

il Notiziario

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



anno XXVIII numero 1
gennaio-aprile 2026





il Notiziario

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

Anno XXVIII, Numero 1
gennaio-aprile 2026

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 Selene Catena, 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 – presidente Federspev Sezione di Rimini

dott. Marco Magi – coordinatore Commisisona Fragilità Sanitaria Omceo Rimini

dott.ssa Michela Nardacci - Medico Chirurgo specialista in medicina d'emergenza e urgenza

prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. donne per la salute Sezione di Rimini

Referenze iconografiche:

pag. 9 Archivio Ordine dei Medici

pag. 10-12 foto dell'autore

pag. 13-14-15 foto dell'autore

pag. 20 foto dell'autore

pag. 24 dal web

pag. 26-27-30 foto dell'autore

pag. 31-32-34-42 dal web

pag. 51-52-53 dal web

pag. 57-59-60 dal web

In copertina:

Archivio Ordine dei Medici

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

1/2026

sommario

- 4 Editoriale**
di Maurizio Grossi
- 6 Il punto redazionale**
di Marco Grassi
- 8 Vita dell'ordine**
PREMIO JANCO PLANCO 2025
di Marco Grassi
- 10 "SENTINELLE NELLE PROFESSIONI
CONTRO LA VIOLENZA"**
di Marco Magi
- 13 RIMINI 31 GENNAIO,
UNA DATA DA RICORDARE
VERO MARCO?**
di Giovanni Cananzi
- 16 Focus sulla professione**
FOCUS ON
di Michela Nardacci
- 19 Storia della medicina**
**RICORDO DEL PROF. ARMOCIDA
(1946-2026)**
di Stefano De Carolis
- 21 Aggiornamento**
**PERDERE PESO?
MOLTO DI NUOVO
SOTTO AL SOLE**
di Sante Cogliandro
- 25 Medicina di genere**
di Loreley Bianconi
- 31 Medici e padelle**
**LA MEDICINA CULINARIA
UN NUOVO APPROCCIO**
di Maurizio Della Marchina
- 43 Medici ma non solo**
**L'INCREDIBILE STORIA
DI SUNNY FOG**
di Selene Catena
- 48 Tribuna**
**LA CRISI DEL SSN
E LE CRITICITÀ NON AFFRONTATE**
di Marco Grassi
- 51 Recensioni**
BEATO ANGELICO
di Maurizio Della Marchina
- 55 Semiseria... mente**
- 57 Spazio ammi**
**"DALLA LOTTA ALLA VIOLENZA
DI GENERE ALLE PIONIERE
DELLA MEDICINA ITALIANA"**
di Giovanna Tommasini Grossi
- 61 Spazio FEDER.SP.eV.**
**LA PERSONA ANZIANA:
PESO O OPPORTUNITÀ?**
a cura di Michele Poerio
- 64 Variazioni agli albi**
- 66 Corsi, convegni e
attività culturali**



SULLA VISITA DOMICILIARE

di Maurizio Grossi

4

SEMPRE, più numerose sono le segnalazioni che giungono all'Ordine da Cittadini che lamentano la mancata visita domiciliare da parte del loro medico di medicina generale.

Questo dato riflette un cambiamento reale nella normativa e nella gestione sanitaria italiana, dove la visita domiciliare non è più un automatismo, ma una prestazione legata a criteri rigorosi.

Ci sono orientamenti giurisprudenziali che dicono che il MMG ha l'obbligo di recarsi a domicilio solo se il paziente è effettivamente intrasportabile ovvero si trova in stati di grave disabilità o in condizioni cliniche che rendano pericoloso o impossibile il trasporto in ambulatorio.

Al di là degli aspetti strettamente giuridici e contrattuali noi medici abbiamo un Codice Deontologico che all'art. 6 dice: "il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure".

Ora mi chiedo, cosa c'è di meglio di una visita domiciliare per "umanizzare il servizio sanitario"?

Cosa c'è di meglio di visitare l'anziano paziente a casa per contrastare la discriminazione nell'accesso alle cure?

In una epoca dominata dalla telemedicina e dalla efficienza algoritmica, l'immagine del medico che varca la soglia di casa con la borsa di cuoio potrebbe apparire un retaggio romantico del passato lontano.

ritengo che la visita domiciliare non sia una concessione nostalgica, ma un atto clinico e umano di una potenza diagnostica superiore a qualsiasi visita in ambulatorio.

Varcare la porta di casa di un paziente significa "osservare l'invisibile"

Eppure ritengo che la visita domiciliare non sia una concessione nostalgica, ma un atto clinico e umano di una potenza diagnostica superiore a qualsiasi visita in ambulatorio.

Varcare la porta di casa di un paziente significa "osservare l'invisibile".

Tra le mura domestiche il medico vede la realtà: la dispensa vuota dell'anziano solo, le barriere architettoniche che limitano il movimento, l'odore degli ambienti, la reale gestione dei farmaci sul comodino, la qualità del supporto dei caregiver.

Questi dettagli non sono accessori, sono veri e propri determinanti di salute che nessuna anamnesi verbale potrà restituire con la stessa precisione.

Per il paziente anziano o fragile, la casa è il luogo della sicurezza.

A domicilio il medico è ospite, la asimmetria del potere si attenua e nasce una alleanza terapeutica fondata sulla fiducia.

Certamente, tutto questo richiede organizzazione, non tutto può essere fatto a casa, ma rinunciare alla domiciliarità in nome di una presunta modernità significa perdere di vista l'essenza stessa della Medicina Generale: la cura della persona nella sua interezza.

La visita a casa significa una medicina che non si accontenta di curare una patologia ma che sceglie di prendersi cura di una persona nel luogo in cui essa vive.

Questa modalità, a mio avviso, rappresenta oggi la frontiera più autentica di un sistema sanitario che voglia realmente definirsi umano e di prossimità.

Posso dire che se la medicina d'urgenza salva la vita, la medicina domiciliare rende la vita degna di essere vissuta per milioni di persone



Difendere la visita domiciliare significa

difendere una sanità che non lascia indietro nessuno, partendo proprio da chi non può più camminare verso di lei



anziane, fragili, affette da patologie croniche.

La cronicità è fatta di equilibri fragili. Una visita domiciliare tempestiva può intercettare i segni di una riacutizzazione prima che questa si trasformi in una emergenza da codice rosso.

Gestire a domicilio la cronicità evita quel "circolo vizioso" di ospedalizzazioni ripetute e spesso improprie, che accelerano il declino funzionale dell'anziano oltre a sovraccaricare i Pronto Soccorso. Concludendo, non ho e non voglio che si pensi che io abbia nostalgia per il "medico condotto" di un tempo.

Si tratta di una necessità, dove la tecnologia, la telemedicina devono essere alleate e non sostituti.

L'atto medico, nel suo senso più profondo, richiede talvolta di varcare la soglia domestica per trasformare la "prestazione" in "presa in carico".

Difendere la visita domiciliare significa difendere una sanità che non lascia indietro nessuno, partendo proprio da chi non può più camminare verso di lei.



di Marco Grassi

6

CARE COLLEGHE, CARI COLLEGGHI, questo primo numero 2026 del Notiziario si apre come di consueto con l'Editoriale del Presidente Maurizio Grassi. Il tema affrontato - la visita domiciliare - pur non avendo una rilevanza pari ad altri argomenti che riempiono i *media* (liste d'attesa, code al PS, mancanza di medici e infermieri, etc.) è tutt'altro che marginale. Giungono infatti all'Ordine segnalazioni che lamentano sempre più spesso la mancata visita domiciliare da parte del Medico di Medicina Generale (MMG). Come giustamente segnala il Presidente, la visita domiciliare del MMG è «normata» da contratti di lavoro e non a «discrezione» del richiedente che troppo spesso la «pretende» *tout court* come diritto. Fra i due estremi, la «burocratica» applicazione dei contratti e la richiesta «incongrua» del paziente, l'Editoriale suggerisce che la visita domiciliare non è solo «un retaggio romantico del passato lontano o una concessione nostalgica, ma un atto clinico e umano di una potenza diagnostica superiore a qualsiasi visita in ambulatorio». Come potrete notare, molto spazio in questo Notiziario è riservato alla **Vita dell'Ordine**. Non vuole essere una «autocelebrazione» delle molte attività svolte ma uno spazio informativo e anche un riconoscimento per tutti quei colleghi che contribuiscono fattivamente alle numerose iniziative

promosse dal nostro Ordine. Brevemente, una rapida rassegna. Il premio Jano Planco d'Oro, riconoscimento che mira a valorizzare le eccellenze locali che portano il nome del territorio ai vertici della scienza medica e danno prestigio alla sanità riminese, è andato per l'anno 2025 a Fabio Piscaglia, professore ordinario all'Alma Mater e luminare nello studio dell'epatocarcinoma. Nonostante lavori a Bologna da vent'anni, Fabio Piscaglia mantiene un legame profondo con Rimini, la sua città d'origine che lo ha «formato nella crescita», fornendogli le fondamenta necessarie per affrontare il suo brillante percorso professionale. La neo-costituita e già molto attiva Commissione Fragilità Sanitaria coordinata da Marco Magi, ha partecipato a due iniziative i cui contenuti ci sono esposti in articoli dello stesso Marco Magi («Sentinelle nelle professioni contro la violenza») e Giovanni Cananzi («La fragilità sanitaria, lo stato dell'arte: dall'analisi alla presa in carico»). Loreley Bianconi in **Medicina di genere** illustra brevemente i temi che sono stati al centro di tre convegni organizzati dal Centro di Formazione Medicina di Genere (che ha compiuto 8 anni): Inflamm-aging, Intelligenza Artificiale e Ambiente. Tre argomenti di grande attualità e sicuro interesse. Infine nella rubrica **Storia della Medicina** Stefano De Carolis ricorda la figura del Prof. Giuseppe Armocida, recentemente scomparso. Il Prof. Giuseppe Armocida, è stato una figura di spicco

della Storia della Medicina italiana dirigendone per anni la Società Scientifica ed è stato particolarmente legato al nostro Ordine come "Senior consultant" quando fu costituita la Scuola di Storia della medicina contribuendo a delineare negli anni gli indirizzi e i programmi scientifici della Scuola stessa.

Il proliferare incontrollato di «pseudo-specialisti» e guru «alternativi» rende l'argomento della nutrizione/alimentazione un tema particolarmente «caldo». Una disciplina in cui non è oggettivamente facile fornire prove di efficacia *evidence based* fra diversi regimi alimentari o diverse modalità di preparazione dei cibi. Il rapporto fra salute ed alimentazione è infatti decisamente complesso ma sta divenendo una vera e propria disciplina scientifica che include una notevole quantità di variabili da valutare con metodi osservazionali-descrittivi ed epidemiologici. **Medici e padelle**, con Maurizio della Marchina, fa il punto sulla «medicina culinaria» che "può essere considerata come una commistione fra arte medica e culinaria, ovvero fra caratteristiche prettamente empirico-osservazionali e stili di vita abitudinari e consolidati". Per certi versi affine a quanto trattato è anche l'**Aggiornamento** di Sante Cogliandro che parla dei farmaci agonisti recettoriali del GLP1 che, dall'uso iniziale per regolarizzare la glicemia nel diabetico, hanno poi ricevuto ampia ribalta mass-mediatica perché fanno perdere peso ma la ricerca continua "via via che si svelano straordinari benefici pleiotropici, dal rene, all'apparato cardiovascolare, al fegato, al sistema nervoso e ad altri (tutti?) organi e apparati".

