseguire il test contro il solo 4,6% di coloro che l'avevano superato.

L'esplosione della medicina degli «effetti speciali» induce molti medici a considerare semplici curiosità storiche molti test clinici e, a volte, anche la semplice osservazione del paziente.

Questa semplice ma geniale ricerca dimostra invece quanto sia ancora importante l'osservazione clinica non solo dei malati ma anche dei soggetti apparentemente sani e come l'esecuzione di semplici test di funzionalità possa fornire preziosi indicatori dello stato di salute e nel caso specifico, della aspettativa di vita delle persone.

## Bibliografia

[1] Goldberg A, Casby A, Wasielewski M. Minimum detectable change for single-leg-stance-time in older adults. *Gait & Posture* [Internet]. 2011 Apr 1;33(4):737–9.

[2] Vellas BJ, Wayne SJ, Romero L, Baumgartner RN, Rubenstein LZ, Garry PJ. One-Leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1997 Jun 1;45(6):735–8.

[3] Springer, B. A., Marin, R. H., Cyhan, T., Roberts, H., & Gill, N. W. (2007). Normative Values for the Unipedal Stance Test with Eyes Open and Closed. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 30(1), 8–15

[4] Araujo CG, de Souza e Silva CG et al. Successful 10-second one-legged stance performance predicts survival in middle-aged and older individuals FREE. *Br J Sports Med* 2022. Doi: 10.1136/bjsports-2021-105360.



# medicina di genere



## FOCUS ON di Laura Baffoni

30

### A DVANCES IN BODY COMPOSITION AND GENDER DIFFERENCES IN SUSCEPTIBILITY TO FRAILTY SYNDROME: ROLE OF OSTEOSARCOPENIC OBESITY

*Rosy Conforto et al; J.Metabolism, 2024; <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2024.156052>*

È sapere comune che le donne vivono più a lungo degli uomini, ma gli anni guadagnati sono gravati da malattie e fragilità, evidenziando nelle donne un disaccoppiamento tra aspettativa di vita e aspettativa di vita sana, e questo si verifica in qualsiasi latitudine del mondo dimostrando di non dipendere da fattori ambientali e/o economici. La fragilità (SF) è una sindrome multifattoriale, legata al processo di invecchiamento, determinata dalla riduzione della fisiologica riserva funzionale e della capacità di rispondere agli stress, che identifica anziani sarcopenici ed osteoporotici, inclini a cadute, con aumentato rischio di fratture e disabilità, di ricoveri e istituzionalizzazioni, e caratterizzata dalla presenza di almeno 3 dei seguenti 5 criteri: perdita di peso non intenzionale nell'ultimo anno, facile affaticabilità, riduzione della forza muscolare,

riduzione della velocità del cammino e riduzione dell'attività fisica abituale (L.P. Fried 2001). Le donne rispetto agli uomini hanno una maggiore prevalenza della SF, dovuta non solo alla maggiore durata di vita, ma anche a fattori legati al genere.

L'ampia *review* che vi propongo è di un gruppo di ricercatori italiani e fornisce una panoramica completa dei recenti progressi riguardanti l'impatto del genere sulla fragilità e per farlo Rosy Conforto et al. valutano la composizione corporea (CC) e l'azione del processo di invecchiamento sulla CC e suggeriscono provvedimenti, derivati dalle linee guida per il trattamento dei singoli deficit, per contrastare la SF ed in particolare un suo sottotipo, l'obesità osteosarcopenica.

Donne e uomini sono diversi anche nella CC, gli uomini hanno una maggiore massa muscolare (MM), mentre la massa grassa (MG) è più rappresentata nelle donne, a causa degli estrogeni che promuovono l'accumulo di grasso nel sottocutaneo. Il grasso sottocutaneo è generalmente considerato meno dannoso del grasso viscerale, essendo quest'ultimo associato ad un aumentato rischio cardiovascolare e di disturbi metabolici. Con l'invecchiamento le variazioni ormonali - calo del testosterone nell'uomo e degli estrogeni nelle

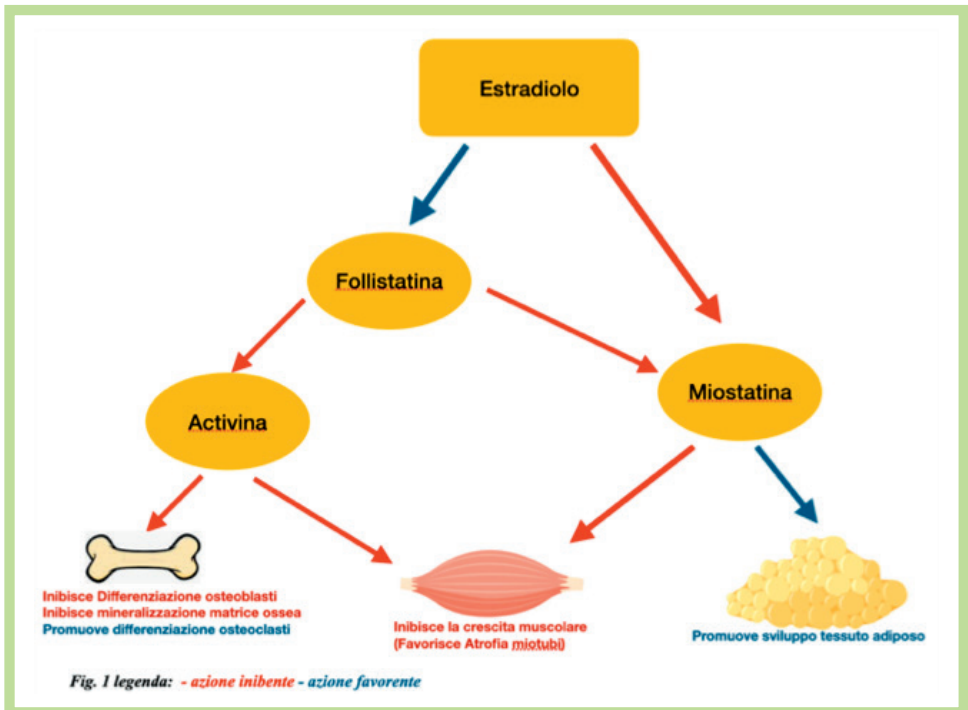
donne dopo la menopausa - e il loro variare in maniera diversa nei due sessi, aggrava diversamente il declino della MM e l'aumento della MG: le donne, a causa della forte diminuzione degli estrogeni che si verifica durante la menopausa, sperimentano un accumulo di grasso viscerale tipico degli uomini, con conseguente aumento dei rischi di sindrome metabolica e malattie cardiovascolari. Inoltre nelle donne con o senza obesità, più che negli uomini, si osserva in questo periodo un incremento delle concentrazioni plasmatiche di leptina, ormone cruciale nella regolazione dell'assunzione di cibo e del peso corporeo. Per contro, l'adiponectina, che ha proprietà antinfiammatorie e insulino-sensibilizzanti, tende a diminuire con l'età; pur partendo da valori più elevati nella donna giovane rispetto al coetaneo, nella donna in epoca post menopausale la diminuzione è più brusca e marcata e correla con la comparsa della sindrome metabolica/malattie cardiovascolari, confermando la complessa interazione tra invecchiamento, saccumulo di grasso e genere. Anche la massa ossea (MO) mostra differenze legate al sesso, infatti i maschi in genere hanno ossa più grandi e pesanti per la maggiore crescita periosteale, mentre nelle femmine gli estrogeni inibiscono la crescita periosteale privilegiando l'apposizione ossea endocorticale. Nella donna in menopausa, a queste differenze sfavorevoli già in condizione di base, si aggiunge una perdita di MO più pronunciata, dovuta ad una diminuzione della densità trabecolare e ad un aumento della distanza tra le trabecole (negli uomini la riduzione della densità ossea è dovuta al diradamento corticale), ciò si traduce in maggiore fragilità ossea e maggiore prevalenza

di fratture da fragilità nelle donne. La MM è più rappresentata nel sesso maschile grazie all'effetto degli androgeni e, mentre i livelli di testosterone diminuiscono gradualmente durante il processo di invecchiamento, con la menopausa si osserva una rapida diminuzione dell'estradiolo che determina un declino della MM più pronunciato nelle donne. Altri cambiamenti legati all'età nella funzione endocrina, nella reattività ai nutrienti e nell'attività fisica possono contribuire alla perdita muscolare scheletrica in entrambi i sessi, ma sempre maggiore nelle donne come dimostrato dal declino della forza muscolare, maggiore e più rapido nel sesso femminile, già evidente nelle donne a partire dai 50 anni e negli uomini a partire dai 70 anni. Gli Autori sottolineano come la MM scheletrica e la MO siano strettamente correlate, e di conseguenza come l'attività fisica e adeguati livelli di vitamina D contribuiscano alla salute di entrambi, e come negli anziani la perdita concomitante di MM e MO aumenti il rischio di cadute e fratture.

“ È sapere comune che le donne vivono più a lungo degli uomini, ma gli anni guadagnati sono gravati da malattie e fragilità, evidenziando nelle donne un disaccoppiamento tra aspettativa di vita e aspettativa di vita sana, e questo si verifica in qualsiasi latitudine del mondo dimostrando di non dipendere da fattori ambientali e/o economici. ”

In uno studio che ha coinvolto adulti anziani residenti in comunità, la prevalenza dell'osteoporosi era inversamente correlata alla MM (47,6% negli individui senza sarcopenia, 65,5% in quelli con probabile sarcopenia, 78,1% nei sarcopenici certi). L'osteosarcopenia è una sindrome prevalente nelle donne anziane, caratterizzata dalla presenza concomitante di osteopenia/osteoporosi e sarcopenia (in un lavoro su anziani che vivono in comunità raggiunge il 65 % nelle donne contro il 10% degli uomini). Infine un sottogruppo di osteosarcopenia è l'obesità osteosarcopenica che prevale nelle donne in menopausa e anziane. Quindi la riduzione della MM scheletrica, che accompagna il processo dell'invecchiamento e determina una riduzione della forza muscolare, mostra differenze di genere, mostrando diversa

prevalenza nei due sessi (il 19,2 % nei maschi e il 26,4% nelle femmine in un lavoro su 2697 coreani di età compresa fra i 65 e 74 anni), più evidente se si valutano gruppi affetti da SF, con sempre maggiore prevalenza nel sesso femminile. Anche l'obesità osteosarcopenica è prevalente tra le donne in menopausa e anziane, come evidenziato dai tassi di prevalenza che vanno dal 3,5% al 19% tra gli uomini e dal 6% al 41 % tra le donne. Premesso che la MM ottimale funge da fattore protettivo contro cadute e fratture, e aiuta a mantenere l'indipendenza, la presenza di una MM bassa ed un'elevata MG è stata collegata ad un aumento del rischio di mortalità. Nella donna, dalla menopausa, oltre al significativo accumulo di grasso nella regione intra-addominale, soprattutto viscerale, si osserva anche un'infiltrazione di grasso



nei muscoli scheletrici. Questa anomala infiltrazione di grasso, nota come miosteatosi, comporta effetti dannosi sulla MM e sulla regolazione del glucosio, e spesso si associa alla deposizione di grasso in altri siti ectopici, quale il fegato e l'osso. Diversi studi hanno stabilito un legame tra la steatosi epatica e l'obesità osteosarcopenica, suggerendo che questa relazione può essere influenzata da cambiamenti nelle adipochine, epatochine e miochine, che nella donna in menopausa porta ad un circolo vizioso favorente l'emergere del fenotipo "obesità osteosarcopenica" (vedi *fig. 1, n.d.r.*).

## Il microbiota intestinale

**esercita varie proprietà funzionali, come l'assorbimento dei nutrienti, la produzione di vitamine e la modulazione del sistema immunitario dell'ospite**

Altri studi hanno dimostrato nell'obesità e nel processo di invecchiamento una down regulation dell'asse follistatina-miostatina e questo meccanismo sembra mirare a preservare o aumentare la MM in condizioni di disfunzione metabolica. Nel complesso appare che la menopausa possa esacerbare la disregolazione legata all'età del sistema attivina-miostatina-follistatina, aumentando così il

rischio di fragilità, e gli Autori sottolineano come siano necessari ulteriori studi per chiarire l'esatto peso dei cambiamenti nelle attivine, dei rapporti tra attivine e follistatina, e quali siano le implicazioni terapeutiche. La relazione tra il microbiota intestinale e l'insorgenza di sarcopenia e di SF è un'area di ricerca emergente. Il microbiota intestinale esercita varie proprietà funzionali, come l'assorbimento dei nutrienti, la produzione di vitamine e la modulazione del sistema immunitario dell'ospite, che influenzano anche l'invecchiamento e lo sviluppo della SF. L'invecchiamento e l'obesità sono collegati alla disbiosi intestinale caratterizzata da una diminuzione di Bifidobacterium e da una aumentata permeabilità intestinale, che porta al passaggio dei sottoprodotti microbici nella circolazione causando un quadro di infiammazione sistemica, e ad un quadro di atrofia muscolare indotta da endotossine circolanti.

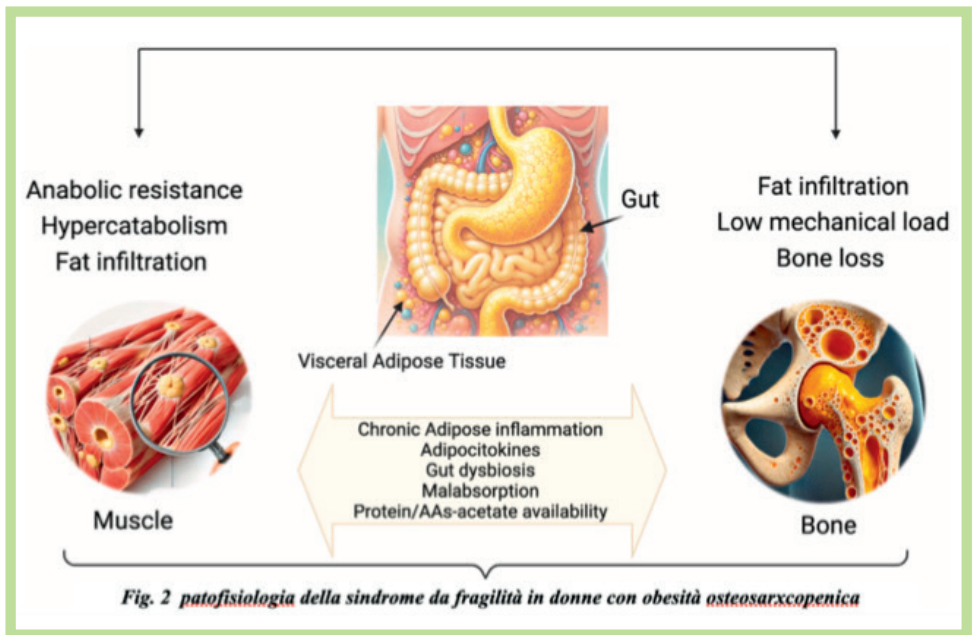
Un ruolo protettivo importante è svolto dagli acidi grassi a catena corta (SCFA), che sono in gran parte prodotti dall'idrolisi e dalla fermentazione dei polisaccaridi alimentari presenti negli alimenti di origine vegetale.

Gli SCFA hanno molteplici azioni benefiche sia localmente nell'intestino - mantengono l'integrità della barriera intestinale, influenzano la produzione di muco e proteggono dall'infiammazione la mucosa intestinale - sia a livello sistemico, in particolare nella SF hanno influenze positive sia sul muscolo che sull'osso: nel primo stimolano la sintesi delle proteine muscolari, nel secondo promuovono la differenziazione degli osteoblasti e inibiscono la formazione di osteoclasti, in entrambi riducono

l'infiammazione che spesso accompagna e aggrava la fragilità muscolare e ossea. L'infiammazione cronica, il malassorbimento e la bassa disponibilità di aminoacidi possono fungere da collegamenti tra la disbiosi del microbiota intestinale e lo sviluppo della sarcopenia e della osteopenia/osteoporosi, fornendo una spiegazione intrigante per i cambiamenti nella CC che precedono l'insorgenza della SF (fig.2).

obese. Le proteine, specialmente quelle ricche di aminoacidi essenziali come la leucina, sono essenziali per combattere la SF negli anziani sostenendo sia la MM nella regolazione della crescita delle cellule muscolari e della sintesi proteica, sia la MO, dove le proteine sono essenziali per la sintesi del collagene, componente principale della matrice ossea, e per la stimolazione degli osteoblasti

# 34



Sulla base delle attuali linee guida è chiaro che la nutrizione svolge un ruolo fondamentale nella perdita muscolare e ossea, ed è stato dimostrato che la prevalenza dell'obesità sarcopenica diminuisce con l'aumento dell'assunzione di proteine, dei livelli di vitamina D e dell'attività fisica. Gli studi attuali suggeriscono che dal 30 al 70% degli anziani in tutto il mondo non soddisfano i loro fabbisogni proteici, in particolare le donne e le persone

tramite il fattore di crescita 1. Inoltre un apporto insufficiente di proteine può causare una lieve acidosi metabolica, che stimola il rilascio di calcio dalle ossa per neutralizzare l'eccesso di acidità, indebolendo ulteriormente la struttura ossea. È quindi necessario garantire un'adeguata assunzione di proteine ogni giorno (tab.1) per mantenere la MM. Una recente meta-analisi ha dimostrato che la combinazione dell'assunzione

di proteine con l'esercizio fisico riduce significativamente la MG negli anziani con obesità sarcopenica. Per la complessità dell'obesità osteosarcopenica alcune linee guida evidenziano la necessità di un regime di esercizi diversificato. L'American College of Sports Medicine raccomanda di impegnarsi in circa 300' a settimana di esercizi di resistenza a intensità moderata, o 150' di attività ad alta intensità, per mobilitare il grasso viscerale, non necessariamente in sessioni di lunga durata (minimo 10'). Altri lavori hanno evidenziato che già 150' a settimana di esercizio aerobico moderato, come camminare a 5-6 km/h, sono sufficienti per ridurre significativamente il grasso corporeo totale e viscerale, anche negli anziani pre-fragili. Inoltre l'esercizio fisico mostra effetti benefici in tutti i sottogruppi studiati riducendo efficacemente il rischio di caduta. Negli anziani con obesità ridurre l'apporto calorico di circa 500 calorie al giorno può promuovere la perdita di grasso garantendo al contempo che sia la MM che la MO siano preservate, anche la dieta chetogenica ha dimostrato di ridurre il grasso viscerale e migliorare la salute metabolica. La dieta mediterranea è associata a una riduzione del grasso viscerale e ad una migliore salute metabolica in tutti, compresi gli anziani, e riduce il rischio di complicanze legate all'obesità. Recentemente alcuni lavori hanno suggerito che l'adozione della dieta mediterranea possa prevenire la SF influenzando positivamente i marcatori legati alla sarcopenia, inoltre negli anziani l'aderenza a questo modello alimentare è risultato associato anche ad una minore sedentarietà (suggerendo che la dieta mediterranea identifichi gruppi

sociali con uno stile di vita più salubre *n.d.r.*). Gli effetti fisiologici dei singoli nutrienti possono essere influenzati dalle interazioni con altri nutrienti e prove emergenti suggeriscono che i modelli dietetici, piuttosto che i singoli nutrienti o alimenti, offrano risultati clinici migliori.

Per quanto riguarda la MO importante è il ruolo svolto dal Calcio e dalla vitamina D. La vitamina D svolge un ruolo fondamentale nell'omeostasi del calcio e nel metabolismo osteo-muscolare. La sua forma attiva entra nella cellula grazie al recettore specifico, e a seconda del tipo cellulare svolge diverse funzioni: regola l'espressione di geni cruciali nell'assorbimento intestinale di calcio e fosfato (migliorando così la disponibilità di questi minerali per la mineralizzazione ossea), modula in modo significativo la sintesi delle proteine contrattili e regola i livelli di calcio intracellulare cruciale per la contrazione muscolare. La carenza di vitamina D è più frequente nelle donne. L'assunzione giornaliera raccomandata di Calcio è di 1000 - 1200 mg, quella della vitamina D da 800 a 2000 UI con l'obiettivo di mantenere i livelli sierici di quest'ultima superiori a 30 ng/mL. Anche gli acidi grassi polinsaturi (PUFA) come gli Omega-3 sono essenziali grazie alle loro potenti proprietà antinfiammatorie che li rendono particolarmente utili per la gestione dell'infiammazione cronica, che spesso accompagna l'obesità e la sarcopenia, e per il metabolismo e la conservazione della MM. Inoltre le diete ricche di PUFA hanno mostrato effetti positivi sulle prestazioni fisiche e sulla stanchezza. La SF oltre all'invecchiamento riconosce altre patologie come fattori causali determinando diversi

sottotipi di fragilità e gli Autori per semplificare l'approccio terapeutico identificano tre sottogruppi per i

quali suggeriscono raccomandazioni dietetiche su misura come si evince dalla *tabella 1*.

In questa review Conforto et al. sottolineano che:

- 1) poiché la SF è una condizione legata all'età caratterizzata da una ridotta riserva funzionale, identificare i primi indicatori di fragilità all'interno dei parametri della CC dovrebbe rientrare nella pratica clinica, potendo aiutare a prevenire la SF e consentendo l'identificazione dei diversi fenotipi quando già manifesta;
- 2) le donne hanno un rischio più elevato di SF come evidenziato dal deterioramento della salute delle ossa, dei muscoli e del microbiota, e il fenotipo dell'obesità osteosarcopenica svolge un ruolo centrale nello sviluppo della SF nella donna (in questo contesto il grasso viscerale è un marcatore precoce);
- 3) la personalizzazione dei piani di trattamento, comprese le considerazioni basate sul genere, promuovono l'equità sanitaria e migliorano il benessere generale.

# 36

	Proteine	Vitamina D	PUFA	Schema dietetico	Esercizio fisico
<b>Mobilità fragile.</b> (individui con SF caratterizzata da riduzione della forza o della velocità di cammino ma senza perdita di peso o facile affaticabilità)	>1,2 g/kg/giorno migliora la capacità di camminare; riduce la mortalità nell'insufficienza cardiaca	La carenza è legata a frattura e fragilità; l'integrazione migliora la mobilità	L'integrazione migliora le prestazioni fisiche	Si consiglia la dieta mediterranea	L'attività da moderata a vigorosa riduce il rischio di caduta, l'invalidità e le fratture
<b>Fragilità senza alterazioni mobilità.</b> (individui con SF caratterizzata da calo ponderale e affaticabilità, senza riduzione della forza o della velocità del cammino)	Le proteine aumentano il peso corporeo; azione antifatica delle proteine del siero di latte	L'integrazione migliora i sintomi di stanchezza	L'integrazione riduce l'affaticamento	La dieta mediterranea migliora lo stato nutrizionale; Un modello alimentare sano riduce la stanchezza	L'allenamento aerobico migliora lo stato nutrizionale
<b>Solo bassa attività fisica.</b> (individui con SF sedentari)	1,0 g/kg/giorno mantiene la massa corporea magra e la funzione	L'integrazione più l'esercizio fisico riduce le cadute	L'integrazione migliora la sintesi proteica	La dieta mediterranea riduce il tempo di seduta	Basso esercizio fisico da solo meno efficace dell'associazione con la vitamina D

**Tabella 1:** Raccomandazioni dietetiche, nutrizionali e di attività fisica in base a diversi sottotipi di SF

## GIORNATA INTERNAZIONALE CONTRO LA VIOLENZA SULLE DONNE

di Laura Baffoni Geo Agostini

**L**A VIOLENZA CONTRO LA DONNA È UNA VIOLAZIONE DEI DIRITTI UMANI ED È UN'EMERGENZA SOCIALE E CULTURALE

che investe anche la sanità per le innumerevoli conseguenze acute e croniche che ha sulla salute della donna, che culminano con il femminicidio, la punta più brutale e visibile dello spettro della violenza di genere.