Focus sulla Professione punta i riflettori su stati d'animo, comportamenti, abilità tecniche ed emotive peculiari della Medicina d'Urgenza ma presenti e riconoscibili anche in altri contesti professionali. Per Michela Nardacci "essere una donna MEU (specialista in medicina d'emergenza e urgenza) nei Pronto Soccorso in Italia oggi significa abitare un non luogo, una linea di confine con-

tinua tra competenza e percezione, tra autorevolezza ed empatia, tra dedizione professionale e sacrificio personale". **Tribuna** affronta lo spinoso tema della sostenibilità finanziaria ma soprattutto della sostenibilità culturale e politica del sistema sanitario e delle politiche di welfare nel loro complesso. Una questione, tuttora irrisolta, che rimanda a quale società e quale futuro, noi vogliamo. Sulle stesse problematiche Mario Agostini nello Spazio **FEDERSPEv** ripropone un articolo del 2001 (!) di Michele Poerio, che con lucidità e preveggenza scriveva che "il pericolo di una destabilizzazione del sistema organizzativo socio-sanitario che il rapido processo di invecchiamento della popolazione pone con carattere di urgenza, non può essere ignorato." **Medici ma non solo** offre una favola-apologo di Selene Catena la cui chiusa suggerisce l'importanza del "coraggio di farsi domande e di ascoltare le risposte, e la "caparbietà nel credere che può esistere un mondo diverso da quello che sei abituato a vedere". Maurizio della Marchina dedica al pittore toscano Beato Angelico, l'artista che forse meglio ha rappresentato l'arte pittorica italiana del quattrocento, la **Recensione** della mostra di Palazzo Strozzi a Firenze. La dimensione artistica del Beato Angelico risalta principalmente, ma non solo, nell'essere riuscito "ad unire la funzione didascalica e mistica dell'arte sacra e della luce tipiche della figurativa medievale con le nuove tendenze rinascimentali espresse dalla importanza della figura umana e dal taglio prospettico". Non mancano in questo numero i giochi matematici di Saverino La Placa in **Semiserialmente** e i resoconti delle numerose attività raccolte in **Spazio AMMI** da Giovanna Tommasini Grossi, fra cui, in occasione della Giornata Internazionale della Donna, un incontro di approfondimento dedicato a due figure pionieristiche della storia della medicina italiana: Adelasia Cocco e Isotta Gervasi, prime donne che, agli inizi del Novecento, ricoprono il ruolo di medico condotto nel nostro Paese.



PREMIO JANO PLANCO 2025

di Marco Grassi

SALA CONFERENZE gremita al Grand Hotel di Rimini per il premio "Jano Planco d'oro" 2025. Quest'anno il riconoscimento è stato assegnato al Professor Fabio Piscaglia, luminaire nello studio dell'epatocarcinoma. Il riconoscimento, istituito dall'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Rimini 8 anni fa, mira a valorizzare le eccellenze locali che portano il nome del territorio ai vertici della scienza medica e danno prestigio alla sanità riminese. Attraverso le parole del professor Piscaglia, è emersa una visione della medicina basata sulla passione e sulla curiosità, elementi essenziali per trasformare diagnosi un tempo infauste in percorsi di cura concreti. L'evento ha offerto inoltre l'occasione per riflettere sullo stato della sanità pubblica con il Presidente Maurizio Grossi che ha lodato la dedizione dei professionisti nonostante le difficoltà economiche del settore, augurandosi che la testimonianza del Prof. Piscaglia funga da ispirazione per le nuove generazioni di medici e sottolineando come la ricerca d'avanguardia possa realmente migliorare il futuro dei pazienti.

Fabio Piscaglia è Professore ordinario del Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Bologna e direttore della scuola di specializzazione in Medicina Interna dell'Alma Mater. È considerato un luminaire nello

studio dell'epatocarcinoma (tumore del fegato) e guida un gruppo di ricerca composto da oltre 50 professionisti. Sebbene lavori a Bologna da vent'anni, ha un legame profondo con Rimini, la sua città d'origine, dove si è formato sia a livello personale che sportivo (che ha particolarmente tenuto a sottolineare).

Nonostante lavori a Bologna da vent'anni, Fabio Piscaglia mantiene un legame profondo con Rimini, la sua città d'origine. Egli stesso afferma che Rimini lo ha "formato nella crescita", fornendogli le fondamenta necessarie per affrontare il suo percorso professionale con maggiore sicurezza citando esplicitamente lo sport e l'ambiente sportivo riminese come uno degli ambiti che più hanno contribuito alla sua formazione personale. All'esempio e passione di alcuni "maestri" incontrati durante il suo percorso formativo Piscaglia attribuisce la sua dedizione al lavoro, maestri dai quali ha appreso

*una visione
della medicina*

*basata sulla passione e
sulla curiosità, elementi
essenziali per trasformare
diagnosi un tempo infauste
in percorsi di
cura concreti*

l'importanza di lavorare con passione e curiosità. Questo approccio, appreso nelle fasi iniziali della sua vita, lo guida ancora oggi nella ricerca scientifica e nel rapporto con i suoi studenti. Nell'apprezzare il riconoscimento della comunità per il premio ricevuto il Prof. Piscaglia, sottolineando come la comunità medica locale lo consideri una delle "figure riminesi" che danno prestigio alla sanità del territorio, ha auspicato che il suo esempio possa essere di stimolo per le nuove generazioni di medici riminesi. Rimini non è stata, quindi, solo il punto di partenza «geografico», ma il luogo dove Piscaglia ha sviluppato quei valori di passione, dedizione e rigore morale che lo hanno portato ai vertici mondiali nella ricerca. Il suo lavoro ha contribuito a trasformare radicalmente le prospettive di cura dell'epatocarcinoma: se anni fa un paziente in stadio avanzato aveva un'aspettativa di vita di circa un anno, oggi grazie alle nuove cure molti pazienti sono ancora vivi dopo cinque anni.

L'introduzione di nuovi farmaci, che la ricerca scientifica sta portando alla luce, agiscono sulla "frontiera" della medicina, offrendo opzioni terapeuti-

che precedentemente inesistenti. Una migliore comprensione della malattia e delle possibilità di diagnosi permettono di dare risposte a situazioni cliniche (come esami alterati di cui un tempo non si conosceva la causa) che prima restavano senza spiegazione, consentendo di definire meglio la prospettiva e la terapia per ogni singolo malato. Risultati che sono il frutto del lavoro di squadre di ricerca specializzate, come quella di oltre 50 professionisti guidata dal professor Piscaglia all'Università di Bologna, che lavorano per spostare in avanti i limiti della medicina.

Oltre all'attività clinica e di ricerca al Prof. Piscaglia viene riconosciuta capacità di leadership cioè la capacità di trasmettere passione, curiosità e dedizione alle nuove generazioni di medici con un approccio alla ricerca che non è vissuto come un "dovere", ma come un "piacere" e un gusto nel migliorare la medicina per il futuro dei malati. Il valore della "squadra" di 50 giovani ricercatori che ruotano attorno a lui, rappresentano una grande speranza per il futuro della sanità.

Marco Grassi

9





"SENTINELLE NELLE PROFESSIONI CONTRO LA VIOLENZA"

di Marco Magi

10

SI È TENUTO mercoledì 26 novembre 2025, presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini il Convegno "Sentinelle nelle professioni contro la violenza", un incontro interprofessionale dedicato alla prevenzione e al contrasto della violenza di genere. L'iniziativa, promossa dal Soroptimist Club International di Rimini, ha avuto l'obiettivo di ampliare e consolidare le reti informali di ascolto tra le professioni sanitarie e socio-sanitarie, rafforzando la capacità di individuare tempestivamente i segnali di relazioni tossiche e potenzialmente pericolose, per accompagnare e orientare le donne

vittime di violenza verso percorsi di aiuto e tutela.

Soroptimist International è un'organizzazione mondiale su base volontaria di donne impegnate in attività professionali e manageriali che promuove l'avanzamento della condizione femminile, la piena realizzazione delle pari opportunità e i diritti umani. Il Club di Rimini è stato fondato il 22 ottobre 1977.

Il convegno ha rilanciato l'importanza di potenziare la cultura dell'ascolto e creare presidi-sentinella diffusi in grado di riconoscere i campanelli d'allarme e supportare rapidamente chi si trova in condizioni di vulnerabilità.

L'evento ha coinvolto un ampio pubblico di professionisti appartenenti al mondo sanitario:



medici e odontoiatri, infermieri, tecnici sanitari di radiologia, fisioterapisti e farmacisti, figure chiave nel sistema territoriale e spesso prime a intercettare situazioni a rischio. Numerosi gli interventi istituzionali che hanno sottolineato la necessità di un'azione coordinata.

Erano presenti:

dott. Maurizio Grossi
(Presidente Ordine dei Medici di Rimini) che ha ospitato l'evento nella sede dell'Ordine condividendo un forte interesse al Progetto.

dott.ssa Chiara Bellini
(Vice Sindaca del Comune di Rimini)

dott. Nicola Colamaria
(Presidente Ordine delle Professioni Infermieristiche – Rimini)

dott. Valerio Barbieri
(Presidente Ordine dei Fisioterapisti Forlì-Cesena-Ravenna-Rimini)

dott. Giulio Mignani
(Presidente Ordine dei Farmacisti della provincia di Rimini)

dott. Gianni Pollini
(Presidente Ordine TSRM e PSTRP Forlì-Cesena-Rimini).

Tra le relatrici e i relatori intervenuti per il confronto scientifico e operativo:

dott.ssa Elvira Ariano
(Psicologa del Centro Antiviolenza del Comune di Rimini "Rompi il Silenzio")

Avv. Giovanna Ollà
(Avvocato penalista)

dott.ssa Tiziana Perin
(Responsabile Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza – Ospedale Infermi di Rimini)

dott.ssa Elisabetta Pillai
(Responsabile Area Sociale Interdipartimentale DSDIA e Presidi Ospedalieri – AUSL Romagna)

dott.ssa Anna Bisulli
(Commissario della Polizia di Stato – Questura di Rimini)

dott.ssa Loreley Bianconi

(Medico di Medicina Generale – AUSL Rimini)

A moderare l'incontro

la dott.ssa Maria Dora Sisti,
Presidente Soroptimist Rimini, che ha guidato la tavola rotonda verso proposte concrete per una nuova alleanza tra professioni e territorio. **Maria Dora Sisti**, ideatrice descritto del Progetto, ha presentato il Club Soroptimist e moderato l'intero panel.

L'iniziativa è stata realizzata con il patrocinio scientifico dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, dell'Ordine TSRM e PSTRP di Forlì-Cesena-Rimini, dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Rimini, dell'OFI – Ordine dei Fisioterapisti Forlì-Cesena-Ravenna-Rimini, dell'OPI Rimini – Ordine Professioni Infermieristiche,

SENTINELLE NELLE PROFESSIONI
Contro la violenza

Diventare **"SENTINELLA"** significa portare un aiuto concreto a chi è vittima di **VIOLENZA**.

Il progetto "Sentinelle nelle professioni contro la violenza" si propone di ampliare le reti informali di aiuto, diffondere e promuovere una diversa cultura e condivisione in settori più ampi possibili, potenziare il livello di "ascolto" e creare presidi-sentinella che possano intercettare, riconoscere e accompagnare le donne in un percorso di ricerca di aiuto.

Partecipa al convegno organizzato presso la sede dell'Ordine dei Medici, in via Flaminia 185/B, Rimini il 26 novembre alle ore 17.15.

PROGRAMMA SALUTO AUTORIZITA'

PROGRAMMA SALUTO AUTORIZITA'

INTRODUZIONE ALLA VIOLENZA DI GENERE
Definizione e contesto socio-culturale; tipi di violenza; la conseguenza a breve, medio e lungo termine; quadro legislativo e strumenti di tutela.
Relatori: **Elvira Ariano** - Psicologa centro anti-violenza Comune di Rimini "Rompi il Silenzio" e **Giovanna Ollà** - Avvocato penalista.

IDENTIFICARE I SEGNALE E ATTIVARSI
Relatori: **dott.ssa Tiziana Perin** - Resp. del Pronto soccorso e medicina d'urgenza dell'Ospedale **dott.ssa Elisabetta Pillai** - Resp. Area sociale Interdipartimentale DSDIA (dipartimento salute donna infanzia adolescenza) e presidi ospedalieri Ausl Romagna **dott.ssa Anna Bisulli** - Commissario della Polizia di Stato Questura di Rimini **dott.ssa Loreley Bianconi** - MMG AUSL Rimini

MODERA: **dott.ssa Maria Dora Sisti** - Presidente Soroptimist di Rimini

PARTICIPAZIONE GRATUITA CON ISCRIZIONE OBBLIGATORIA PRESSO L'ORDINE DI APPARTENENZA

e con il patrocinio del Comune di Rimini, a conferma di una forte sinergia istituzionale per la difesa dei diritti e della sicurezza delle donne, un fronte comune delle professioni sanitarie per riconoscere i segnali e sostenere le vittime di violenza di genere.

Il messaggio condiviso durante il Convegno è stato chiaro: la prevenzione nasce dal saper ascoltare, riconoscere e agire in rete, affinché nessun segnale d'allarme passi inosservato.

12

VIOLENZA DI GENERE

(Appunti personali al Convegno)

Saper ascoltare e avere un ascolto non giudicante

Fare formazione e prevenzione.

Di conseguenza, saper comprendere e riconoscere i segni visibili e non visibili, i segni psicologici di un trauma vissuti in silenzio e in solitudine.

Sulla violenza non si improvvisa, dobbiamo essere preparati e formati: non possiamo lasciare a repentaglio la vita di una Persona.

La vittima vive un isolamento, un Senso di colpa, un senso di vergogna. Nella violenza viene demolita l'autostima.