Il 25 novembre è stato designato dalle Nazioni Unite come la Giornata Internazionale per l'eliminazione

della violenza contro la donna. Molteplici sono le iniziative svolte in tutto il territorio nazionale e nella nostra Provincia, da enti istituzionali, associazioni e gruppi di persone che desiderano impegnarsi per un cambiamento sociale che supporti le relazioni paritarie.

Tra queste, il 24 novembre, il Comune di Morciano ha organizzato un incontro aperto alla cittadinanza dal titolo "La violenza di genere nella comunità" che ha visto la partecipazione attiva della Commissione per le Pari Opportunità

37



del nostro Ordine con tre delle sei relazioni previste dal programma. La violenza di genere non è un fenomeno isolato, al contrario colpisce trasversalmente tutte le donne senza distinzioni e questo incontro aveva lo scopo di sensibilizzare i cittadini al problema, fornendo i dati necessari per comprenderne la complessità, ma anche per mostrare l'ampia diffusione sul territorio della rete di sostegno e di cura della donna che subisce violenza, individuando tre nodi principali: il Pronto Soccorso, il Consultorio e l'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale. Molto importante per il significato di "prevenzione" della violenza è stata la relazione conclusiva incentrata sull'uomo violento e su come aiutarlo/accompagnarlo al cambiamento, e per questo

concludiamo riportando uno stralcio delle riflessioni proprio dell'ultimo relatore, "il contrasto alla violenza di genere è un impegno che, per la complessità dei motivi e delle cause che lo generano, deve mantenere alto il livello di coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti in un lavoro di rete e di sensibilizzazione continua della cittadinanza e delle giovani generazioni.

È fondamentale intervenire nelle scuole, parlare con i giovani e confrontarsi con loro sull'educazione alla vita e alle relazioni sane".

La Giornata per l'eliminazione della violenza contro la donna, rappresenta quindi l'espressione di un cammino comunitario di educazione continua alla parità e all'equità, e di sostegno alle vittime affinché rompano il muro dell'isolamento grazie anche alla comunità attenta che le circonda, sostegno rappresentato dalle splendide gerbere rosse che l'Assessora alle Pari Opportunità di Morciano ha offerto a tutti gli intervenuti.

Il Sindaco ha fatto dono alle relatrici e ai relatori di due xilografie rappresentanti il "Colpo d'ala" di Arnaldo Pomodoro.

Vogliamo concludere utilizzando le parole del sindaco Ciotti in occasione del restauro della splendida opera, affinché come "il Colpo d'ala rappresenta il simbolo della ripartenza e della caparbietà di ciascuno di superare i tempi difficili per tornare a programmare il futuro", tutto ciò che la comunità e gli operatori sanitari e del pubblico servizio operano a diversi livelli per contrastare la violenza e la cultura che la sottende, consenta la ripartenza a tutte le donne vittime di violenza di genere.

Morciano di Romagna | Giornata internazionale contro la violenza sulle donne

---

Programma di domenica 24 novembre



Comune di Morciano di Romagna Assessorato Pari Opportunità

---

Piazzetta Ferri – Inaugurazione della Panchina rossa donata da Cherry Bank. ore 16.00

Sala ex Lavatoio – La violenza di genere nella comunità – Incontro con la cittadinanza. Saluti istituzionali del Sindaco Giorgio Ciotti. ore 17.30

---

**Introduzione all'incontro** – A cura del dott. Geo Agostini (Membro del Centro di formazione Medicina di Genere OMCoO Rimini)  
**La violenza di genere non è solo violenza fisica** – dott.ssa Laura Baffoni (Membro del Centro di formazione Medicina di Genere OMCoO Rimini)  
**La rete di accoglienza delle vittime di violenza, i nodi sanitari.**  
**Il Pronto Soccorso** – dott.ssa Tiziana Penni (Direttrice Pronto Soccorso – Medicina d'urgenza Ospedale Infermi di Rimini)  
**Il Consultorio** – dott.ssa Elisabetta Pillai (Responsabile Area Sociale Interdipartimentale DSDIA e Presidi Ospedalieri Ausl Romagna)  
**L'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale** – dott.ssa Loreley Bianconi (Coordinatrice Centro di formazione Medicina di Genere OMCoO Rimini)  
**Liberiamoci dalla violenza: prevenzione vuol dire accompagnare l'uomo al cambiamento** – dott. Vincenzo Vannoni (Psicologo - Psicoterapeuta, presidente Associazione DIREUOMO-APS)  
**Dibattito e conclusione dell'evento**

# medicina di genere



## DUE IMPORTANTI CONGRESSI NAZIONALI DI M.DI G. NEL 2024

di Loreley Bianconi

**S** I È TENUTO A PADOVA il 3-5 ottobre 2024 il "5° Congresso Nazionale sulla Medicina di Genere" organizzato dal Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere, Presidente la Prof. Giovannella Baggio. Un convegno che si è presentato in continuità con tutti i Congressi Nazionali precedentemente tenutisi a Padova sin dal 2009 quando in pochi sapevano cos'era la Medicina di Genere. Come dice la Prof.ssa Baggio «fu come lanciare un sasso nello stagno» e fu così che iniziò un'importante attività clinica, scientifica, formativa ed informativa oltre che politica. È noto che l'Italia è la prima nazione ad avere una legge sulla medicina di genere, ha creato una rete di collaborazione, è stata sede del Congresso Internazionale e la Prof.ssa Anna Maria Moretti ha ottenuto la Presidenza della International Gender Medicine Society.

In questo 5° Congresso Nazionale di M.di G. sono state affrontate nuove sfide nel campo di molte specialità mediche, nelle scienze precliniche, nella prevenzione, nelle attività delle Società Scientifiche, nell'organizzazione economica-sanitaria, nella Biomedica, dispositivi medici, medicina generale, nell'identità di Genere, nell'intelligenza artificiale ed altro. Per me è stato un motivo di arricchimento aver collaborato al Comitato Organizzativo del Congresso e di aver avuto un ruolo sia di relatrice che di moderatrice nella sessione riguardante la Medicina Generale. Il tema che mi è stato affidato è stato "Il ruolo del MMG nella prevenzione Genere Specifica". Altro importante appuntamento 2024 il 2° Congresso Nazionale Medicina di Genere – Fnomceo: "Il valore delle differenze nella cura" 11-12 Ottobre a Castiglione della Pescaia (GR) organizzato dalla nostra Presidente

39

**VENERDÌ 4 ottobre 2024**

8.30-10.00

**IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

**AULA LUNA**

Moderatrici: **Paola Pasqualini** (Grosseto),  
**Loreley Bianconi** (Rimini)

Il ruolo del MMG nella prevenzione genere-specifica  
**Loreley Bianconi** (Rimini)

del Gruppo di Studio MdG Fnomceo Dr.ssa Paola Pasqualini. Il Congresso è iniziato trattando la problematica riguardante la violenza di genere. Il ruolo del MMG e degli odontoiatri di "sentinella" contro la violenza sulle donne, bambini, anziani, la mancanza di diritti umani, problemi legati alla discriminazione e sopraffazione. Altri temi trattati: luci ed ombre nell'applicazione nelle aziende sanitarie delle linee guida nazionali, farmacologia di genere, incongruenza di genere, ambiente e salute, terapia del dolore, scompenso cardiaco, malattie respiratorie, Intelligenza Artificiale e ruolo del MMG nella medicina generale. Importante è stato incontrare tanti colleghi giovani molti anche universitari che si stanno avviando ed impegnando in questo campo. La medicina non è neutrale e non è asessuata quindi è fondamentale conoscere ed applicare la medicina che valuta le differenze, la medicina di precisione, la medicina vera cioè quella reale. In entrambi i convegni ho sottolineato come sia fondamentale il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) nella prevenzione e nel mantenimento dello stato di salute dei pazienti informandoli, sensibilizzandoli nella gestione del proprio stato di salute, tenendo presente delle differenze

di genere, contestualizzandole nella loro storia familiare e nel reale vissuto. Questo è un punto fondamentale della medicina di famiglia ed è una risorsa del SSN. Quando parliamo di prevenzione in un'ottica di genere ci riferiamo ad un insieme di attività, azioni ed interventi con il fine prioritario di preservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie coltivando una cultura di genere. La prevenzione primaria è in mano nostra perché conosciamo, come nessun'altro operatore sanitario, il paziente, il suo nucleo familiare, la collettività in cui è cresciuto e/o frequenta. L'obiettivo è realizzare una condizione di "salute" ponendo attenzione non solo ad eventuali malattie ma anche ai determinanti di salute a partire dagli stili di vita: alcol, fumo, attività fisica, alimentazione e peso corporeo. Infatti salute e benessere sono influenzati da molti fattori; quelli associati alla salute precaria, alle disabilità, alle malattie o alla morte li conosciamo come fattori di rischio e questi hanno un impatto diverso nel rapporto uomo/donna. Si tratta di una condizione o comportamento che aumenta la possibilità di contrarre una patologia, può essere presente individualmente ma spesso coesistono e interferiscono l'uno contro l'altro. Un esempio è la mancanza di attività fisica che nel tempo può causare l'aumento di peso, pressione arteriosa, aumento dei livelli di colesterolo e trigliceridi, iperglicemia e l'insieme di questi fattori aumentano la probabilità di sviluppare una malattia cardiovascolare ed altri problemi correlati. È importante quindi comprendere le cause e i fattori di rischio all'origine delle malattie per poter fare attivamente prevenzione tenendo sempre presente che questi incidono in modo diverso in rappor-



to al sesso e genere. Ridurre i fattori di rischio significa migliorare la salute in generale, aumentare l'aspettativa di vita in salute e abbassare i costi per l'assistenza sanitaria.

La prevenzione non ha età, si dovrebbe fare dallo stesso momento in cui si nasce fino all'età avanzata. Si ritiene che i primi 1000 giorni di vita siano fondamentali dal punto di vista della prevenzione per stabilire quello che saremo dopo. Nella prevenzione primaria, che attuiamo sul paziente sano potenziando ogni fattore utile alla salute, correggendo o allontanando quelli che possono causare le malattie, noi medici di MG giochiamo un ruolo importante. Si concretizza con l'educazione alla salute, vaccinazioni, correzione di errate abitudini di vita (fumo, alcool), individuazione e correzione di situazioni che predispongono alla malattia, ad esempio obesità. Un momento importante è la presa in carico dell'adolescente nel passaggio dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) al MMG per poter attuare tutte le misure di prevenzione primaria e fare educazione alla salute. Se poi conosciamo la famiglia, ci è nota l'anamnesi familiare, fondamentale nella prevenzione. Occorre monitorare le pratiche vaccinali per Herpes PapillomaVirus (HPV) in entrambi i sessi, non solo nelle adolescenti ma anche nelle donne fertili, mantenere elevata l'attenzione alla contraccezione di barriera per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili e monitorare l'uso di farmaci nelle donne fertili, quindi potenzialmente gravide, evitando quelli a effetto embriotossico così tanto usati in MG senza a volte saperli riconoscere. Gli stili di vita si differenziano nei due sessi e rappresentano quell'insieme di comportamenti e azioni che vengono messi in pratica nella vita di

tutti i giorni e che incidono in modo significativo sulla qualità della vita e sul benessere psico fisico.

Sugli stili di vita - fumo di tabacco, attività fisica, alcool, alimentazione, abuso di sostanze, dipendenze senza sostanze - il nostro ruolo è quello di informare e responsabilizzare, seguendo nel tempo il paziente riguardo l'effetto nocivo che scorretti stili di vita comportano. Effetto, che sottolineo, è sempre maggiore nelle donne e non interessano solo i singoli apparati ma possono essere alla base di molte neoplasie. E' nota infatti la correlazione obesità-neoplasia, alcool e neoplasia mammaria, tanto per ricordarne due. E' altrettanto noto come il fumo aumenti il rischio relativo per infarto miocardico acuto (IMA) con danni maggiori nelle donne, anticipi di due anni la menopausa, aumenti l'aggregazione piastrinica, l'ossidazione di LDL, la diminuzione del HDL ed aumenti i trigliceridi. Le donne fumano sempre di più e questo ha portato ad un allineamento uomo-donna per quanto riguarda il tumore polmonare che è la principale causa di morte per neoplasia negli uomini e la seconda delle donne. Ricordiamo come i costi sanitari e sociali del tabagismo in Italia rappresentano uno dei maggiori problemi di Sanità Pubblica per capire quanto sia importante la prevenzione. Dobbiamo stimolare un corretto "Stile di Vita": mantenere il peso forma, mangiare frutta e verdura di stagione, bere della buona acqua, evitare i grassi saturi, ridurre il consumo di sale e zuccheri, effettuare attività fisica regolare e dormire sette ore per notte. Aggiungo, sapere affrontare e metabolizzare nella maniera migliore lo stress psico-fisico quotidiano. Questi sono punti che io e i miei pazienti costantemente tratta-

mo e discutiamo, anche quando non ci troviamo perfettamente «in linea», tenendo presente che ciascuno di noi è libero di decidere della propria vita, nel momento in cui sono a conoscenza di come questa può improvvisamente cambiare...

spesso dopo qualche giorno ritornano in ambulatorio per chiarimenti saggi! Sono convinta che una buona e corretta comunicazione in MG è fondamentale per un altrettanto buona aderenza farmacologica.

Le donne mangiano di più e camminano meno degli uomini, aumentano di peso in fase pre-menopausale, vengono più spesso in ambulatorio, hanno un maggior accesso ai servizi sanitari, assumono più farmaci, in particolare antinfiammatori (Fans) e ansiolitici, gestiscono i problemi di salute nell'ambito familiare. Quando si ammala la donna è meno trattata con farmaci e meno sottoposta ad indagini diagnostiche. Abbiamo fattori di rischio che in prevenzione primaria possiamo modificare attraverso comportamenti e/o terapie farmacologiche come l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia e questo doverosamente lo dobbiamo fare già prima della menopausa perché rappresentano fattori di morbilità e mortalità globale e sono le principali cause prevenibili di malattia cardiovascolare (MCV). Ringrazio il Dipartimento di Igiene Pubblica della nostra Azienda Romagna di avermi concesso materiale importante riguardante la differenza di genere statisticamente significativa della popolazione in Romagna riguardante il consumo di fumo, alcol, eccesso ponderale, depressione, attività fisica, così come i dati sulle campagne vaccinali dal 2019-2020 fino a quelle 2023-2024 viste sempre con la lente rivolta alle differenze di genere. I dati concessi evidenziano che sono i giovani fra 18-24 anni che

fumano e bevono di più, così come in maggioranza sono uomini con bassa scolarità e con più difficoltà economiche. L'eccesso ponderale è maggiore negli uomini di età 50-69 anni con più difficoltà economiche, bassa istruzione e prevalentemente stranieri rispetto gli italiani. L'attività fisica è maggiore fra gli uomini ma le donne si spostano maggiormente in bicicletta e per piccoli tragitti a piedi. Il nostro ruolo nel programma di prevenzione delle malattie infettive non è piccolo, alcune azioni sono quelle di sensibilizzare il paziente alla vaccinazione, individuare chi vaccinare in base all'età e fattori di rischio, gestire i calendari vaccinali, partecipare alle campagne vaccinali antinfluenzali affiancando i servizi di igiene pubblica raggiungendo in un tempo limitato un grande numero di vaccinati. Quelle che eseguiamo in ambulatorio sono le vaccinazioni antinfluenzali, anti Covid, anti pneumo, anti tetano - difterite - pertosse, anti herpes zoster. I dati concessi dall'Azienda Romagna riguardanti le vaccinazioni sono suddivisi in rapporto alle tre province Ravenna, Forlì-Cesena, Rimini, vengono valutate quelle eseguite da noi MMG, dai PLS, dai Medici Competenti, dall'Igiene Pubblica e dalle Farmacie. I numeri del nostro lavoro ambulatoriale sulla prevenzione primaria riguardante le vaccinazioni sono enormi, il nostro ruolo difficilmente potrebbe essere portato avanti da altre figure perché certi risultati si ottengono grazie ad un rapporto fiduciario con il proprio medico di famiglia ed è questo che incide in un atto che non è dovuto ma che si basa sulla fiducia della persona che si stima. Si evidenziano differenze di sesso, in rapporto al numero di M/F della popolazione romagnola sono i maschi quelli che in percentuale si vaccinano di più. Per quanto riguarda la Prevenzione

secondaria, cioè arrivare ad una diagnosi precoce di malattia, il nostro ruolo è quello di stimolare l'aderenza del paziente ai programmi di screening quali quelli del colon retto (Sof), della cervice uterina (pap test + HPV), della mammella (mammografia).

I dati indicano che l'adesione ai programmi regionale dello screening del colon-retto è bassa ( 50-60%).

In Romagna la proporzione di esecuzione del test risulta pari al 45,7% e si differenziano nelle tre province.

I migliori risultati li evidenziamo nella provincia di Ravenna 49,9%, seguita da Rimini 46,6% poi da Forlì Cesena 37,8% Tutti gli indicatori sono rappresentati sia per la popolazione complessiva che stratificati per genere, residenza, cittadinanza e classi di età per l'intera Ausl Romagna e con dettaglio territoriale. Ne deriva che l'età determina una netta differenza di comportamento verso l'esecuzione del test dove i 60-69enni aderiscono molto di più, anche il livello socio-economico incide infatti è più aderente al programma chi ha una situazione economica con meno difficoltà, poi il livello culturale favorisce chi ha un'istruzione più elevata, la cittadinanza straniera è una forte criticità e diminuisce la probabilità di adesione e ciò può dipendere dalla non abitudine a certi controlli o anche alla

scarsa conoscenza degli screening., in linea generale non si evidenzia una differenza di genere rilevante.

In Regione Emilia-Romagna la partecipazione rimane alta per gli Screening oncologici femminili: 72% l'adesione allo screening mammografico contro il 66% per il collo dell'utero, valori questi che aumentano fino al 85% con gli esami specialistici...

La prevenzione terziaria è rivolta a ridurre la gravità e le complicanze di malattie ormai instaurate e trattate farmacologicamente.

La maggior parte del carico di lavoro in MG è dovuta alla gestione del paziente cronico. La popolazione che invecchia e una lunga aspettativa di vita hanno portato ad un aumento di malattie croniche e disabilità con elevati costi terapeutici.

Ecco perché è importante comprendere le cause e i fattori di rischio, l'origine delle malattie per poter fare attivamente prevenzione ma alla base di questa c'è l'informazione e la successiva presa di coscienza da parte del paziente dei rischi cui può andare incontro in futuro. Il nostro lavoro è tutt'altro che facile!

Teniamo presente l'«inflammaging» con lo scopo di migliorare l'aspettativa di vita e, in particolare, la qualità di vita dei pazienti.





## CAFFÈ E SALUTE: UN RAPPORTO CONTROVERSO

di Maurizio Della Marchina

44

**S**TORIA  
La giornata di (quasi) tutti noi è usualmente scandita dal caffè: dal risveglio mattutino, alle pause lavorative, alla fase postprandiale o come fedele compagno di conversazione.

La sua importanza nel mondo odierno è di certo estremamente evidente, considerando che l'industria del caffè è commercialmente superata solo da quella petrolifera, con un fatturato annuo di oltre ottanta miliardi di dollari e dà da vivere a circa venti milioni di persone!

Non abbiamo un'idea di quando il caffè sia entrato nelle nostre abitudini alimentari, pare comunque che le prime descrizioni della sua presenza ed attività risalgano al X secolo in Etiopia, quando le sue foglie ed i frutti venivano utilizzati masticandoli o lasciandoli in infusione in acqua calda.

La tostatura e la macinatura dei chicchi vennero probabilmente iniziate tra il XII ed il XVI secolo. Le prime piantagioni furono impiantate attorno al Mar Rosso, forse nell'odierno Yemen nel XV secolo ed il loro prodotto veniva imbarcato nel porto di Mocha, da cui derivò il nome (Moka), così come il termine arabo qahwah (vino) diede origine alla parola caffè.

La successiva conquista del territorio di origine della pianta del caffè da parte dell'Impero Ottomano contribuì alla sua diffusione nell'intero Nord Africa e Medio Oriente e, di qui, in Europa. Di ciò furono ben consci i turchi che si appropriarono della sua coltivazione e del commercio.

Grazie ai mercanti olandesi il caffè si diffuse poi nel Sud-Est asiatico, in particolare in Indonesia, ove la sua coltura ebbe straordinaria diffusione. Nel XVIII secolo il caffè sbarcò nelle Americhe, in particolare nel 1720 in Martinica, allora colonia francese e, da parte del nobile Gabriel De Clieu, la sua coltura ebbe sviluppo nelle isole caraibiche e nelle altre regioni dell'America Centrale e Meridionale. Mentre nei paesi di origine e diffusione della pianta il caffè, grazie alle condizioni climatiche ed ambientali ed alla disponibilità di manodopera, ebbe una notevole crescita della produzione,



nell'occidente europeo giunse nel XVI secolo tramite la veneziana via delle spezie e le costanti relazioni con la Sublime Porta Ottomana. I suoi rapporti con la religione musulmana furono all'inizio contrastanti perché assimilato al vino e ad altre bevande e quindi proibito, ma di seguito il bando turco venne a cessare e la sua diffusione fu grandemente facilitata anche nei paesi di sua influenza. Nelle grandi capitali europee sorsero presto le coffee house e le botteghe del caffè, i locali in cui la bevanda veniva somministrata agli abitanti e costituiva una ragione di socializzazione ed incontro, tanto che in Germania nel 1732 Joahann Sebastian Bach scrisse addirittura la "Cantata del caffè", un'operetta umoristica per celebrarlo.

## **COLTIVAZIONE E TRASFORMAZIONE**

La pianta del caffè contiene i semi posti all'interno del suo frutto in misura di due, coperti da una sottile pellicola e sono quelli usualmente noti come chicchi del caffè. Le qualità di caffè usualmente coltivate sono l'arabica e la robusta, più gustosa ed aromatica la prima, di origine etiopica, più amara e ricca di caffeina la seconda, coltivata nello Zaire e di lì diffusa. La lavorazione e la torrefazione dei frutti del caffè costituiscono processi indispensabili per la lavorazione degli stessi che, una volta raccolti, sono assai

deperibili. I metodi utilizzati sono, essenzialmente, quello secco o quello umido e, quando vengono decorticati, i grani costituiscono il "caffè verde", spedito nelle località di destinazione e successivamente trattato secondo le necessità locali. Di seguito viene tostato ad una temperatura di 200-250°, con affioramento in superficie degli oli volatili contenuti nei chicchi e donando ad esso il tipico aroma. L'intensità della torrefazione rappresenta una delle principali caratterizzazioni delle varie produzioni di caffè, con suddivisione in tostatura medio-chiara, media, scura (di impronta americana) mentre ancora più scura è la tostatura italiana e francese e nera è quella dell'espresso. Inoltre, il caffè può essere decaffeinato, per eliminare l'alcaloide caffeina che agisce da stimolante con effetti su cervello, cuore e sistema circolatorio, polmoni, apparato digerente e stimolo sul sistema nervoso centrale con insorgenza di insonnia. Infine il caffè va macinato per permettere all'acqua di estrarre più compiutamente l'aroma ed il gusto desiderati.