Si vive la paura di essere giudicata.

la prevenzione nasce dal saper ascoltare, riconoscere e agire in rete, affinché nessun segnale d'allarme passi inosservato.

Ci si tende a nascondere. Servono Tempi diversi per aprirsi. La comunità è, deve essere, «sentinella» contro una violenza di libertà: diversamente (parafrasando) inconsiamente accettiamo la "Sindrome della rana bollita". Le donne parlano con grande difficoltà. Un operatore sanitario preparato favorisce un dialogo adeguato, rivolto a capire un disagio. Un impegno che ci deve interpellare quotidianamente, sempre! L'Ordine dei Medici di Rimini, che ci ha accolto, è presente.

Marco Magi Coordinatore Commissione Fragilità Sanitaria dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini.





RIMINI 31 GENNAIO, UNA DATA DA RICORDARE VERO MARCO?

di Giovanni Cananzi

STO TORNANDO A CASA, in una macchina bassa, all'ora di pranzo di questo inizio di febbraio piovosissimo a Rimini e vedo sul marciapiede una figura alta alta con un piccolo ombrello bianco in cima...

man mano che mi avvicino vedo che è un babbo con una bimba sulle spalle che ride e tiene l'ombrellino. Gran tenerezza e mi torna in mente l'atmosfera del convegno del 31 gennaio organizzato dalla commissione fragilità sanitaria del nostro Ordine:

"La fragilità sanitaria, lo stato dell'arte: dall'analisi alla presa in carico."

Il nostro Ordine ha dato vita ad una commissione sulla fragilità in

sanità sulla spinta del dott. Marco Magi, da sempre in prima fila su questo argomento con SIOH e mille altre attività (si è lui il Marco del titolo), che ha fortemente voluto e coordinato, con entusiasmo la commissione riuscendo a coagulare un gruppo di personalità e professionalità molto differenti e, per questo, complementari. Ci siamo riuniti tante volte per organizzare questo primo incontro con lo scopo di aprire finestre e creare interesse su un argomento che, inevitabilmente, coinvolge tutte le professioni sanitarie e tutte le fasi della vita dei pazienti, con realtà urlate e realtà sussurrate ma che, tutte, devono ricevere il nostro tentativo di aiutare e risolvere. La cornice istituzionale del Palazzo

13



del Turismo del Comune come sede a dimostrare che le istituzioni, Comune, ausl, medici del territorio e liberi professionisti sono tutti tenuti a sapere come si fa e perché si deve fare.

Dopo i saluti del presidente Grossi che hanno sottolineato come ancora una volta il nostro Ordine sia un pioniere anche su questo argomento, il dott. Magi racconta come si sia da sempre appassionato e impegnato a cercare di rendere possibile la terapia del paziente fragile minimizzando i traumi e le complessità aumentando la ricerca del coinvolgimento del paziente e della famiglia, e la necessità di conoscere il come si fa ma adattando le tecniche alle necessità del paziente e alle sue peculiarità, il tutto con un entusiasmo che ha coinvolto tutti.

La dott.ssa Silvestrini ci spiega come vada letto il nostro territorio e come le caratteristiche della popolazione delle varie zone, gli spopolamenti dell'entroterra, l'invecchiamento della gente legata alle campagne e la fuga dei giovani verso le città abbia portato ad una concentrazione di soggetti fragili per vecchie nelle nostre colline dove più lontani sono i centri di cura.

La dott.ssa Ceccarani, in prima linea da sempre per la lega del filo d'oro, ci dà una visione dall'interno di come ci si interfaccia con un bambino con gravi disabilità e come non basti la buona volontà ma sia importante condividere competenze: la Lega del Filo d'Oro organizza percorsi formativi per i sanitari, supponendo al silenzio che viene dall'Università su questo importante tema.

Il dott. Ghelma, chirurgo, ma soprattutto padre del progetto DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) dedicato alla accoglienza medica dei pazienti con gravi

disabilità nato nel 2000 e che ora conta 19 realtà ospedaliere italiane che portano avanti questo tipo di approccio.

A conferma che il medico può essere molto più efficace se può lavorare aprendo i suoi orizzonti anche su altre specialità con un diretto coinvolgimento dei reparti limitrofi, senza preclusioni, per risolvere il problema del paziente.

Una sfida che deriva dalla certezza che solo insieme si vince.

Nell'ambito dei mille incontri che caratterizzano il lungo percorso organizzativo abbiamo avuto la fortuna di incontrare la dott.ssa Eleonora Paolizzi, riminese, psicologa con un curriculum importante nonostante la giovane età ed ora ricercatrice all'A. J. Drexel Autism Institute presso Drexel University di Philadelphia insieme a Valerie Colantuono che ci ha inviato un video saluto dagli States.



“ *dobbiamo risolvere problemi per il bene del paziente come una orchestra fatta di ottimi solisti ma che funziona meglio insieme*

”

Eleonora, che si occupa di autismo, ci ha spiegato come ci si può interfacciare con un paziente autistico con tecniche e protocolli ripetibili ma che non sono e non possono essere standardizzati perché nessun paziente è uguale. Dobbiamo sporcarci le mani e metterci in discussione sull'onda dell'empatia ma con solida conoscenza del come fare. Per tutti noi una grande gioia accogliere una concittadina che dall'altra parte del mondo porta avanti un piano di studio per consentirci di accettare le sfide che

le patologie e le caratteristiche del paziente ci pongono. Personalmente emozionante avere a Rimini Eleonora che conosco da quando era una bimba giudiziosa e ora una ricercatrice ma con lo stesso sorriso e la stessa dolcezza. Poi la tavola rotonda coordinata da Marco Magi con David Aguzzi, Anna Maria Baietti, Giulia Grossi, Maurizio Maggioni, Catia Benelli, tutti attori dello stesso scenario ognuno per la sua parte ma tutti necessari ad ottenere il risultato, perché come ha detto Filippo Ghelma dobbiamo risolvere problemi per il bene del paziente come una orchestra fatta di ottimi solisti ma che funziona meglio insieme.

Una mattinata intensa che serve a lanciare un sasso e ad aprire un percorso, un inizio. Quando ci siamo iscritti a Medicina sognavamo di essere utili, risolvere problemi e, quando si può, riportare un po' di serenità alle famiglie come quel papà che non faceva bagnare troppo la sua bambina nonostante la pioggia forte. Voglio ringraziare per questa bella esperienza, le segretarie dell'Ordine, il Consiglio e tutti i membri della commissione fragilità.

15



focus sulla professione



FOCUS ON

di Michela Nardacci

16

Q

**UEL GENERE DI
MEDICINA: MEU DONNA
IN PRONTO SOCCORSO.**

Essere una donna MEU (specialista in medicina d'emergenza e urgenza) nei Pronto Soccorso in Italia oggi significa abitare un non luogo, una linea di confine continua tra competenza e percezione, tra autorevolezza ed empatia, tra dedizione professionale e sacrificio personale.

È un lavoro -e una pratica quotidiana- che richiede lucidità clinica, rapidità decisionale, ottime qualità di organizzazione multitasking e forza emotiva, ma anche costante capacità di difendersi, spiegarsi, riaffermarsi. Uno studio del 2020 dal titolo "#MeToo in EM: studio multicentrico su medici di Medicina d'Emergenza e la loro esperienza con la discriminazione di genere e molestie sessuali" ha dimostrato che le tre fonti principali di discriminazione di genere sono i pazienti stessi, seguiti poi dai consulenti e dal personale infermieristico. La maggior parte delle donne ha riferito di aver ricevuto nel corso della propria carriera una serie di avance sessuali

o apprezzamenti fisici inappropriati. Tra le partecipanti allo studio, il 23% ha riportato degli effetti negativi sulla propria autostima e conseguentemente sulla prosecuzione della propria carriera.

PREPARAZIONE PRE-TURNO.

È stato ampiamente dimostrato come le donne medico con figli dedicano 100 minuti in più al giorno alle attività domestiche e alla cura dei bambini, rispetto ai medici uomini. Questo lasso di tempo può compromettere la capacità di svolgere regolarmente attività fisica, dormire di più o dedicarsi alle proprie passioni, tutte azioni che si ritiene migliorino le prestazioni durante il turno e aumentino la qualità di vita.

*le tre fonti principali
di discriminazione
di genere sono i pazienti
stessi, seguiti poi dai
consulenti e dal personale
infermieristico*

Coincidenza o no, la maggior parte delle donne che ho incontrato durante il mio percorso di studi in Medicina, che hanno poi continuato con la Specializzazione, Dottorati di Ricerca o Master, hanno chiaramente accantonato o procrastinato il raggiungimento di traguardi personali come la convivenza, il matrimonio o la maternità.

Quando mi capita di arrivare a lavoro con alcune colleghe, vedo nei loro sguardi la mia stessa consapevolezza: ci aspetta un lavoro emotivo e cognitivo importante, per gestire l'assistenza ai pazienti e le dinamiche di squadra. Questa maggiore coscienza del ruolo che ricopriamo ci induce a prepararci mentalmente alle dinamiche interpersonali del turno che ci troveremo ad affrontare -oltre che al carico di lavoro clinico- e a riflettere su come gestire la nostra emotività, conservando un buon grado di empatia, pur mantenendo chiaro il limite che preserverà il nostro benessere.

Controllo la tabella dei turni prima di iniziare per vedere con quali colleghi lavorerò, se qualcuno di loro potrà ricorrere in mio aiuto in caso di emergenze gestionali o anche solo prestarmi ascolto e supporto.

GESTIRE LE INTERRUZIONI

Pensavo fosse solo una mia percezione, ma la letteratura lo ha confermato: i medici donna vengono interrotte durante il turno più frequentemente rispetto ai colleghi maschi. Che si tratti di un bicchiere d'acqua, una coperta calda, indicazioni per muoversi dentro l'Ospedale, aiuto per andare in bagno, le dottoresse vengono spesso scambiate per membri non medici del personale sanitario.

Le donne ricevono il 25% in più di richieste da personale e pazienti e, in media, trascorrono il 15% in più di tempo con i pazienti, a causa delle aspettative di genere di questi ultimi.

È diffusa l'aspettativa che le donne siano costantemente disponibili a fornire supporto e a farsi carico dei bisogni emotivi e sociali altrui, in ragione di un retaggio culturale storicamente sedimentato che ha costruito attorno alla figura femminile una rappresentazione fortemente connotata dall'altruismo e dalla servilità.

Ciò può aumentare la tensione nei rapporti professionali interpersonali con il resto del personale sanitario, ma anche con i pazienti stessi e le loro famiglie.

17

la letteratura lo ha confermato:

i medici donna vengono interrotte durante il turno più frequentemente rispetto ai colleghi maschi

D'altronde molte delle caratteristiche classicamente richieste nei Medici d'Urgenza sono stereotipicamente maschili – dirette, autorevoli, assertive, sicure di sé – e possono entrare in diretto conflitto con i comportamenti di genere attesi quando applicate da donne medico. Dati osservazionali qualitativi suggeriscono che quando le donne medico usano un linguaggio e un comportamento autoritario, questi possono

essere receptivi in modo diverso da infermieri e colleghi, con un impatto negativo sulla valutazione e sul feedback in termini di capacità ed etica del lavoro. Non mi sorprende, l'ho vissuto sulla mia pelle: quando ho risposto con educazione e voce calma sono stata ignorata o calpestata, quando ho alzato i toni sono stata messa a tacere con fare paternalistico, quando ho lasciato fluire le mie emozioni sono stata consolata come una bimba alle prime armi. Per proteggermi e farmi vedere dagli altri, prima di ogni codice rosso mi prendo un momento per indossare i miei pantaloni da "medico grande", per ricordarmi che ho le stesse capacità e competenze per essere una leader, nonostante stereotipi o pregiudizi. Quando il tempo lo consente, nella fase preparativa cerco di porre attenzione al caso in arrivo, ma anche a stabilire relazioni, chiarezza dei ruoli e accortezza alla sicurezza psicologica e all'inclusività del team.

La vulnerabilità emotiva, lungi dall'indebolire l'autorità, favorisce empatia, migliora decisioni e la costruzione di team resilienti, rendendo il pianto una risorsa di intelligenza emotiva e non un segno di debolezza

DECOMPRESSIONE POST-TURNO

Con il tempo ho capito che c'è un grande potere nell'ammettere incertezza e vulnerabilità, ponendo domande, chiedendo confronti soprattutto a chi sta gestendo il caso con me, o che mi ha preceduto o mi seguirà. Mi aiuta a ridurre gli errori di fissazione, a sfuggire i preconcetti e i pregiudizi, a crescere ed espandere il mio bagaglio di esperienze lavorative.