## **LA DEGUSTAZIONE**

Il caffè, analogamente al vino, viene valutato e degustato, descrivendone l'aroma, che costituisce il primo impatto sensoriale della tazzina del caffè, descritto come forte,



moderato, delicato, nocciolato, fragrante, etc. Ulteriori valutazioni descrivono l'acidità del caffè, il suo corpo (pieno, medio, leggero...) il sapore, o carattere suddiviso in diversi componenti che costituiscono un unicum complesso ed equilibrato. Infine si apprezza il retrogusto che rimane in bocca dopo avere deglutito la bevanda, proporzionale al suo corpo. La preparazione del caffè prevede l'utilizzo di svariate attrezzature quali la macchina da espresso, la moka e la napoletana, utilizzate in Italia, mentre negli altri paesi sono di più frequente utilizzo la caffettiera elettrica a filtro, quella a stantuffo, la cona, il jezve o l'infusione a freddo. Il caffè espresso, di impronta tipicamente italiana è caratterizzato dall'uso di chicchi ben tostati, scurissimi e macinati assai finemente ed usati con la pressione per avere una bevanda molto concentrata ed aromatica. Rammentiamo, solo per completezza, alcune definizioni di espresso, quali il doppio espresso, il macchiato, il ristretto, l'americano, il marocchino, l'espresso con panna, il bicerin, il corretto, la moretta, il caffè d'orzo, il cappuccino.

## CAFFÈ E SALUTE

Strani e controversi rapporti fra caffè e salute si sono accavallati nel tempo, nel secolo scorso veniva spesso considerato come una sostanza tossica, da maneggiare con cautela in quanto era responsabile di stati di eccitazione psicomotoria, mentre in dosi contenute i suoi effetti erano simili a quelli di una medicina. In tempi più recenti gli effetti della caffeina sul sistema circolatorio e su quello nervoso, nonché sul ritmo sonno-veglia sono stati acclarati, rimarcandone l'azione stimolante su cuore, circolo e respiro e la cautela da osservare negli ipertesi e ei

coronaropatici. A fronte di ciò si sono poste le azioni positive di riduzione del rischio di diabete tipo 2, sulle prestazioni fisiche ed antiasteniche. Pare che gli antiossidanti, i fitoestrogeni ed il magnesio contenuti nella bevanda siano i maggiori responsabili delle sue azioni, per la più parte riconducibili agli effetti della caffeina, ritenuta la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata al mondo. La caffeina è una metilxantina che viene assorbita completamente entro 45 minuti dalla sua ingestione con un'azione di picco fra i 15 minuti e le due ore. L'età influisce decisamente sulla sua emivita che varia fra 2.5 e 4.5 ore ed è notevolmente condizionata da altri fattori esogeni come il fumo, che ne accelera il metabolismo e ne riduce l'emivita del 50%. I contraccettivi orali ne raddoppiano i tempi di dimezzamento, così come la gravidanza. Le sostanze farmacologiche (chinolonici, cardiovascolari, broncodilatatori ed antidepressivi) sembrano esercitare un prolungamento della sua emivita essendo metabolizzate dagli stessi enzimi epatici. Inoltre, superando la barriera ematoencefalica, tende ad inibire i recettori adenosinici ed a ridurre la stanchezza, aumentando la prontezza e diminuendo i tempi di reazione e la tendenza alla depressione. E' importante considerare che gli effetti acuti dell'assunzione di caffeina possono essere notevolmente differenti da quelli di lunga durata, per l'insorgenza di tolleranza a questo componente. Un ultimo, ma non per importanza, effetto della caffeina sull'organismo è la sua influenza sull'ipertensione arteriosa, visto che la somministrazione di 200-300 mg di caffeina tendono ad indurre un incremento della pressione arteriosa sistodiastolica

rispettivamente di 8.1 e 5.7 mm hg. Questo incremento insorge durante la prima ora dalla somministrazione e dura non più di 3 ore. Sugli effetti della somministrazione di una tale sostanza sul SNC si è scritto molto, ma ultimamente si sono particolarmente valutati i suoi effetti in particolare sul declino cognitivo, giungendo alla conclusione che l'assunzione di più di tre tazze quotidiane è correlata ad un più evidente ed accelerato deterioramento delle performances cognitive, incluso il ragionamento astratto, quello complesso ed il pensiero logico.

La Alzheimer's Association International Conference nel 2024 concludeva, salomonicamente, che ogni eccesso di assunzione di una sostanza psicostimolante come il caffè è da evitare, mentre la sua moderata assunzione sortisce effetti positivi.

Comunque, uno studio effettuato su 8451 anziani di età media 67,8 anni effettuato nel Regno Unito

ha posto in evidenza come un elevato apporto di caffè (4 o più tazze al dì) sia correlato ad un più accelerato declino psichico, mentre una più modesta assunzione della bevanda pare correlarsi ad un effetto di protezione nei confronti del declino cognitivo. Pure non avendo conclusioni definitive sembra che questa azione positiva sia correlabile a differenti meccanismi sia a livello molecolare (sulla tossicità amiloidea) che a livello comportamentale (sui pattern sonno-veglia). Resta comunque da evidenziare come queste osservazioni possano venire inficiate dal fatto che l'assunzione di caffè viene spesso valutata con parametri soggettivi, così come la sua quantità, qualità e modalità di preparazione.

Restiamo comunque convinti della sua importanza e della sua utilità nell'uso quotidiano e dell'insostituibile ed ineguagliabile piacere che ci dona l'inebriante suo profumo al mattino al risveglio e l'energia psicofisica da lui stimolata!

# 47



# medici ma non solo



## L'ULTIMA FATA

di Selene Catena

48

**E**INTRÒ NEL SALONE ANNASPANDO, TUTTA ROSSA IN VISO.

Ma dico io, proprio oggi dovevo svegliarmi in ritardo? Io che tutte le mattine apro gli occhi prima che il sole si ricordi di sorgere?

Niente. Si era riaddormentata, e quando aveva riaperto gli occhi la lancetta corta aveva già inesorabilmente superato le otto.

I capelli tutti arruffati le formavano sulla nuca una sorta di imbarazzante nido improvvisato. Le palpebre gonfie, il cuore che batteva all'impazzata, afferrò i jeans dalla poltrona e ci entrò dentro, mentre con lo sguardo rovistava nell'armadio in cerca di un'ipotetica soluzione stilistica che le permettesse di rimediare decorosamente e in fretta all'attuale nudità.

Invocata, invano, approvazione nello specchio dell'ascensore, si ritrovò in strada, irrimediabilmente in ritardo. Riuscì a varcare la soglia del palazzo, trafelata, proprio nel momento in cui l'ultima delle altre dodici fate, già presenti, linde e pinte con le loro trine inamidate e le guance rosa, aveva finito di dispensare il proprio dono alla tenera infante.

Bellezza, saggezza, intelligenza, dolcezza, pazienza, generosità, coraggio, gentilezza, salute, longevità, eleganza, buon senso.

Nel cesto dei regali, non c'era qualità che la bambina non avesse ricevuto in dono. E ora gli occhi di tutti erano puntati su di lei, sulla fata ritardataria, sulle sue guance rosse, sui suoi piedi scalzi e sulle sue mani vuote.

Non aveva portato niente.

Un fascio di luce entrò in quel momento da una delle grandi finestre del salone. E cadendo sul pavimento, dopo aver giocato con uno dei pendenti di cristallo del lampadario centrale, si smembrò in un perfetto arcobaleno, proprio vicino alla culla. L'ultima fata sentì allora i propri piedi muoversi decisi verso la bimba. Sentì le proprie braccia prenderla e, sollevandole la testa, mostrarle quel miracolo fugace.

Così, con questo gesto, l'ultima fata le porse il proprio dono:

il dono invisibile della meraviglia, il cui sguardo l'avrebbe ovunque accompagnata per il resto dei suoi giorni.



## RAGGIO DI SOLE NELLA NEBBIA

di Giovanni Cananzi

**S** CORRE COME DI CONSUETO LA GIORNATA NELLO STUDIO.  
Lavori complessi, ansia da gestire per il paziente e l'operatore, problemi organizzativi, l'infelicità che il paziente ti vuole raccontare che ti resta addosso come lo zucchero filato in un giorno di vento.

Normale vita di un odontoiatra che cerca, al di là dell'ovvio tecnicismo, di aprire un canale di comunicazione e condivisione, bellissimo e pericoloso. Poi arriva Ginevra (nome di fantasia) bimba che non ha paura e che non va via finché non ha finito un disegno. Senti i passi nel corridoio e una manina ti passa l'universo con gli occhi di una bimba: una casa che danza con dei cuori come farfalle che volano ovunque, una luna che è un mezzo cuore e stelle che volano senza peso in una realtà sospesa in cui non c'è la terra, e un fiore nasce dal foglio.

*Grazie bimbi il futuro sarà, comunque, bellissimo.*

49



## **GABRIELE BRONZETTI NEL CUORE DEGLI ALTRI**

Edizione Aboca

di Giancarlo Cerasoli, scuola di storia della medicina  
dell'ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri di rimini

50

**G**ABRIELE BRONZETTI è nato a Rimini, a San Giuliano, nel 1964. Diplomatosi perito agrario a Cesena ha poi fatto il barista e il cameriere nella sua città per poi laurearsi in Medicina e Chirurgia all'università di Bologna e specializzarsi in Cardiologia nel 1997. Questa scelta è motivata dal fatto di avere seguito le vicende del padre Bruno, cardiopatico, deceduto per scompenso cardiaco dopo avere peregrinato in molti ospedali, da Torino a Bologna. Ha scritto uno spettacolo teatrale intitolato "Figli di un DIA minore" rappresentato a Rimini, al teatro degli Atti nell'ottobre del 2010. In questo suo libro guida il lettore alla comprensione di ventuno patologie cardiache, una per ciascun capitolo. Per i medici si tratta di una maniera nuova ed efficace per trovare le parole con le quali arrivare al cuore e al cervello dei pazienti attraverso un linguaggio che racconta cosa succede durante le malattie attraverso informazioni che provengono, oltre che dai testi scientifici, da più fonti: la letteratura (più di una settantina di autori: dai classici russi, inglesi e francesi, ai contemporanei, passando per Dante e Shakespeare), la musica (più di quaranta brani: dalle

canzonette di Casadei, Jovanotti e Vasco Rossi agli album dei Pink Floyd, Led Zeppelin, Elton John, Beatles e altri, alle opere liriche e sinfoniche), le arti visive (dai dipinti di Raffaello, Piero della Francesca, Botticelli, fino a Klimt, Frida Kahlo e Diego Rivera) e il cinema (una ventina di film tra i quali predominano quelli girati da Kubrick, Wenders, Fellini, Leone, Ford, Fellini e Bergman).

In queste pagine le radici riminesi di Bronzetti sono ben presenti, come ha sottolineato lui stesso durante la partecipatissima presentazione al cinema Fulgor il 18 novembre scorso, organizzata proprio dall'Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri della città. Francesco, il paziente cardiopatico la cui storia fa da trama sotterranea ai capitoli del libro, è nato da una madre di Rimini, città che è «a metà strada tra Ancona e Venezia», come dice Alain Delon ne *La prima notte di quiete* di Valerio Zurlini e che è soprattutto «la città natale di Fellini».

Il titolo del libro doveva essere *Cardiorama 21*, anagramma di *Amarcord*, e 21 è il peso in grammi del cuore di un neonato a termine e la supposta differenza di peso del corpo tra il prima e il dopo la morte.

Tra le pagine fa capolino anche

Zanza il “re dei playboy” della riviera romagnola, morto mentre era impegnato in un amplesso all’interno di un fuoristrada giapponese nella periferia di Rimini e la sua “petite mort” dà lo spunto all’autore per sottolineare l’importanza di predisporre defibrillatori sul territorio e insegnare come utilizzarli a più persone possibili.

E altri riferimenti alla sua città sono disseminati nel testo. In questo agile testo Bronzetti sa insegnarci,

con discrezione, alcuni modi per comunicare meglio con i pazienti, nella convinzione che ogni visita dovrebbe essere un incontro capace di cambiare in meglio la vita di medici e malati, un’occasione nella quale i “pazienti in cerca di dottore” possano trovare chi li aiuta a comprendere qual è la loro parte nel gran teatro del mondo e a cercare di migliorarla, anche grazie ai suggerimenti della scienza medica moderna.

51



18 novembre  
ore 18:30

**Cinema Fulgor,  
Corso d'Augusto**

**Rimini**

Presentazione del libro

*Nel cuore degli altri*  
**di Gabriele Bronzetti**

Saluti di

**Maurizio Grossi**,  
Presidente OMCeO di Rimini

Introduzione di

**Mario Bartolomei**,  
Cardiologo, Direttore della Scuola di Etica  
Medica di Rimini

Dialoga con l'autore

**Antonio Riccardi**,  
Direttore editoriale di Aboca Edizioni

**Firmacopie con l'autore e aperitivo**

**Ingresso libero**



Scuola  
di Etica Medica  
di Rimini





## ARSENICO E ALTRI VELENI

...nonché remote, personali esperienze.

Beatrice Del Bo

Edizione Il Mulino

di Mauro Giovanardi

52

**I**L VELENO, oltre a essere un classico elemento del nostro immaginario sul Medioevo, rappresentò all'epoca una presenza e una minaccia continua, quasi quotidiana. Intorno all'argomento Beatrice Del Bo - docente di Storia economica e sociale del Medioevo e Didattica della storia nell'Università degli Studi di Milano - costruisce un documentatissimo saggio in cui passa in rassegna un'ampia lista di sostanze (arsenico in testa e poi mandragola, belladonna, funghi vari...) vere o presunte venefiche, nonché di animali e creature velenose reali (scorpioni, rospi e serpenti) o immaginifiche come il basilisco. E poi i rimedi, non di rado fantasiosi o ammantati di un'aura di magia (vedere alla voce genitali di castoro o polvere di unicorno) spesso disgustosi da trangugiare, peggiori dei mali che intendevano curare e comunque quasi sempre privi di ciò che noi oggi definiremmo "un razionale". E qui entrano in ballo prepotentemente la nostra categoria e quella degli speciali, perché medici e speciali che, secondo la scienza del tempo, conoscevano le caratteristiche e le potenzialità, tanto letali quanto curative di veleni e rimedi, erano spesso, a torto o ragione, i primi indiziati come fornitori o addirittura somministratori della sostanza venefica in caso di morte per sospetto avvelenamento di qualche loro malcapitato cliente. Beatrice Del Bo, inoltre, offre un'am-

pia rassegna di avvelenamenti per così dire popolari ma anche di come il *veneficium* fosse una vera ossessione di "re, imperatori, papi, signori e principi" al punto da indurli a spendere cifre folli per procurarsi il corno di unicorno, un suo frammento o la sua polvere - considerati rimedi potentissimi - o da indurre Gregorio X (papa dal 1271 al 1274) a istituire apposito cerimoniale di *praegustatio*, da parte di vari assaggiatori, tanto del pane e vino della celebrazione liturgica quanto del proprio pasto; pratica, a quanto ci assicura Del Bo, rimasta in auge fino al XIX secolo e abolita ufficialmente solo nel 1968 (!) da papa Paolo VI. Nonostante tanta cautela, i veleni disseminarono di morti più o meno illustri, più o meno accidentali, tutto il Medioevo tanto da rappresentare quasi un titolo di accresciuta nobiltà per quei potenti che patirono l'avvelenamento riuscendo a sopravvivere e se, leggendo, finiremo per sorridere sull'ingenuità di affidarsi a certi mezzi di precauzione e prevenzione pensiamo che da centinaia d'anni e ancora oggi - e sottolineo oggi, A.D. 2025, e non nel Medioevo! - si conia una medaglia detta di San Benedetto ritenuta capace di scacciare il demone e proteggere dall'avvelenamento. Sta a cuore all'autrice sfatare almeno due false, ma radicate credenze: che a servirsi del veleno per i propri perfidi scopi fossero principalmente le donne (vedere in proposito le belle pagi-

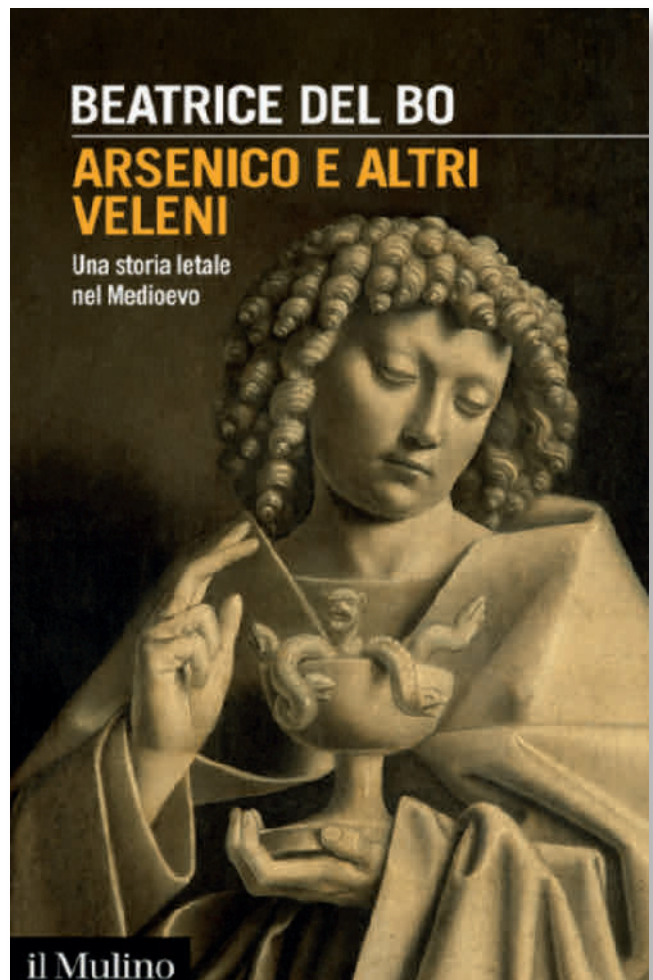
ne dedicate a Lucrezia Borgia) e che il mezzo avesse costi così ingenti che solo le classi ricche e nobili potevano permetterselo, mentre al contrario una ricca documentazione dimostra come fosse facilmente disponibile ed economicamente accessibile anche alle classi popolari. A rendere piacevole la lettura contribuiscono le cronache del tempo su vari avvelenatori e avvelenatrici, il riferimento a personaggi storici che non t'aspetti in veste di divulgatore "scientifico" di prodigiosi rimedi, come Caterina Sforza, nonché la lunga lista di curiosi, fantasiosi e non di rado perniciosi rimedi. A dimostrazione, infine, che certe tradizioni non si sono del tutto perse, ma in alcune zone sopravvivono ancora oggi - o almeno fino all'altro ieri - consentitemi un aneddoto personale riemerso alla memoria grazie alla lettura, in particolare, delle pagine dedicate ai serpenti e ai loro veleni. Anni fa, durante una vacanza estiva in Val di Fassa ho dovuto sostenere una curiosa sfida, assieme a un amico e collega radiologo, che molti di voi conoscete e avete professionalmente e umanamente apprezzato. Al termine di una lunga escursione, ci trovammo a pranzare presso il Rifugio Monzoni, gestito allora da un personaggio a dir poco singolare e, dopo un pasto tipico e abbondante, ordinammo un classico di fine pasto montanaro: la grappa locale. Il gestore del rifugio, oste dai modi spicci come si conviene lassù (sia detto con sincero apprezzamento) un po' per montanara cortesia, un po' per sfida, pose al centro del tavolo una bottiglia dicendo che le grappe sarebbero state offerte... se avessimo avuto il coraggio di berle. "E che ci vuole?", pensammo, prima di renderci conto che dentro la bottiglia, immersa in un liquido che l'oste asseriva essere grappa, stava una vipera a corpo intero, avvolta nelle sue spire e perfettamente conservata.

Potevamo non raccogliere la sfida? Rapido sguardo d'intesa, sorrisino un po' tirato, allungammo i bicchieri che furono "generosamente" riempiti e sotto lo sguardo dell'oste, che mi piace pensare un po' ammirato da tanto coraggio, trangugiammo d'un fiato l'amarissimo "digestivo".

...Nel Medioevo, tra la prova dell'assaggiatore e la consumazione del pasto da parte del signore, si prescriveva che trascorresse almeno un'ora, dopodiché cibo e bevande, se fosse sopravvissuto l'assaggiatore, si sarebbero potute considerare sicure. Ebbene, trascorsa la faticosa ora, ci ritrovammo ancora in vita tanto che entrambi abbiamo raggiunto felicemente l'età della pensione.

*Buona lettura!*

53





## RECENSIONI BREVI

di Mauro Giovanardi

54

### **CODICE ROSSO**

*Milena Gabanelli e Simona Ravizza*  
Ed. Fuori Scena

**U**NA FOTOGRAFIA della professione medica e delle professioni sanitarie sostenuta da dati e numeri ricavati da Osservatori ufficiali o usciti da cassette in cui avrebbero invece dovuto rimanere chiusi, sulla cui interpretazione si può talvolta discutere ma di cui è difficile mettere in dubbio l'attendibilità.

Scritto col ritmo di una inchiesta di *Report* - e non poteva essere altrimenti visto il nome di una delle autrici - affronta problematiche non certo sconosciute a chi opera in Sanità, ma che restano temi caldi e, per molti aspetti, irrisolti: programmazione degli accessi alla Facoltà di medicina e alle Scuole di specializzazione e di formazione per la M.G., rapporto con la professione infermieristica, liste d'attesa, adeguatezza e sicurezza delle apparecchiature diagnostiche, rapporto pubblico e privato (dove in determinati casi, legati alle cifre dei rimborsi, le ragioni del business prevalgono sulla corretta indicazione e generano colpevoli *overtreatment*), per finire con le assurdità burocratiche, le pecche e le carenze dell'assistenza agli anziani e alla non autosufficienza.

### **SCIENZIATE.**

#### **STORIE DI VITA E DI RICERCA.**

*Elena Cattaneo* - Raffaello Cortina ed.

**L**A PROF.SSA ELENA CATTANEO è un'apassionata ricercatrice, insignita della carica di senatrice a vita per i suoi meriti scientifici ed è, possiamo dire, un'amica del nostro Ordine, ai cui eventi ha presenziato più volte offrendo lustro e importanti contributi. Il suo ultimo libro racconta una sorta di rivoluzione silenziosa, quella di donne entrate da protagoniste in campi scientifici ritenuti tradizionalmente maschili, per affermare che non ci sono discipline per donne e per uomini e dimostrando nel contempo che il divario di genere non è conseguenza di una mancanza di inclinazione o di ambizione da parte delle donne, ma un retaggio reale che esiste da secoli e pervade ancora oggi la vita delle donne. Un divario che di fatto rappresenta un danno per la ricerca, a causa delle potenzialità perse e di conseguenza dei contributi mancati. Contro questa mentalità l'autrice si propone di accompagnare il lettore in un viaggio che attraverso le voci delle protagoniste esplora ambiti di studio diversi "con l'obiettivo di accrescere la consapevolezza collettiva sul contributo delle tante scienziate alla crescita culturale, scientifica, sociale del paese".