Sono arrivata a mettere in discussione il mito della leadership stoica; anche la ricerca dimostra che la consapevolezza e l'espressione autentica delle emozioni, incluso il pianto, rafforzano efficacia, fiducia e autenticità nei leader. La vulnerabilità emotiva, lungi dall'indebolire l'autorità, favorisce empatia, migliori decisioni e la costruzione di team resilienti, rendendo il pianto una risorsa di intelligenza emotiva e non un segno di debolezza.

L'impiego di modalità comunicative maggiormente sensibili e flessibili nella gestione di situazioni complesse, il riconoscimento delle emozioni e la condivisione delle esperienze con i membri del team sono i veri superpoteri dell'urgentista; bisognerebbe tenerne conto mentre si costruisce una comunità di medici, perché fanno la differenza nel team building, nel benessere e nella longevità. Dopo aver parcheggiato l'auto sotto casa mi concedo pochi ultimi istanti per riesaminare i casi difficili, i momenti no, le interazioni sbagliate o offensive che mi sono capitate in Pronto Soccorso e penso che nessuna di queste cose mi farà cambiare idea: sono una donna, so sopportare ed andare avanti, ma sono anche un'urgentista, quello è il mio posto nel mondo. E domani ci ritornerò.



RICORDO DEL PROF. ARMOCIDA (1946-2026)

di Stefano De Carolis

LO SCORSO 18 febbraio è mancato, nella sua casa di Ispra (VA), il prof. Giuseppe Ottavio Armocida. Dopo la laurea in Medicina e chirurgia all'Università degli Studi di Pavia e le successive specializzazioni in Psichiatria e Medicina legale, Armocida (familiaramente "Giugi" per gli amici) si è occupato precocemente di storia della medicina sotto la guida del suo maestro, Bruno Zanobio (1926-2015). È stato quindi professore ordinario di Storia della medicina all'Università degli Studi dell'Insubria, dove ha anche diretto il Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, unendo in sé due forti personalità: quella del medico e quella dello storico. Ha inoltre promosso un filone di studi di antropologia fisica e bioarcheologia sui reperti scheletrici ritrovati nei siti archeologici della provincia varesina, dando avvio a un'attività archeologico-storica diventata nel tempo un fiore all'occhiello dell'Ateneo. Tra le sue numerose pubblicazioni di argomento storico-medico si ricordano *Storia della medicina dal XVII al XX secolo* (Milano 1993), *Storia della medicina* (in collaborazione con Bruno Zanobio, Milano 1997 e 2002), *Dove mi ammalavo. La geografia medica nel pensiero scientifico del XIX secolo* (in collaborazione con l'allieva Gaetana Silvia Rigo, Milano 2013) e *Di buoni costumi. Ragionamenti storico-medici*

intorno all'Eros (in collaborazione con l'allieva Ilaria Gorini, Milano 2018). Inoltre, dal 1996 al 2016 il prof. Armocida è stato Presidente della Società Italiana di Storia della Medicina (SISM), che ha guidato con eccezionali competenza, passione e disponibilità. In tal veste, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini ha avuto modo di conoscerlo e di averlo come illustre collaboratore in diverse occasioni ufficiali. Il prof. Armocida ha partecipato all'incontro culturale-conviviale *Ricordo di Adalberto Pazzini* (Verucchio, 13 dicembre 1998) e al 40° Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina (Rimini – San Leo – Verucchio, 1-3 ottobre 1999), entrambi dedicati a Adalberto Pazzini (1898-1975), grande storico della medicina del XX secolo e verucchiese di adozione. Ancora a Rimini ha presieduto l'Assemblea ordinaria della SISM (30 giugno 2007) ed è intervenuto al convegno internazionale *Medici e pazienti nell'antica Roma*, nell'ambito della X edizione di Antico/Presente – Festival del mondo antico (12 giugno 2008). Infine, dal 2017 il prof. Armocida è stato "Senior consultant" della neonata Scuola di Storia della medicina dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, contribuendo a delineare negli anni gli indirizzi e i programmi scientifici della Scuola

stessa. Il Direttore, il Segretario e il Comitato Scientifico tutto della Scuola, profondamente addolorati per questa grave perdita, si impegnano a ricordare per sempre il rigore intellettuale, la dedizione, la passione per la ricerca e lo spessore umano di questa grande figura, che continuerà a illuminare il loro percorso futuro.

Figura 1 – Il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini dott. Massimo Montesi consegna le medaglie d'oro dell'Ordine al prof. Francesco Aulizio (1930-2012) e al prof. Giuseppe Armocida (al centro) al

termine dell'incontro culturale-conviviale *Ricordo di Adalberto Pazzini* (Verucchio, 13 dicembre 1998).

Fotografia di Stefano De Carolis.

Figura 2 – L'inaugurazione del 40° Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Medicina (Rimini, 1° ottobre 1999). Si riconoscono, da sinistra, il prof. Francesco Raspadori, il prof. Angelo Turchini (1948-2025), il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia prof. Carlo Cipolli, il prof. Giuseppe Armocida e il prof. Loris Premuda (1917-2012).

Fotografia di Stefano De Carolis.

20



Figura 1



Figura 2



PERDERE PESO? MOLTO DI NUOVO SOTTO AL SOLE

di Sante Cogliandro

DALLA REGOLARIZZAZIONE della glicemia nel diabetico alla ribalta mass-mediata perché fanno perdere peso (anche ai VIP...), la recente saga dei farmaci agonisti recettoriali del GLP1 (GLP1-RA) aggiunge nuove puntate via via che si svelano straordinari benefici pleiotropici, al rene, all'apparato cardiovascolare, al fegato, al sistema nervoso e ad altri (tutti?) organi e apparati. In Italia parliamo, per ora, di liraglutide (somministrazione sottocutanea giornaliera), e di semaglutide e tirzepatide (settimanale).

È ben noto che, a parità di carico calorico, la risposta dell'Insulina al glucosio ingerito, piuttosto che somministrato in vena, è maggiore, perché il pasto libera "incretine", fra cui il GIP (Peptide Insulino stimolante Glucosio-dipendente) e il GLP1 (Peptide simile (Like) al Glucagone, di tipo 1), ormoni intestinali che amplificano la produzione di Insulina stimolata dai nutrienti.

Nel diabetico (di tipo 2) la funzione del GLP1 è ridotta, ma riproducibile dai GLP1-RA, dall'azione più prolungata rispetto all'ormone naturale, rapidamente inattivato affinché agisca, fisiologicamente, solo per lo stretto necessario.

Perché i GLP1-RA inducono calo di peso? Il pancreas non è l'unico organo-bersaglio delle incretine, ma, intanto, il GLP1 agisce sui circuiti vagali fra intestino e cervello e rallenta lo svuotamento gastrico, modulando i picchi ematici post-prandiali dei nutrienti, ed esercitando un primo effetto saziante. Inoltre, il GLP-1 è prodotto anche dal cervello, dove però non gioca da ormone, ma da neuro-trasmittitore, segnala abbondanza e induce sazietà: e anche questa azione è replicabile farmacologicamente, a dosaggi superiori. Infine, indirettamente, per via simpatica (tachicardia!), il GLP-1 stimola la lipolisi.

Gli agonisti del GIP (GIP-RA) agiscono a livello centrale, in modo sinergico ma indipendente dal GLP1 sul senso di sazietà; al contrario, esercitano azione anabolica sui lipidi, ossia ne smorzano utilmente le fluttuazioni post-prandiali e ne prevengono l'accumulo "ectopico", viscerale, causa di ulteriore insulino resistenza. L'azione coordinata di GLP1 e GIP mantiene in salute le cellule adipose, favorendo la produzione di adipochine come l'adiponectina, di cui si dirà.

E poi: dato che la nausea e il vomito sono lo scotto più o meno da pagare a tanta meraviglia, si dà il caso che il GIP, che non rallenta

lo svuotamento dello stomaco, sempre a livello cerebrale contrasti tali sintomi, aumentando l'*appeal* delle molecole "double face": la tirzepatide, ad esempio, possiede effetti sia GLP1, sia GIP.

E qui tocca al Glucagone, la cui increzione è inibita dall'insulina, con i suoi agonisti e co-agonisti incretinici: mobilizzano i grassi che provvedono a nutrire l'organismo intanto che, per effetto incretinico, viene scoraggiata l'assunzione di altro alimento, e il gioco è fatto.

E ci sono altri candidati, come l'Amilina, ormone co-secreto con l'insulina dalle stesse cellule pancreatiche, sinergico al GLP1 nell'indurre sazietà e nel ritardare lo svuotamento gastrico: ne sono al vaglio agonisti anche per uso orale (la semaglutide per os è riservata, per adesso, al diabetico) ed associazioni con GLP1-RA. E ancora l'orforglipron, il primo agonista non peptidico del GLP1, pure per somministrazione orale.

Gli effetti collaterali dei GLP1-RA sono soprattutto di tipo gastrointestinale, come già accennato; effetti talora gravi sulla funzione visiva, dei diabetici ma non solo, le pancreatiti, i calcoli biliari, riguardano comunque un numero limitato o molto limitato di casi. Problematico effetto collaterale di tutt'altro genere è il costo: parliamo di qualche centinaio di euro al mese, a totale carico dell'utente, e non c'è indicazione precisa sulla durata, comunque non breve, della cura.

La concorrenza fra molecole diverse, la scadenza dei brevetti, il riconoscimento che la rimborsabilità nelle condizioni già fin d'ora limitative sulla prescrizione (obesità: BMI ≥ 30 kg/m², o sovrappeso complicato da altre patologie: BMI ≥ 27 kg/m², resistenti a dieta e attività motoria) permette risparmi

superiori su altri capitoli di spesa, e l'ampliamento delle indicazioni dovrebbero migliorare le cose. S'intende che l'efficacia dei GLP1-RA sul peso resta subordinata al rispetto di congrue regole di igiene di vita. La delusione può altrimenti essere cocente, e l'alleggerimento riguardare solo il conto corrente. Ma il GLP1 e i suoi agonisti mostrano svariate altre proprietà benefiche, mediate da effetti sia indiretti, in pratica: ricadute favorevoli degli effetti metabolici, sia diretti.

In *setting* di malattia renale cronica non solo diabetica, i GLP1-RA esercitano un effetto protettivo a lungo termine, valutabile in termini di calo dell'albuminuria e di rallentamento del declino del filtrato glomerulare (Tab. 1).

Una corposa metanalisi ha poi dimostrato che i GLP1-RA hanno ridotto gli eventi cardiovascolari maggiori MACE del 14%, la mortalità per tutte le cause del 12%, il ricovero ospedaliero per insufficienza cardiaca dell'11% per sommazione di effetti che coinvolgono il rene (riduzione dell'*endpoint* composito renale del 21%) e anche il fegato.

Nell'obeso con scompenso cardiaco, specie ma non solo in presenza di frazione di eiezione preservata, i GLP1-RA riducono i MACE, l'*endpoint* composito di scompenso cardiaco, morte cardiovascolare e morte per tutte le cause (Tab. 2).

L'effetto delle incretine sul fegato è indiretto: l'adiponectina, di cui si è detto, riduce la lipogenesi, la glicogenesi e i livelli di acidi grassi liberi FFA nel fegato, mentre con vari meccanismi (il GLP-1 attenua l'assorbimento intestinale dei grassi, il GIP agisce direttamente sul tessuto adiposo) viene contrastato l'aumento dei trigliceridi e degli FFA plasmatici che è la causa

Tab. 1 GLP1-RA e nefro-protezione	
Meccanismi indiretti	Controllo glicemico: riduce l'iperfiltrazione glomerulare, la microangiopatia, lo stato pro-infiammatorio, i prodotti avanzati della glicazione e dell'ossidazione proteica.
	Calo ponderale: riduce l'insulino-resistenza legata al grasso viscerale ectopico.
	Riduzione dell'iperlipemia post-prandiale, specie della lipoproteine ricche in trigliceridi, per rallentato svuotamento gastrico, donde attenuazione del rischio aterosclerotico.
	Riduzione della pressione arteriosa PA.
Meccanismi diretti sui recettori renali del GLP1	Ridotto riassorbimento tubulare di Na e riattivazione, da parte del carico sodico alla macula densa, del feedback tubulo-glomerulare costrizione dell'arteriola afferente calo della renina, dell'A-II, della PA, dell'iperfiltrazione glomerulare.
	Maggiore sintesi di NO con miglioramento dell'emodinamica glomerulare.
	Effetto anti-ossidante: la ridotta genesi di anione superossido riduce lo stress ossidativo e quindi l'espressione di citochine mediatrici della fibrosi, e down-regola varie vie dell'infiammazione.

Tab. 2 GLP1-RA: effetti diretti sull'app. cardiovascolare	normalizzazione della funzione endoteliale e riduzione dello stress ossidativo, con aumento della produzione di ossido nitrico NO e del Peptide Natriuretico atriale vasodilatazione e natriuresi diminuzione della PA sisto-diastolica (improbabile ipotensione nel normo-teso)
	riduzione dell'infiammazione con stabilizzazione della placca aterosclerotica, e della proliferazione della cellule muscolari lisce; miglioramento della disfunzione microvascolare e cardiomiocitaria; riduzione del tessuto adiposo epicardico e perivascolare, del danno ischemico e dell'ipertrofia ventricolare sn, aumento della frequenza cardiaca.
	aumento dell'angiogenesi
	diminuzione della rigidità arteriosa
	diminuzione dell'aggregazione piastrinica da aumento della sintesi piastrinica di NO
	Efficientamento metabolico cardiaco (utilizzo di glucosio, minore lipotossicità)

principale di steatoepatite associata a disfunzione metabolica MASH, che avvia la cascata consequenziale della fibrosi, e peggiora l'insulino resistenza, l'assetto lipidico e il rischio cardiovascolare.

È invece diretto, e da "top-player", l'effetto sul fegato del Glucagone e relativi agonisti: grandi aspettative sulla retatrutide, tri-agonista GLP1/GIP/Glucagone.

Lavori in corso. Si sa che il diabetico, per via dell'insulino-resistenza ma non solo, è a rischio di malattie neurodegenerative come l'Alzheimer e il Parkinson. I GLP1-RA si propongono anche nei non-diabetici come possibili neuroprotettori che contrastano la degenerazione neuronale fino all'apoptosi, vuoi perché genericamente anti-infiammatori, anti-ossidanti e efficientatori energetici; vuoi perché regolatori sinaptici e inibitori dell'aggregazione, anzi promuovendone l'autofagia, di proteine anomale (l'amiloide-beta, la proteina tau (iper-)fosforilata e l'alfa-sinucleina dei corpi di Lewy). La modulazione della disponibilità cerebrale di dopamina DA concorre al miglioramento dei sintomi

parkinsoniani motori e non, ma pare ripercuotersi anche sui meccanismi di piacere e ricompensa.

Le attività a rischio di compulsione sono accomunate da un'inondazione di DA del sistema di ricompensa, che aumenta il desiderio ("craving") e invoglia a ripetere: dall'abuso di sostanze, alcool e fumo compresi, o di cibo con le sue predilezioni (il cioccolato, per esempio), al gioco d'azzardo, allo shopping compulsivo, fino all'onicofagia.

I GLP1-RA modulano il rilascio di DA per cui le attività di cui sopra diventano meno gratificanti e quindi perdono d'interesse.

Le potenzialità dei GLP1-RA in ambito neurologico si estendono poi alla prevenzione dello *stroke* ischemico e al contenimento dei danni ischemici e traumatici, e ad alcune forme di epilessia.

Sono stati osservati inoltre miglioramento dell'umore, del benessere emotivo e della qualità di vita anche in soggetti esenti da turbe psichiche, e smentiti i timori di rischio-depressione fino alle estreme conseguenze.

Altro, che il calo di peso!...



medicina di genere



di Loreley Bianconi

IL NOSTRO CENTRO DI FORMAZIONE MEDICINA DI GENERE HA COMPIUTO 8 ANNI!

Infatti è nato in delibera consigliare Omceo Rimini in data 15 gennaio 2018. Ne abbiamo fatta di strada... e, senza presunzione, siamo diventati un riferimento a livello Nazionale. Nell'anno passato Inflammaging, Intelligenza Artificiale e Ambiente sono stati gli argomenti trattati durante i Convegni organizzati dal Centro di Formazione Medicina di Genere.

22 MARZO 2025

Con il termine "Inflamm-aging", termine coniato dal Prof. Claudio Franceschi ossia infiammazione legata all'invecchiamento, si fa riferimento ad una infiammazione cronica, asintomatica e di basso grado che si verifica in assenza di infezione nell'età avanzata.

Questo stato infiammatorio cronico ha effetti nocivi sulla salute e contribuisce all'invecchiamento biologico e allo sviluppo di patologie legate all'età.

C'è una relazione profonda tra questa infiammazione cronica, questa *Inflammaging* e tutte le patologie età-associate: le patologie cardio-vascolari, aterosclerosi, il diabete, la malattia renale cronica, le malattie neurodegenerative, i tumori, depressione e sarcopenia.

Lo stile di vita, ossia un'adeguata

alimentazione per gli anziani accompagnata da un'attività fisica adeguata per età, associata all'assunzione di pro e prebiotici può contribuire a ridurre infiammazione e le patologie legate all'età.

Una delle più importanti sorgenti di stimoli infiammatori che sostengono l'*inflammaging* è costituita dalla continua "spazzatura molecolare" da parte delle cellule dei nostri organi e tessuti. Con l'invecchiamento i sistemi dedicati a smaltire questi scarti perdono efficacia, provocando così l'attivazione delle cellule-spazzini del sistema immunitario innato, come esempio i macrofagi.

25

Con il patrocinio di

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI RIMINI
MEDICINA DI GENERE
CENTRO DI FORMAZIONE MEDICINA DI GENERE
OMCEO
GIS-G
Ministero della Salute e Ministero delle Politiche Regionali

la medicina delle differenze

Tutta colpa dell'infiammazione?

Convegno promosso dal Centro di Formazione Medicina di Genere OMCEO Rimini

Sabato 22 marzo 2025
Sala Acqua Centro Congressi
SGR Rimini - Via Chiabrera 34

MODERATORI:
Loreley Bianconi
Sandra Tola
Riccardo Vatterio

8.15/8.30 Introduzione Loreley Bianconi	11.00/11.20 Cottica banale Sandra Tola
8.30/8.45 Salute delle autorità Marcello Grossi	11.20/11.40 Inflammaging, osso e malattie reumatiche: quali differenze di genere? Sandra Mazzaforni
8.45/9.00 Inflammaging e longevità: quali differenze di genere? Claudio Franceschi	12.00/12.40 Inflammaging e low dose medicine: quali differenze di genere? Simonetta Manucci
9.00/9.40 Inflammaging e malattie neurodegenerative: quali differenze di genere? Fabrizio Olivieri	12.40/13.20 Discussioni
9.40/10.20 Inflammaging e cancro: quali differenze di genere? Davide Tassinari	13.20 Conclusioni e Questionario di apprendimento ai fini ECM

RELATORI E MODERATORI
Loreley Bianconi - Coordinatore Centro di Formazione Medicina di Genere OMCEO Rimini
Claudio Franceschi - Professore emerito Alma Mater Studiorum, Università di Bologna
Marcello Grossi - Presidente OMCEO Rimini
Simonetta Manucci - Medico Endocrinologo, Università Campus BioMedico Roma
Sandra Mazzaforni - già Professoressa Ordinario di Neurologia, Direttore della UOC di Neurologia, Ospedale Psichiatrico, Università della Società di Specializzazione, Università di Roma
Fabrizio Olivieri - Professore di prima fascia MED-SDA/Patologia Generale, Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), Direttore Scientifico IRCCS Istituti Clinici
Davide Tassinari - Direttore U.O. Chirurgia di Rimini
Sandra Tola - Medico del Centro di Formazione Medicina di Genere OMCEO Rimini
Riccardo Vatterio - Membro del Centro di Formazione Medicina di Genere OMCEO Rimini

Il convegno è gratuito
Sono stati riconosciuti dal Ministero della Salute n. 5,2 crediti ECM per n. 100 Medici Chirurghi e Odontoiatri
Informazioni e iscrizioni on-line sul sito www.omceo.it/it

Allora ci chiediamo: esistono differenze di genere nell'*inflammaging*? E se le malattie età-associate condividono una comune origine infiammatoria allora diventa possibile curarle tutte assieme piuttosto che una alla volta come facciamo oggi e ciò entra nel campo della Geroscienza

24 MAGGIO 2025

Con "Intelligenza Artificiale" si definisce quell'insieme di tecniche che hanno l'obiettivo di realizzare programmi e sistemi che siano capaci di svolgere compiti propri delle competenze umane. Si arriva così ad ottenere dispositivi (*hardware* e *software*) capaci di operare in autonomia. L'IA permette quindi di ottenere macchine in grado di agire autonomamente. Un settore in cui l'uso dell'IA sta portando notevoli benefici è senza dubbio la Medicina. Infatti sta trasformando il mondo della sanità aprendo nuove prospettive, prende sempre più piede nell'ambito medico dalla diagnostica alla terapia, agli aspetti organizzativi fino alla semplice consultazione per informazioni sanitarie. Le reti neurali, ad esempio, vengono utilizzate per la diagnosi di alcune forme tumorali o per l'analisi del battito cardiaco. Permette lo sviluppo di robot d'accompagnamento

e di robotica medica in sala operatoria: una vera rivoluzione. Le potenzialità e le prospettive di questa nuova tecnologia sono in continua evoluzione ma è giusto soffermarsi anche sulle possibili criticità. Infatti l'IA non è esente dalla presenza di stereotipi o "*bias*", la disparità di genere può alterarne i risultati. I cosiddetti *bias*, ad esempio, possono rappresentare un limite all'utilizzo dell'IA in medicina. In un modello supervisionato se le etichette sono create erroneamente, il modello apprenderà dei dati errati. Quindi in ambito medico dobbiamo valutare le possibili implicazioni sugli strumenti diagnostici e le eventuali problematiche evidenziabili sotto il profilo etico e sociale. L'introduzione di queste tecnologie comporta sfide che non possono essere sottovalutate. Non può sostituire il giudizio clinico del medico ma deve essere visto come un alleato strategico. L'IA ridefinisce la Medicina di Genere offrendo soluzioni innovative per colmare il divario nelle cure sanitarie tra uomini e donne. Le disuguaglianze di genere rappresentano una sfida complessa e persistente anche nell'ambito delle cure sanitarie. Nonostante i progressi della medicina, le donne continuano ad essere sottorappresentate nei trial clinici e le terapie vengono svi-



Con patrocinio di

Intelligenza Artificiale e Medicina di Genere

la medicina delle differenze

Convegno promosso dal Centro di Formazione Medicina di Genere OMCGO Rimini

Sabato 24 maggio 2025
Sala Sole Centro Congressi
SGR Rimini - Via Chiabrera 34

MODERATORE:
Gino Agostini
Laura Baffari
Lorella Bianconi
Pierangelo Del Corso

8.30/8.45
Iscrizione partecipanti

8.45/9.00
Introduzione e saluto delle Autorità
Lorella Bianconi
Maurizio Grossi

9.00/9.40
Intelligenza artificiale: gli USA inventano, l'Europa regolamenta. Le ragioni economiche del ritardo europeo
Sergio Santoni

9.40/10.20
Intelligenza artificiale e intelligenza umana: limiti e futuro
Francesco Valagussa

10.20/11.00
Salute digitale: il benessere delle persone e il gender gap
Stefania Mancini

11.00/11.20
pausa lavoro

11.20/12.00
Intelligenza artificiale, medicina e genere
Sergio Santoni

12.00/12.40
Il ruolo dell'intelligenza artificiale nella ginecologia e medicina della riproduzione: dalla ricerca agli applicativi per la personalizzazione delle cure
Carlo Siliaco

12.40/13.20
Discussione

13.20
Conclusioni e Questionario di apprendimento ai fini ECM

RELATORI E MODERATORI:
GINO AGOSTINI: Istituto Centrale Scienze Cliniche e di Formazione Medicina di Genere OMCGO Rimini
LAURA BAFFARI: Istituto Centrale Scienze Cliniche e di Formazione Medicina di Genere OMCGO Rimini
LORELLA BIANCONI: Dipartimento Neurologia e Salute Mentale Fondazione IRCCS Ospedale Policlinico San Matteo Pavia
PIERANGELO DEL CORSO: Coordinatore Comitato Scientifico Centro di Formazione Medicina di Genere OMCGO Rimini
SERGIO SANTONI: Dipartimento Neurologia e Salute Mentale Fondazione IRCCS Ospedale Policlinico San Matteo Pavia
STEFANIA MANCINI: Istituto di Salute Digitale e Ricerca per la Famiglia di Genere
FRANCESCO VALAGUSSA: Professoro Ordinario di Genetica - Università Vita Salute San Raffaele Milano

Il convegno è gratuito
Sono stati riconosciuti dal Ministero della Salute n. 5,2 crediti ECM per n. 100 Medici Chirurghi e Odontoiatri
Informazioni e iscrizioni on line sul sito www.omcgo.it/3

medicina di genere

genere-specifici allo stato di salute: inquinamento atmosferico, inquinamento dell'acqua, inquinamento acustico, riscaldamento globale, scarsa biodiversità. In questo convegno abbiamo preso in considerazione l'ambiente nel senso più ampio della parola, non solo fisico ma anche bio-psico-sociale dove le differenze di genere influenzano sia gli effetti all'esposizione ai rischi sia le risposte a questi. Se salute significa benessere fisico, mentale e sociale è facile immaginare i danni sia dell'inquinamento sia di indicatori psico-sociali sullo stato di salute e come questi si differenziano in base al sesso e all'età della persona. La nostra salute viene influenzata da diversi fattori determinanti tra questi i geni, il comportamento e lo stile di vita, le condizioni socio-economiche e quelle ambientali. I fattori determinanti di salute rappresentano quindi il punto di partenza per una idonea prevenzione genere-specifica e la promozione di uno stile di vita salutare è alla base del mantenimento dello stato di salute di ogni individuo.