**IL CORPO, UMANO.**

Vittorio Lingiardi - Ed. Einaudi

**R**ACCONTARE IL CORPO UMANO, simbolicamente smembrandolo nelle sue parti, apparentemente controcorrente rispetto ai dettami della medicina olistica, non è operazione nuova. Ho in mente almeno altri due titoli letti e recuperati dagli scaffali della mia libreria, che nascono dalla medesima ispirazione e che ugualmente consiglio: *Organi vitali* di F. Gonzales Crussi, Adelphi 2009 - che Lingiardi cita ripetutamente in bibliografia - e *Anatomie. Storia culturale del corpo umano* di H. Aldersey-Williams, Rizzoli 2013. La particolarità del libro di Lingiardi - psichiatria e psicoanalista, ordinario di Psicologia dinamica presso la Sapienza di Roma - sta nell'approccio pensoso, espresso fin dal titolo da quella virgola che

impone una pausa di riflessione e che l'autore ci racconta così: "Ho voluto attraversare il corpo, organo, per organo, per costruire una creatura composita e personale, fatta con le mie curiosità, le mie conoscenze, le mie idiosincrasie". I tre capitoli in cui è suddiviso (*Il corpo ricordato, Il corpo dettagliato, Il corpo ritrovato*) sono concepiti come un percorso a tre stanze in cui entrare, da cui uscire per entrare nella successiva o tornare indietro volendo. Un percorso ricco di riferimenti autobiografici - che inevitabilmente stimolano il lettore a far riemergere i propri - di spunti letterari, filosofici e di riferimenti al corpo nei modi del linguaggio comune. Arrivati alla fine, al capitolo del *Corpo ritrovato*, ricostruito nel racconto e nell'ascolto e nella relazione di cura, sarà chiaro una volta di più, il principio aristotelico secondo cui "il tutto è maggiore della somma delle sue parti".

55

Milena Gabanelli  
Simona Ravizza

**CODICE  
ROSSO**

Come la sanità pubblica  
è diventata un affare privato



Elena  
Cattaneo

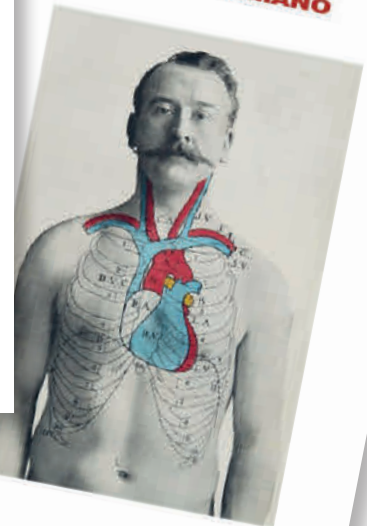
**Scienze**

STORIE DI VITA  
E DI RICERCA



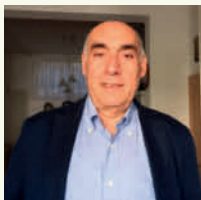
Raffaello Cortina Editore

VITTORIO LINGIARDI  
**CORPO, UMANO**



EINAUDI

# semiseria... mente



di Saverino La Placa

## 56

### INDOVINELLO

Come si chiama quell'oggetto che appassiona molte persone, nonostante cerchino di tenersi il più lontano possibile da lui, conservandone il controllo?

### GIOCO CON NUMERI

Una mattina, Valentina è uscita di casa con una banconota da 100 €.

Nel corso della giornata, ha speso:

30 €	per il pranzo	e le sono rimaste	70 €
40 €	per la cena	e le sono rimaste	30 €
20 €	per il cinema	e le sono rimaste	10 €
10 €	per le sigarette	e le sono rimaste	0 €

---

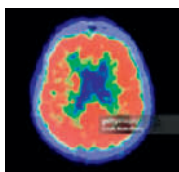
100 € in totale

110 € in totale

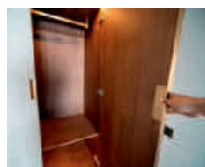
Come si spiega la differenza tra i due totali?

### REBUS (7, 8)

FA



L



*Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero*

#### SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

Spiegazione dell'indovinello: "La risposta corretta è "Il Pendolo".

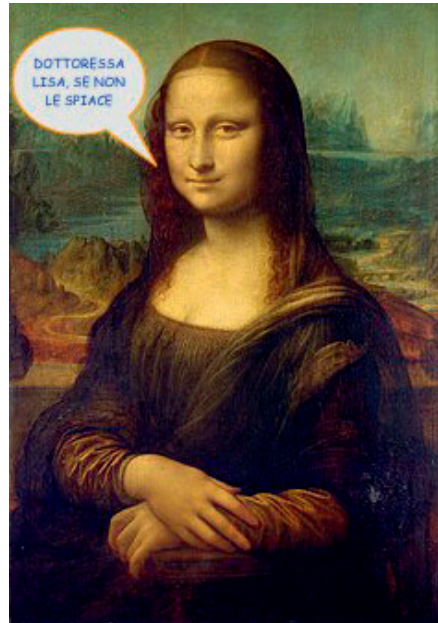
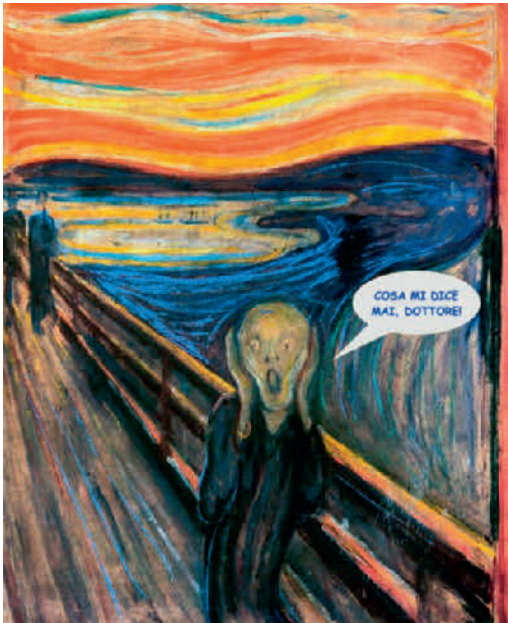
Spiegazione del rebus: "P" "ASTA" "CONI" "PISTACCHI" (Pasta con i pistacchi).

Spiegazione del gioco con numeri:

"I  $\frac{3}{4}$  di 240 sono 180. Perciò, il numero richiesto è 60 ( $60 \times 3 = 180$ )."



**SE I QUADRI  
POTESSERO PARLARE**  
di Fabio Bruscoli



57





## SEI MESI DI EMOZIONI E INIZIATIVE: LE STORIE DI A.M.M.I. RIMINI – DONNE PER LA SALUTE

di Giovanna Tommasini Grossi

58

**N**egli ultimi mesi l'Associazione ha vissuto un periodo di dinamismo, con una serie di eventi e iniziative che hanno contribuito a rafforzare il nostro impegno verso la comunità e i valori che ci contraddistinguono. In questo articolo, ripercorriamo i momenti salienti.

e funzionalità in un abbraccio perfetto, testimoniando la versatilità di un uomo capace di lasciare il segno in numerosi ambiti, dall'architettura al design industriale, dalle ceramiche agli arredi. Camminando tra i suoi lavori, era impossibile non restare colpiti dalla sua capacità di dare nuova vita a forme, materiali e colori, rendendo ogni creazione un capolavoro unico nel suo genere. "Impari le cose fatte con le mani. Nulla che non sia prima nelle mani." Questa è una celebre citazione dell'architetto e designer Gio Ponti (Milano, 1891 – 1979). Con queste parole, Ponti esprimeva la sua convinzione che ogni creazione nasca dalla manualità, dall'esperienza diretta con il materiale, come un'artista che plasma la sua opera con l'intuizione e il cuore.

**GIO  
PONTI**

CERAMICHE 1922 – 1967

Circa duecento opere  
dell'inventore del Mads in Italy



MIC FAENZA  
17 MARZO  
13 OTTOBRE 2024



### OTTOBRE 2024 VISITA GUIDATA ALLA MOSTRA "GIO PONTI. CERAMICHE 1922 – 1967"

La visita alla mostra di Gio Ponti presso il MIC (Museo Internazionale della Ceramica) a Faenza è stata un'esperienza che ha preso la mente e lo spirito, immergendoci nell'universo creativo di uno dei più straordinari architetti e designer italiani del XX secolo. Passeggiando tra le sue opere, siamo stati avvolti dalla magia di un design che riesce a unire estetica





Nel mese di ottobre, in occasione della **Giornata Nazionale AMMI 2024**, abbiamo avuto l'opportunità di riunirci all'Hotel Villa Adriatica per approfondire un tema di grande attualità: **"Il Ruolo dell'Intelligenza Artificiale in Sanità e Medicina: conoscere vantaggi, limiti e rischi nell'uso dell'Intelligenza Artificiale (AI) nella pratica clinica, nella ricerca e nell'organizzazione dei servizi sanitari"**. La relazione, affidata al Dott. Jonathan Montomoli, Medico Rianimatore presso il reparto di Anestesia e Rianimazione all'Ospedale Infermi di Rimini, ha offerto uno spunto di riflessione fondamentale. Con il suo intervento, il Dott. Montomoli ha messo in luce l'importanza di un approccio consapevole e responsabile nell'utilizzo della AI, sottolineando come l'innovazione tecnologica debba sempre andare di pari passo con il ruolo insostituibile del medico e degli altri operatori sanitari. L'Intelligenza Artificiale, ha spiegato Montomoli, rappresenta uno strumento potente che, se gestito correttamente, è in grado di rivoluzionare la qualità delle cure e migliorare l'efficienza dei sistemi sanitari. Tuttavia, l'utilizzo dell'AI deve essere sempre accompagnato da un'attenta supervisione umana, da rigorosi standard etici e da una formazione adeguata per i professionisti del settore. La chiave del futuro, secondo Montomoli, sta nell'integrare l'AI nel sistema sanitario in modo che possa supportare i medici, anziché sostituirli. Solo così l'innovazione potrà davvero migliorare la cura dei pazienti, senza mai compromettere l'umanità che è alla base della medicina.

**25 NOVEMBRE:  
UNA DATA CHE NON DIMENTICHIAMO MAI. LA GIORNATA INTERNAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE È UN APPUNTAMENTO CHE OGNI ANNO, CON IMPEGNO E PASSIONE, AMMI – RIMINI CELEBRA.**

Quest'anno, per onorare questa giornata di riflessione, abbiamo scelto di affrontare il tema della violenza di genere con un approccio diverso: quello della letteratura, un potente strumento per sensibilizzare e scuotere le coscienze. In collaborazione con la Provincia di Rimini, abbiamo organizzato un incontro che ha visto come relatrice Lia Celi, scrittrice e giornalista, che ha tenuto una conferenza dal titolo provocatorio e affascinante: *"La vendetta delle sepolte vive: Carolina Invernizio, la pioniera del noir dalla parte delle donne."* Carolina Invernizio, una figura dimenticata dai più, fu la scrittrice più letta nell'Italia post-unitaria. Con una penna tagliente, capace di mescolare il sangue dei crimini più sconvolgenti con l'emozione pura, ha scritto storie che rapivano il pubblico: moderne fiabe nere che non solo incantavano, ma anche facevano venire i brividi. La sua scrittura era un mix di evasione,

59



ma anche di paura e tensione, rispecchiando il desiderio di un'Italia che cercava qualcosa di più da una realtà tanto dura. Quello che rende Carolina Invernizio una figura unica è la sua capacità di parlare di donne intrappolate in relazioni violente. Le sue storie non erano semplicemente racconti di paura, ma riflessioni profonde sulla condizione femminile. In un'epoca in cui le donne erano spesso ridotte al silenzio, le sue parole hanno dato voce a quelle che non potevano o non volevano parlare. Le sue opere, pur ambientate in un contesto storico lontano, sono ancora oggi incredibilmente moderne. Raccontano di donne fragili, costrette a subire violenze fisiche e psicologiche da mariti, amanti, o altre figure di potere. Ma non si fermano alla sofferenza: le protagoniste delle storie di Invernizio non sono solo vittime. La loro forza risiede nel lento ma potente processo di consapevolezza che le porta, in alcuni casi, a lottare per la propria libertà. Eppure, in molte delle sue opere, la tragedia rimane una compagna costante, simbolo della lotta dolorosa per l'emancipazione in un mondo che sembrava non voler cambiare. La visione di Carolina Invernizio è, purtroppo, uno specchio di una realtà di sopraffazione, ma anche una luce fioca di speranza. Una speranza che, seppur tragica, ci spinge a non dimenticare e a continuare a lottare per un futuro in cui le donne non siano più vittime, ma protagoniste di una storia di riscatto e libertà.