27

luppate su modelli maschili. Questo approccio ha spesso portato a cure meno efficaci per le donne, poiché la complessità delle loro risposte ai trattamenti viene sostanzialmente e sistematicamente sottovalutata. Ma il ruolo dell'IA nella medicina va oltre la semplice applicazione tecnologica; sollecita una rivalutazione delle condizioni umane, dell'identità e dell'etica delle cure sanitarie. Il nostro convegno ha riunito esperti leader di vari campi: tecnologia AI, neuroscienza, filosofia, etica e politica sanitaria, che ci hanno chiarito i cambiamenti trasformativi.

18 OTTOBRE 2025

Ambiente e salute formano un binomio inscindibile così come forte è il rapporto uomo-donna e ambiente, gli effetti sulla salute dei danni dell'ambiente sono innegabili per cui è importante salvaguardare la qualità del primo per prevenire danni alla salute. Ambiente sano e benessere ambientale sono la premessa indispensabile per la salute e il benessere delle persone. Tutto ciò che altera il nostro ecosistema causa gravi danni

Abbiamo parlato di Epidemiologia ambientale che studia la relazione fra ambiente e salute umana concentrandosi sugli effetti dell'esposizione a fattori ambientali sia fisici che chimici o biologici ma l'obiettivo è identificare e quantificare i rischi ambientali per la salute contribuendo alla prevenzione genere-specifica delle malattie legate all'ambiente. È stata trattata l'epigenetica sesso-specifica: come i fattori epigenetici, che modificano l'espressione genica senza alterare il DNA, influenzano lo sviluppo e la funzione di maschi e femmine in modo diverso. L'ambiente, lo stile di vita ed altri fattori esterni possono interagire con il nostro corredo genetico in modo specifico per sesso portando a differenze fenotipiche tra uomo e donna.

L'effetto dell'ambiente sul nostro epigenoma può avvenire già in ambiente intrauterino e successivamente per tutto l'arco della vita. L'epigenoma costituisce quindi l'interfaccia tra geni e ambiente. È stata valutata anche l'importanza dell'aspetto biopsicosociale dell'ambiente nell'insorgenza e nell'approccio di malattie come quello del disturbo di apprendimento (DSA). Obiettivo del convegno è stato quello di trattare a 360° il ruolo dell'ambiente sullo stato di salute in rapporto alle differenze di genere.

Vi riportiamo alcuni abstract gentilmente concessi dai relatori dell'ultimo convegno.

**CONVEGNO OMCEO
DI RIMINI 18 OTTOBRE 2025.
DAL MIO INTERVENTO:
"EPIGENETICA SESSO-SPECIFICA"**
abstract di Giuseppe Novelli

Se il DNA è il nostro libretto di istruzioni, perché un uomo e una donna, che condividono il 99,9% di quel libretto, hanno rischi così diversi di ammalarsi di patologie autoimmuni, cardiovascolari o neurologiche? "L'epigenetica è lo studio dei cambiamenti ereditabili che influenzano

l'espressione genica senza alterare la sequenza del DNA. Oggi esploreremo come questi meccanismi funzionino in modo drammaticamente diverso tra maschi e femmine, con profonde implicazioni per la nostra salute.

"I Cromosomi Sessuali: Il cromosoma X non è solo un cromosoma in più. È ricco di geni fondamentali per lo sviluppo cerebrale e immunitario. Le femmine (XX) hanno un processo unico, l'inattivazione del cromosoma X, un capolavoro di regolazione epigenetica che, se imperfetto, può portare a diverse suscettibilità. L'epigenetica ci dà un'immagine fluida e dinamica di chi siamo. Prospettive:

- Superare il "Bias Maschile": Per decenni, la ricerca preclinica si è concentrata sui ratti maschi. Ora sappiamo che è un errore enorme. I farmaci e le terapie devono essere testati e sviluppati tenendo conto delle differenze epigenetiche tra i sessi.

- Farmaci Epigenetici Sessospecifici: In futuro, potremmo avere farmaci che "resettano" o modulano i pattern epigenetici, progettati specificamente per il profilo ormonale e genetico di un uomo o di una donna.

Prevenzione Personalizzata: Comprendere il proprio "profilo epigenetico" potrebbe permettere strategie di prevenzione su misura (dieta, esercizio, gestione dello stress)





dei casi. Il disturbo di letto scrittura prevale nel sesso maschile, mentre quello di calcolo nel sesso femminile. Il disturbo di letto scrittura è diagnosticato in più della metà dei casi prima della quinta primaria, mentre la diagnosi di discalculia isolata o in comorbidità è più tardiva. Tra i fattori di rischio per la dislessia nei maschi la presenza di un ritardo di linguaggio in età prescolare è rilevata nel 33% dei casi, ma di questi solo un terzo ha ricevuto un trattamento logopedico. La letteratura suggerisce che disturbo di linguaggio e/o di letto-scrittura prevalente nei maschi è in parte legato all'azione inibitoria del testosterone fetale sulla normale migrazione neuronale nell'area temporale dell'emisfero sinistro. Invece per la prevalenza della discalculia nelle femmine prevale una spiegazione socioculturale, legata alle basse aspettative che il genitore ha per le abilità matematiche delle femmine: le madri ad esempio usano il lessico numerico nel terzo anno di vita coi loro figli maschi e molto meno con le figlie femmine. Allo stesso modo gli insegnanti delle elementari non segnalano le femmine per sospetta discalculia, perché ritengono normale che le femmine non siano portate per la matematica. Ne consegue che il sistema sanitario dovrebbe rivolgere maggiore attenzione al disturbo di linguaggio in età prescolare e il sistema scolastico alle abilità matematiche nella scuola elementare.

diverse per uomini e donne. "Siamo più dei nostri geni. Siamo i direttori della nostra orchestra epigenetica. E comprendere le differenze tra i sessi è come imparare a leggere la partitura per suonare la musica al meglio, per ogni musicista."

Approfondimento su:
Genetica medica : Dallapiccola - Novelli Amazon.it - <https://www.amazon.it> › Genetica Medica ISBN-13. 979-1280774064 #epigenetica, #gender, #medicina, #sesso, #biologia

IL MODELLO BIOPICOSOCIALE NELL'APPROCCIO AL DISTURBO SPECIFICO DI APPRENDIMENTO FRANCESCO CIOTTI RIMINI 18 OTTOBRE 2025
abstract di Francesco Ciotti

Dall'analisi di 444 minori afferiti al centro privato "Studio A.MI.CO" di Cesena nel periodo 2016-2024 con diagnosi finale di DSA emergono risultati importanti rispetto alla differenza di genere per il disturbo di calcolo e per il disturbo di lettoscrittura. La comorbidità della discalculia col disturbo di lettura e/o di scrittura rappresenta il 38%

ESPOSIZIONE A MICRO E NANOPLASTICHE: RISCHI ED EFFETTI GENERE-SPECIFICI
Sabrina Tait – Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità

La produzione e l'utilizzo della plastica crescono in modo esponenziale ogni anno. Le micro- e nanoplastiche

(MNP) sono particelle più piccole di 5 mm e 1 micron, rispettivamente, la cui presenza nell'ambiente e nella catena alimentare è ormai pervasiva. Fra le fonti primarie vi sono i prodotti per la cura personale, l'industria tessile, le vernici, i detersivi, in cui le MNP vengono impiegate per aumentare l'efficienza di abrasione o la resistenza. Le fonti secondarie, invece, sono rappresentate da tutti i prodotti plastici che, sversati nell'ambiente, vanno incontro a frammentazione da parte degli agenti atmosferici, disperdendosi negli oceani; trasportate dall'aria, le MNP contaminano poi il suolo ed entrano nella catena alimentare. Le MNP possono avere varie forme (sfere, fibre, particelle irregolari), colori, composizione chimica (a seconda del polimero di cui sono costituite) e carica elettrica. Durante la produzione, alle MNP vengono aggiunti additivi che ne aumentano la malleabilità (es. bisfenolo A e ftalati) e ne impediscono l'infiammabilità (ritardanti di fiamma). Molti di questi additivi sono interferenti endocrini che, quindi, alterano l'omeostasi ormonale o le vie di segnale dei recettori nucleari steroidei. Inoltre, data la loro elevata superficie, le MNP possono adsorbire numerosi contaminanti ambientali fra cui pesticidi, com-

posti organici persistenti e metalli pesanti, ma anche microrganismi. La popolazione generale è esposta a MNP attraverso il contatto dermico, l'inalazione e l'assunzione di cibo e acqua contaminati attraverso la dieta. Le particelle più grandi vengono per lo più escrete, mentre quelle più piccole riescono a passare le principali barriere (intestinale, polmonare, etc.), entrare nel flusso ematico e raggiungere gli organi periferici dove possono accumularsi. A livello cellulare le MNP penetrano attraverso la membrana con meccanismi diversi, a seconda delle dimensioni, determinando un aumento dello stress ossidativo. Diversi studi su animali indicano che l'esposizione a MNP induce effetti sesso-specifici sul sistema riproduttivo, con una opposta modulazione dei livelli ormonali nei due sessi e con una complessiva riduzione della fertilità.

Analogamente, effetti sesso-specifici sono stati osservati a livello del neurosviluppo, con alterazione dei neurotrasmettitori e del comportamento solo nelle femmine. Complessivamente, però, gli studi sui reali livelli di esposizione della popolazione generale, considerando età, sesso/genere, stile di vita ed area geografica di residenza sono scarsi. Inoltre, gli studi condotti finora non hanno tenuto conto della complessità delle MNP (dimensioni, forma, additivi, contaminanti associati, etc.), valutando un solo tipo di particella e senza studiare l'effetto dovuto ad esposizione multipla. Occorrono quindi più studi mirati per chiarire meccanismi ed effetti sesso/genere-specifici delle MNP, che rappresentano un rischio fisico, chimico e anche biologico, per la salute umana ed ambientale.





LA MEDICINA CULINARIA UN NUOVO APPROCCIO

di Maurizio Della Marchina

LA **MEDICINA** culinaria può essere considerata come una commistione fra arte medica e culinaria, ovvero fra caratteristiche prettamente empirico-osservazionali e stili di vita abitudinari e consolidati. Da tali premesse emerge il concetto di equilibrio omeostatico fra terapie e tecnologie sanitarie, fra alimentazione e benessere, aprendo il campo ad un filone di ricerca che considera gli effetti positivi o negativi fra gli alimenti e le condizioni di buona salute. Naturalmente si deve considerare, oltre all'alimentazione, lo stile di vita, l'esercizio fisico ed i fattori di natura ambientale. Alla base di siffatte valutazioni si è posto il rapporto fra alimentazione e malattia, giungendo ad affermare che non è solo la composizione

dei singoli nutrienti ad influenzare lo stato di salute, ma anche e soprattutto è il destino metabolico dei nutrienti stessi.

Da queste acquisizioni emerge il concetto di medicina culinaria intesa come una nuova e più valida conoscenza delle modalità di trattamento dei cibi e degli alimenti per ottenere effetti più salutari e piacevolmente soddisfacenti in termini di nutrizione.

Il rapporto fra salute ed alimentazione è decisamente complesso è divenuto una vera e propria disciplina scientifica che include una notevole quantità di variabili da valutare con metodi osservazionali-descrittivi ed epidemiologici.

In ultima sintesi possiamo affermare che il concetto di benessere individuale include multiple

31



variabili clinico-sociali e culturali che possono trovare la propria sintesi nel concetto di medicina culinaria che include una decisa componente educativa nei riguardi della popolazione generale ed una componente più strettamente didattica nei confronti della professione medica e del suo aggiornamento.

Si deve tenere ben presente che il ruolo della medicina culinaria non è, né può essere, strettamente curativo, bensì più decisamente preventivo, sia diminuendo la tendenza ad ammalarsi, ma anche contribuendo a limitare il carico terapeutico e gli effetti dei quadri patologici.

È fondamentale tenere presente qual è il ruolo maggiormente caratterizzante questa tipologia di arte medica, ovvero la lotta all'infiammazione cronica di basso grado e l'iperossidazione, eventi questi facilitanti l'insorgenza di patologie neoplastiche, metaboliche e di patologia cardiovascolare. L'infiammazione

È un fenomeno fisiopatologico su cui si basano i meccanismi immunitari che contrastano gli insulti traumatici o batterici e/o virali e che tende a riportare in una

situazione omeostatica di restituito ad integrum l'intero organismo. Essa può avere caratteristiche di acuzie, con recupero completo dello stato quo ante o di cronicizzazione, con alterazioni cellulari, metaboliche o immunitarie ad essa correlate, spesso esprimendosi come condizione di flogosi cronica di basso grado (ICBG).

Tale condizione può estrinsecarsi come facilitante l'insorgenza di quadri metabolici, tumorali o cardiovascolari, rilevabili con l'aumento dei biomarcatori proinfiammatori, quali le interleuchine, il TNF, la PCR, la VES. La flogosi cronica di basso grado viene inoltre condizionata dall'aumento dei lipopolisaccardi la cui permeabilità intestinale viene incrementata dalla dieta ricca di acidi grassi, specie quelli saturi, con alterazione del microbiota. Sottolineiamo inoltre come i ROS (reactive oxygen species), radicali liberi dell'ossigeno, sono molecole che si formano costantemente a livello endocellulare nel corso dei processi di respirazione cellulare e di produzione energetica.

Questi eventi possono condizionare la produzione di molecole instabili ed aggressive che devono venire neutralizzate da adeguati sistemi antiossidanti; altrimenti si instaura una condizione di stress ossidativo decisamente deleteria e pericolosa per la salute dell'organismo.

Vi sono alcune situazioni che condizionano l'insorgenza di flogosi cronica di basso grado con i rischi correlati:

- il consumo di acidi grassi saturi, specie quelli di origine industriale;
- il ridotto consumo di acidi grassi poliinsaturi a lunga catena;
- l'eccessiva assunzione di carboidrati ad elevato indice glicemico;
- il ridotto consumo di fibre vegetali



presenti nella frutta e verdura;
la mancata osservanza dei cicli
circadiani;
la diminuita attività fisica.

FABBISOGNO ENERGETICO E STATO DI SALUTE

La quantità di energia adeguata per lo svolgimento delle varie attività metaboliche costituisce il fabbisogno energetico (FE) che comprende il metabolismo basale, l'attività fisica e la termogenesi alimentare rispettivamente per il 65-70%, il 20-40% ed il 7-14%

Ne discende che nel computo del fabbisogno di energia bisogna valutare lo stile e le abitudini di vita dei singoli soggetti, l'età, la tipologia dell'attività fisica, i fattori ambientali e la geolocalizzazione.

Per valutare lo stato di salute dei singoli individui vanno inoltre considerati i valori antropometrici, quelli metabolici e gli stili di vita, considerando anche le modalità di trattamento dei cibi e le caratteristiche geografiche ed abitudinarie.

Nella definizione di una consuetudine alimentare con finalità preventive per ridurre i rischi dell'insorgenza di eventi patologici vanno considerati:

Lo stato di salute, che include i fattori antropometrici ed individuali ed i test di laboratorio adeguati;
Le fonti energetiche disponibili (CHO, lipidi e fonti alternative;
La scelta del cibo ed il suo trattamento (tradizioni, familiarità, crononutrizione), l'origine e la tracciabilità, nonché l'evoluzione culinaria.

MICROBIOTA E CERVELLO

L'asse intestino-cervello è stato oggetto delle più recenti ricerche valutanti le relazioni fra il microbiota

intestinale, inteso come complesso ecosistema formato da batteri, virus e miceti che colonizzano il tratto intestinale e che esercitano un notevole influsso sulla salute mentale e sulle performances cerebrali.

Ne consegue che dieta ed alimentazione influenzano la produzione di neurotrasmettitori e di altri processi che influiscono sulla funzione cerebrale.

Alcuni fattori caratterizzano le relazioni fra processi alimentari, microbiota e funzione cerebrale:

- la fibra ed i carboidrati complessi rendono più agevole lo sviluppo di microorganismi intestinali benefici, quali i bifidobatteri ed i lattobacilli, ad azione favorevole sull'attività cerebrale;
- gli alimenti fermentati, come yogurt e kefir, a base di probiotici potenziano le funzioni cognitive per lo sviluppo del microbiota
- le diete ricche di grassi saturi e di zuccheri facilitano lo sviluppo di una flora batterica intestinale dannosa e l'insorgenza di disturbi mentali;
- la dieta mediterranea, a base di frutta, verdura, pesce, olio di oliva, cereali integrali si correla con una migliore salute cerebrale ed una più valida difesa dai processi ossidativi;
- la disbiosi intestinale induce una condizione di squilibrio del microbiota e facilita le turbe neurodegenerative.

L'asse microbiota-intestino-cervello possiede un'azione bidirezionale mediata dal sistema immunitario, da quello neuroendocrino e da quello circolatorio, mettendo in funzione un insieme di metaboliti, neurotrasmettitori ed ormoni che, in ultima sintesi, evocano turbe del comportamento sociale, della performance fisica e,

spesso, l'insorgenza di patologie neurodegenerative.

La dieta svolge un ruolo basilare nel modulare azione e composizione del microbiota intestinale e, in ultima analisi, comportamenti e performance cerebrali.

Diversi sono i comportamenti della dieta non occidentale e di quella occidentale sul microbiota, sulla produzione di acidi grassi a corta catena e sull'azione sul SNC, nella prima aumentano gli SCFAs (acidi grassi a catena corta) e migliorano le turbe dell'umore, mentre nella seconda la sostanziale diminuzione del microbiota e degli SCFAs causano aumento dell'ansia e dei fenomeni depressivi.

CRONONUTRIZIONE

Ogni essere vivente possiede un orologio biologico che regola a seconda dell'alternanza luce/buio le funzioni delle diverse attività

organiche secondo ritmi circa-ultra ed infradiani. La luce ambientale è il sincronizzatore principale dei diversi fenomeni organici, e l'assunzione del cibo, unitamente ai processi ad essa connessi costituiscono un importante regolatore dei ritmi metabolici e nutrizionali.

Numerose sono le variabili correlate con le variazioni circadiane dell'assunzione del cibo e gli indicatori dello stato di salute, quali il peso corporeo e la sensibilità all'insulina. È stato proposto un CP-D (chrononutrition profile-diary) che definisce l'insieme dei componenti più facilmente coinvolti nelle diverse componenti crononutrizionali, quali il salto della colazione, un pasto più abbondante, la cena serale e la latenza serale, l'alimentazione notturna e la finestra temporale dei pasti.

Un ruolo fondamentale nei riguardi della glicemia postprandiale e della



sensibilità all'insulina può essere svolto dalla introduzione della maggior parte del carico calorico entro pranzo ed il periodo più strettamente postprandiale ed evitare la cena nelle ore della tarda serata.

PATOLOGIE ED ALIMENTAZIONE

Come è ormai ben noto vi sono alcune patologie nelle quali l'alimentazione influisce nella loro insorgenza ed evoluzione, sia in fase preventiva che evolutiva; a questo proposito il sovrappeso e l'obesità rappresentano un evidente fattore di rischio per la loro evoluzione e progressione.

-L'obesità

Oggigiorno il sovrappeso diffuso costituisce una vera e propria evenienza patologica a carattere epidemico, triplicando la propria prevalenza negli ultimi 40 anni. L'Indice di Massa Corporea (BMI), che valuta il peso e l'altezza, definisce bene questa patologia e la suddivide in tre classi a seconda dei valori di BMI da 30 a più di 40.

L'obesità è l'end point di un bilancio energetico positivo derivante da un introito calorico eccessivo e protratto, regolato dalla struttura ipotalamica del SNC, che elabora i segnali periferici relativi allo stato nutrizionale del soggetto.

In particolare, il GLP-1 (peptide glucagone simile), la CCK (colecistochinina) e la grelina definiscono inizio e fine del pasto, promuovendo la sazietà o la fame, mentre la leptina fornisce alle strutture nervose centrali informazioni sul dispendio energetico.

L'aumento esponenziale dell'obesità vede la sua ragione d'essere nella interazione fra fattori ambientali e genetici.

Nella lotta all'obesità gioca un ruolo essenziale l'assunzione di alimenti che forniscano un protratto senso di sazietà indotto in primis dalle proteine, poi dai carboidrati ed infine dai lipidi, e dall'apporto di fibra che riduce i picchi glicemici e l'assorbimento dei CHO.

-L'ipercolesterolemia

È una condizione clinica indotta dai valori di colesterolo totale per aumento del colesterolo contenuto nelle lipoproteine a bassa densità (C-LDL) usualmente considerato (colesterolo cattivo, per i suoi effetti sull'organismo).

Tre tipologie di ipercolesterolemia vengono ora descritte, la Ipercolesterolemia poligenica, molto frequente, dovuta all'azione di più geni per effetto cumulativo, essa compare in età adulta ed è associata allo sviluppo di cardiopatia ischemica; il suo trattamento è soprattutto dietetico e ponderale, con eventuale aggiunta di statine. La Iperlipemia combinata familiare è caratterizzata dalla presenza di valori colesterolemici ed ipertrigliceridemici, dalla associazione di elevata morbilità di tipo metabolico, con diabete e sindrome metabolica. Il trattamento è basato sulla riduzione del peso e dell'apporto di carboidrati semplici ed alcol, dell'eventuale aggiunta di statine e/o ezetimibe.

L'ipercolesterolemia familiare è la forma più severa, con trasmissione verticale dovuta ad una mutazione genica e presenza di un recettore difettoso per le L-DL a livello epatico. Essa si associa alla presenza di xantomi o xantelasmi, di patologie cardiovascolari anche precoci.

La dieta è prevalentemente ipocalorica ed ipolipidica, ricca di fibre, associata all'uso di statine, ezetimibe o ad inibitori del PCSK9.

-La sindrome metabolica

È caratterizzata da glicemia a digiuno superiore a 5,6 mmol/l, colesterolo HDL inferiore a 1,0 mmol/l negli uomini o 1,3 mmol/l nelle donne, trigliceridemia superiore a 1,7 mmol/l, circonferenza della vita superiore a 102 cm negli uomini o 88 cm nelle donne, pressione arteriosa superiore a 130/85 mmHg.

La sua patogenesi è sicuramente polifattoriale, includendo fattori genetici ed acquisiti.

La S.M. presenta, come tratto frequente, l'insulino resistenza che induce aumento degli acidi grassi liberi (FFA) circolanti, con riduzione della captazione di glucosio muscolare ed attivazione della gluconeogenesi e lipogenesi epatica. Questi eventi sono tossici per le cellule di Langerhans ed inducono la riduzione della secrezione insulinica nel long term; inoltre viene facilitata la comparsa di ipertensione e l'insorgenza di una condizione procoagulativa e di insulinoresistenza che, con l'aumento degli FFA al fegato, costituendo la cosiddetta dislipidemia aterogena.

Inoltre è frequente la comparsa di infiammazione sistemica di basso grado (ISBG), condizione centrale della patologia aterosclerotica, con insorgenza delle patologie ateromasiche acute; l'eccessivo introito calorico legato alla iperalimentazione e la scarsa attività fisica inducono l'accumulo di tessuto adiposo a livello viscerale (aumento del grasso addominale), evidenziato dall'aumento della circonferenza addominale.

-Il diabete mellito

La patologia diabetica è caratterizzata da iperglicemia cronica per insufficiente produzione dell'ormone da parte del pancreas

o per insufficiente azione dello stesso (insulinoresistenza). Ad essa sono associate, con frequenza costante, le complicanze d'organo a livello neuropatico, retinopatico, nefropatico e cardiovascolare.

A livello del fegato l'insulina attiva il metabolismo del glucosio (glicolisi), diminuisce la degradazione del glicogeno (glicogenolisi) ed attiva la sintesi del glucosio (gluconeogenesi).

A livello muscolare l'insulina promuove la captazione del glucosio, la glicolisi e la sintesi del glicogeno.

A livello del tessuto adiposo l'insulina aumenta la captazione del glucosio da parte degli adipociti e la lipogenesi, con inibizione della lipolisi.