Con l'arrivo del **Natale**, anche quest'anno ci siamo ritrovati per vivere insieme un momento speciale, all'insegna della gioia e della condivisione. Il Natale, da sempre simbolo di speranza e di unione, è il momento perfetto per fermarsi e celebrare la bellezza della compagnia, e quale modo migliore di farlo se non con il nostro tradizionale Pranzo degli Auguri? Anche quest'anno, abbiamo scelto il Ristorante Quarto Piano di Rimini, dove l'atmosfera accogliente e festosa si è subito fatta sentire. Ma prima di iniziare il pranzo, abbiamo deciso di rendere ancora più speciale l'incontro con un momento dedicato alla poesia. Lorenza, Maddalena e Giovanna hanno recitato i versi di poeti indimenticabili come Giuseppe Ungaretti, Eugenio Montale e Alda Merini, la cui parola potente e delicata ha saputo toccare i cuori di tutti noi. Le loro poesie, in un gioco di emozioni, ci hanno trasportato in un mondo di sentimenti profondi, ricordandoci quanto sia importante fermarsi e ascoltare la bellezza che ci circonda, soprattutto nei giorni più significativi dell'anno. Uno dei valori chiave dell'Associazione AMMI è la Solidarietà, ed è con questo spirito che abbiamo deciso di dare il benvenuto al nuovo anno. Domenica 19 gennaio, la Chiesa di Santa Maria Ausiliatrice è stata il palcoscenico di un evento speciale: il concerto

**"La Santa Allegrezza"**. Una performance musicale straordinaria che ha incantato il pubblico, grazie alla magia del Coro "Il Corone" e del Septet Ensemble. Questo evento non solo ha regalato un'esperienza culturale unica,



ma ha anche avuto un grande valore solidale, poiché è stato organizzato per sostenere l'Associazione di Volontariato "Crescere Insieme", a cui ha contribuito con una propria donazione AMMI – Rimini – Donne per la Salute.



Per celebrare il Carnevale, non poteva certo mancare una serata speciale in pizzeria, accompagnata da un entusiasmante sorteggio a premi! Un'occasione perfetta per divertirsi, ma anche per fare qualcosa di concreto: raccogliere fondi per dare vita ai nostri progetti futuri. Un sentito grazie a tutte le Socie e amiche che ci hanno supportato con il loro entusiasmo e generosità.



## 8 MARZO 2025 GIORNATA INTERNAZIONALE DELLA DONNA

Giovedì 6 marzo, presso la Libreria Feltrinelli di Rimini, abbiamo organizzato un pomeriggio speciale in occasione della Giornata Internazionale della Donna, dedicato alla presentazione del libro "*Alba de Céspedes è una donna che vi parla, stasera*", con una prefazione curata da Valeria Paola Babini.

L'autrice, Valeria Paola Babini ci ha onorato della sua presenza e ci ha immerso, con la sua presentazione, in un'opera che non solo racconta, ma invita a una meditazione sul ruolo delle donne, sulla loro lotta per l'emancipazione e sul loro impegno. Un viaggio che si intreccia con la storia del Novecento, in particolare con gli anni della Resistenza.

"*Alba de Céspedes è una donna che vi parla stasera*" non è solo una testimonianza autobiografica, ma una riflessione intima e universale sulla condizione femminile. Dai microfoni delle radio libere di Bari e Napoli, con lo pseudonimo di Clorinda, Alba de Céspedes racconta le difficili scelte di una donna che lotta per affermare la propria identità in un mondo che spesso non vuole ascoltarla.

Un libro che, pur ambientato in un passato ormai lontano, offre spunti di riflessione su temi ancora oggi più che mai attuali:

autonomia, lotta contro le discriminazioni e il riconoscimento del valore delle donne.

61

# 8 MARZO

*Giornata internazionale della Donna*

## LETTERA AI COLLEGI NEO-PENSIONATI

*Caro collega*

anche tu hai lasciato recentemente il servizio attivo e, se vuoi, puoi unirti a noi nella **FEDERSPEV**, una Federazione Nazionale che tutela gli interessi di noi medici in pensione e che aggrega altresì anche pensionati veterinari, farmacisti e vedove (o vedovi).

Vorremmo solamente essere numerosi per contare e farci valere (anche se già oggi contiamo qualcosa): non è facile, ma possibile. Anche per contrapporci ad una visione puramente economicistica imperante al giorno d'oggi che vede il pensionato come un soggetto da mantenere, a carico della società; quasi che la nostra pensione non fosse il prodotto delle somme a noi trattenute durante gli anni di lavoro, cioè nostri soldi guadagnati.

Comunque non sono solo interessi previdenziali che ci uniscono, ma anche interessi culturali e una conoscenza reciproca può essere ultimamente anche occasione per far sorgere nuove amicizie.

Avrei voluto rendere più personale questa comunicazione, tramite email o per posta. ma ho trovato grosse difficoltà nel reperire tutti i recapiti dei recenti nuovi medici pensionati.

Per tale motivo ringrazio la redazione del nostro Notiziario che ha dato accoglienza a questa mia.

Chi volesse iscriversi può senz'altro rivolgersi al sottoscritto per e-mail al mio indirizzo personale **dottago@hotmail.com**

oppure può contattarmi al cellulare **347 1656561**.

Sarò ben lieto di dare risposte ad eventuali domande oppure dare indicazioni per iscrizione per chi lo desiderasse.

Un caro saluto a tutti voi.

*Dott. Mario Agostini*

# variazione agli albi

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

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

dott.ssa BARBIERI Annalisa Marina	di Rimini
dott.ssa BRONZETTI Francesca	di Rimini
dott.ssa FOSCHI Arianna	di Rimini
dott.ssa ZANGHERI Annalisa	di Riccione

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

dott. ESPOSITO Marcello	trasferimento da Pavia
-------------------------	------------------------

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

dott. AMADORI Antonio Vincenzo	decesso 11/11/2024
dott. EL HAMEL Ali	per cessata attività
dott. GUIDUCCI Graziano	per cessata attività
dott. MAZZOCCHI Attilio	decesso 13/11/2024
dott. MERLI Leopoldo	per cessata attività
dott.ssa SAMPAOLESI Chiara Inesia	per cessata attività

### **Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. GIULIANI Marco	di Rimini
----------------------	-----------

### **Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. AMADORI Antonio Vincenzo	decesso 11/11/2024
dott. MERLI Leopoldo	per cessata attività

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

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

dott. BIANCHI Roberto	di Rimini
dott.ssa PESARESI Martina	di Riccione

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

dott. SIRCANA Giuseppe	da Roma
dott.ssa ZANZANI Sara	da Bologna

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

dott. BISACCIONI Piero	per cessata attività
dott.ssa CONVERTINO Caterina	ratifica per trasferimento a Brindisi
dott. CROCIATI Giovanni	per decesso 06/12/2024
dott. FABBRI Angelo	per cessata attività
dott. FORLANI Sante	per cessata attività
dott.ssa GIOMMI Maria	per cessata attività
dott.ssa POSSENTI Cinzia	ratifica per trasferimento a Bologna
dott. TALARICO Ettore	per decesso 13/12/2024

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

### **Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. BENZI Ettore	di Rimini
--------------------	-----------

### **Iscrizione ALBO ODONTOIATRI per trasferimento:**

dott. FIRINU Angelo	da Ravenna
---------------------	------------

### **Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:**

dott. FABBRI Angelo	per cessata attività
dott. METALLI Aldo	per cessata attività
dott.ssa MUCCINI Paola	per cessata attività

# variazione agli albi

dott. SARTI Sergio per cessata attività  
dott. ZAVOLI Andrea per trasferimento a Bologna

## Iscrizione REGISTRO MEDICINE NON CONVENZIONALI:

dott. CAPELLI Davide Agopuntura

## **DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 GENNAIO 2025**

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BROCCHI Simone di Verucchio  
dott.ssa PROKOFEVA Iuliia di Rimini

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BONFIGLIO Giuseppe  
dott. GAUDENZI Pierangelo  
dott. RASTELLI Ugo  
dott. ROSSI Raul per cessata attività

### Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BONFIGLIO Giuseppe  
dott. FABBRI Giuseppe per decesso 23/01/2025  
dott. RASTELLI Ugo

## **DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 24 FEBBRAIO 2025**

### Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. MANZI Edoardo di Rimini  
Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott. LA SCOLA Claudio da Bologna  
dott.ssa SETARO Argentina da Avellino

### Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BONFIGLIO Giuseppe per decesso 06/03/2023

### Iscrizione ALBO ODONTOIATRI per trasferimento:

dott. GERBONI Francesco Saverio da Pesaro-Urbino

### Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BONFIGLIO Giuseppe per decesso 06/03/2023  
dott. GROSSI Emanuele Leopoldo per cessata attività

### Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI:

dott. BIAGINI Adriano

### VARIAZIONE CITTADINANZA:

dott.ssa PERHINSCHI TATIANA SPERANTA cittadinanza da rumena a italiana

*Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2.328 – Albo Odontoiatri nr. 398 – Elenco Speciale STP nr. 11*

## corsi, convegni e attività culturali

Gli eventi ECM organizzati dall'Ordine sono pubblicati sul sito dell'Ordine  
[www.omceo.rn.it](http://www.omceo.rn.it)

### **GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA OMCEO RIMINI**

**Save the date:** Domenica 28 settembre 2025 Grand Hotel di Rimini

# ricordando i colleghi

Il dottor **Attilio Mazzocchi** è morto a 96 anni dopo aver dedicato la sua vita allo studio, all'aggiornamento, alla professione.

Ha vissuto a Rimini dopo la laurea e la specializzazione in pediatria conseguite all'Università di Milano. Amava molto i bambini e per questo ha iniziato la sua attività di medico nelle colonie che da Riccione a Miramare accoglievano in estate tanti fanciulli. Era con loro sempre scherzoso e sorridente anche se di carattere molto riservato.

Aveva conquistato anche la specializzazione in Igiene che gli ha permesso di svolgere fino al 1982 l'attività di Ufficiale Sanitario nel Comune di Riccione. Contemporaneamente si era dedicato alla professione di medico di famiglia. Il suo mentore e maestro era stato il dottor Falco Agli Lazzari con cui ha collaborato non solo fino alla pensione del suo Maestro e della figlia Antonella Lazzari, ma fino ai suoi novant'anni quando da molto tempo era scoccata per Attilio l'ora della pensione.

Andava a visitare i suoi malati non solo quando era stato sollecitato, ma



## **ATTILIO MAZZOCCHI**

*(16 settembre 1928*

*13 novembre 2024)*

anche di sua iniziativa perché non riusciva a prender sonno se un suo paziente non gli avesse concesso di fare una diagnosi certa ed una cura risolutiva.

*Ha intrapreso il suo viaggio verso la Casa del Padre lucido e sereno, accudito e assistito dalla amatissima moglie Lisa e dai figliari.*

# 65



**Veniva la Sera.  
E per la prima volta  
il crepuscolo  
ebbe paura del buio.**





Vivere è diventato  
un esercizio burocratico.

*Ennio Flaiano*