Quindi l'ormone beta-insulare induce un aumento di metabolismo e della clearance glucidica e riduzione della sua produzione ed immissione in circolo.

La malattia diabetica viene suddivisa in diabete di tipo 1 e di tipo 2 a seconda che l'iperglicemia dipenda dal deficit secretorio insulinico o dalla insulinoresistenza.

Lo scopo della terapia del diabete è di evitare il più possibile i picchi glicemici e ridurre il più possibile le complicanze d'organo.

Nella terapia del diabete tipo 2 si tende ad indurre un calo ponderale inducendo un deficit energetico di 300-500 kcal, una riduzione dell'apporto di colesterolo 250-300 mg/die ed un supplemento dietetico di fibra, con riduzione dell'indice glicemico.

-Le malattie cardiovascolari

È noto che un numero notevole di studi clinici ha posto l'attenzione sulla prevenzione dello sviluppo della placca aterosclerotica e, di converso, sull'insorgenza delle cardiovasculopatie.

Il più deleterio potere aterogeno

è posseduto dal colesterolo LDL a livello ematico, particolarmente quando esso supera i 115mg/dl e ad esso si oppongono i cibi protettivi presenti nella dieta mediterranea. Altri fattori proaterogeni sono rappresentati dai trigliceridi, dalla PCR, le infezioni da *C. pneumoniae* e da *helicobacter pylori*, dall'omocisteina e da variabili genetiche particolari.

Esistono inoltre elementi che riducono il colesterolo "cattivo"; fra di essi rammentiamo gli acidi grassi insaturi, le fibre alimentari, gli steroli vegetali, i polifenoli, il potassio, il magnesio, le vitamine A, E, C.

La medicina culinaria, combinando attentamente i cibi protettivi della dieta mediterranea permette di esercitare un'azione antiateromica; le principali società scientifiche (ESC, SINU, OMS) hanno così stabilito le dosi raccomandate di cibi protettivi:

- *cereali e farine integrali (70-85 g/die)
- *frutta fresca (200-240 g/die)
- *verdura fresca (200-360 g/die)
- *legumi (50-150 g/die)
- *noci (30 g/die)
- *olio extravergine di oliva (30-40 ml/die)
- *cioccolato (30 g/die, fondente 70%)
- *carne bianca (100 g/2-3 volte la settimana)
- *pesce (specie azzurro) (150 g/1-2 volte la settimana)

Vi sono inoltre anche elementi svantaggiosi:

- *zuccheri (10% della quota calorica)
- *prodotti caseari (a basso contenuto lipidico)
- *sale (3-5 g/die)
- *vino o alcol (ridurre l'assunzione il più possibile)
- *caffè e tè (3-5 tazzine/die)

Consideriamo infine altri fattori alimenti-placca:

- *microbiota intestinale (di tipo protettivo riducono la placca)

- *fumo di sigaretta (proaterogeno)
- *sesso femminile (protettivo fino alla menopausa)
- *Indice di Massa Corporea (non superare valori superiori a 25 Kg/m²)
- *attività fisica aerobica (protettiva)
- *ipertensione arteriosa (proaterogena se non trattata)
- *diabete mellito (proaterogeno)
- *Patologia renale cronica (accresce la placca)

Compito della medicina culinaria è il predisporre la giusta combinazione quali e quantitativa della preparazione di alimenti in modo da conferire appetibilità dei cibi ed azione protettiva tipica della dieta mediterranea.

37

ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Gli alimenti possono evocare reazioni avverse, di natura allergica o, comunque, anomala.

Esse sono di natura

- Non tossica, immunomediata o non immunomediata; le prime possono essere IgE-mediate (allergia alimentare, orticaria, etc) o miste o non IgE-mediate (celiachia, proctocolite, enterocolite ed enteropatia da proteine alimentari, sindrome sistemica da nichel); le seconde costituiscono il capitolo delle intolleranze (metaboliche, come l'intolleranza al lattosio e favismo; idiopatiche o farmacologiche (da caffeina, salicilati, tiramina, istamina);
- Tossica (contaminazione da tossine, come l'avvelenamento da funghi, da contaminazione batterica, come la s. sgombroide, la s. da solfiti e la contaminazione da sostanze chimiche.

La permeabilità intestinale è uno dei principali fattori correlati alla insorgenza delle allergie alimentari perché l'alterata permeabilità della barriera intestinale induce

una aumentata sensibilità a fattori ambientali, con modificazione del microbiota intestinale.

Alcuni fattori intercomunicativi alterano molte funzioni dell'intestino (motilità e secrezione), con riflessi sulle funzioni del S.N.C. (umore, stress e memoria) e sul metabolismo.

LE MALATTIE CRONICHE INFIAMMATORIE INTESTINALI (IBD)

Le patologie di maggiore impatto su cui intervenire anche sotto il profilo dietetico-nutrizionale sono principalmente la malattia di Crohn e la colite ulcerosa (IBD).

Alcune considerazioni vanno tenute presenti in questo tipo di patologie, in particolare il consumo di carboidrati raffinati, di grassi trattati chimicamente, la diminuzione del consumo di fibre alimentari, le reazioni allergiche al glutine e l'uso di latte non adeguatamente pastorizzato.

Numerosi pazienti affetti da IBD presentano situazioni malnutrizionali, specie coloro che, affetti dal M.di Crohn, manifestano anemia e spesso la riduzione dell'assunzione dietetica ne è responsabile.

Inoltre, durante le riacutizzazioni flogistiche si manifesta la perdita di sostanze proteiche attraverso la mucosa intestinale infiammata, in particolare albumina ed immunoglobuline.

La presenza di steatorrea causa perdita di vitamine liposolubili, come A, D, E, K ed anche B12; bisogna inoltre tenere conto dei possibili effetti iatrogeni del cortisone, della sulfasalazina, della colestiramina e degli antibiotici usati a scopo terapeutico.

Il principale scopo resta quello di evitare l'insorgenza della malnutrizione e, a seconda della fase clinica della malattia ci si orienta

da una dieta leggera ed idratante, caratterizzata dal frazionamento dei pasti, dall'abolizione di cibi associati alla produzione di gas e dall'utilizzo di alimenti contenenti fibra ben tritata e cereali finemente macinati. Importante, specie durante le fasi di inattività della patologia, l'utilizzo di prebiotici (nutrienti solubili che facilitano crescita e sviluppo di batteri utili sulla flora intestinale (es. bifido e lattobatteri), i quali vengono fermentati a livello colico da parte dei batteri residenti).

Anche i probiotici vengono utilizzati, essi sono microorganismi naturali della flora intestinale che restano immutati durante il transito colico e si moltiplicano a livello intestinale.

Sono rappresentati dai lattobacilli, dai bifidobatteri, streptococchi e saccaromiceti; attualmente essi vengono spesso usati nell'intolleranza al lattosio e talora vengono associati, costituendo i simbiotici.

L'uso di queste sostanze può facilitare la ricostituzione dell'integrità della membrana mucosa, e l'eliminazione delle tossine, nonché la modulazione del sistema immunitario intestinale.

Facile è l'insorgenza, talora temporanea, di una intolleranza al lattosio, specie durante le poussées flogistiche, in cui è bene utilizzare alimenti a basso tenore di lattosio, riservando l'uso di farmaggio stagionato (tipo parmigiano) che soddisfa la necessità del fabbisogno calcico.

La fibra alimentare costituisce una componente di origine vegetale di tipo carboidratico che non viene digerito (o lo viene solo parzialmente) a livello intestinale, essa può essere solubile o non solubile.

I microorganismi del colon

trasformano la fibra in acidi grassi a catena corta, che svolgono un ruolo importante nel mantenimento del benessere intestinale, riducendo le problematiche della colonpatia ulcerosa.

Esse legano l'acqua e regolano i movimenti intestinali, ammorbidendo le feci dure e addensando quelle sciolte; legano le tossine e gli acidi biliari, infuendo sul metabolismo del colesterolo.

Una buona assunzione di liquidi è fondamentale, riducendo però il loro apporto nelle fasi di riacutizzazione della patologia.

È inoltre importante ricordare come l'introito di sostanza alcolica debba non superare i 10 grammi al dì nelle donne e 20 negli uomini (10 gr = 100ml di vino o 250 di birra).

PATOLOGIA NEOPLASTICA

Sull'insorgenza e dinamica dello sviluppo tumorale l'alimentazione esercita un ruolo decisamente non di secondo piano; regimi alimentari squilibrati ad elevato contenuto calorico, grassi saturi, zuccheri raffinati ed alimenti modificati artificialmente facilitano decisamente l'insorgenza di neoplasie.

È decisamente documentato l'effetto dell'assunzione di carne rossa sulla comparsa del tumore al colon-retto, così come uno squilibrio alimentare delle sostanze zuccherine facilita la comparsa di patologie neoplastiche al seno ed al pancreas e troppi grassi saturi sono correlati a tumori di prostata e seno.

Per converso, l'assunzione equilibrata di alimenti ricchi di frutta, verdura, cereali integrali e legumi apportano all'organismo sostanze bioattive che contrastano i fenomeni infiammatori ed i danni cellulari alla base degli eventi cancerogeni.

Per potere attuare utili difese terapeutiche è importante conoscere

le correlazioni intercorrenti fra alimentazione, dieta e cancro.

I meccanismi alla base della proliferazione cellulare incontrollata che caratterizza i fenomeni tumorali sono sintetizzabili nelle alterazioni proteiche e nella crescita cellulare tumultuosa causate da mutazioni genetiche ed epigenetiche che stanno alla base della proliferazione tissutale con deficit della risposta immunitaria e formazione del tumore.

Inoltre, l'obesità induce infiammazione cronica a livello sistemico che attiva messaggi intracellulari favorenti la proliferazione cellulare stessa ed induce una neoangiogenesi deleteria.

Anche gli squilibri ormonali indotti dalla errata alimentazione causano una catena di eventi metabolici caratterizzati da iperinsulinemia, insulinoresistenza e flogosi sistemica, mentre troppi grassi saturi attivano fenomeni ormonali sia estrogenici che androgenici che causano cancro nei loro organi bersaglio.

Ricordiamo inoltre il ruolo svolto dal microbiota intestinale nella interazione fra l'alimentazione ed il rischio di comparsa di patologia tumorale.

Gli effetti dell'influsso dietetico su presenza e composizione del microbiota sono decisamente importanti; una disbiosi intestinale si traduce facilmente in turbe del sistema immunitario e della presenza batterica, con trasformazione di proteine (specie quelle di origine animale)

in composti potenzialmente cancerogeni, con danno a livello del DNA cellulare dell'intestino ed insorgenza di eventi neoplastici.

In sintesi, pure non possedendo acquisizioni definitive sulle

interazioni fra alimentazione e fenomeni cancerogeni, possiamo fornire alcune linee-guida valide nella scelta alimentare:

- aumentare il consumo di frutta e verdura, ricche di antiossidanti, capaci di proteggere le cellule dalle alterazioni del DNA indotte dai radicali liberi e dalla flogosi cronica;
- aumentare uso e consumo di fibre per migliorare il transito intestinale e ridurre l'azione locale delle sostanze cancerogene;
- ridurre l'uso di carni rosse lavorate e preferire l'introito di carni bianche e pesce;
- ridurre l'apporto di grassi saturi e trans, (presenti nei cibi di natura animale e nei fritti), utilizzando grassi ed oli vegetali non idrogenati;
- ridurre l'assunzione di zuccheri ed alimenti ad alto indice glicemico, limitando l'uso di zuccheri aggiunti;
- aumentare l'uso di sostanze alimentari ricche di antiossidanti, facilitando così la protezione cellulare dai radicali liberi (bacche, frutta e verdura di colore scuro, tè verde, cioccolato fondente, frutti di mare);
- ridurre o eliminare l'uso di bevande alcoliche;
- utilizzare sistemi di cottura sicure, (a bassa temperatura, riducendo i tempi di esposizione al calore ed il contatto con il fuoco).

DEMENZE

Sono manifestazioni patologiche tipicamente coinvolgenti l'età avanzata, di cui l'espressione più caratteristica è la malattia di Alzheimer.

Sono caratterizzate da turbe cognitive e psico-comportamentali, con compromissione delle attività strumentali e progressiva perdita dell'autonomia.

L'insorgenza di questa patologia in giovane età (meno di 44 anni) vede

come fattore di rischio la bassa istruzione; in età media (45-65 anni) la perdita dell'udito, elevati livelli di LDL, depressione, traumi cranici, inattività fisica, diabete, fumo, ipertensione, obesità, abuso di alcol; in tarda età (più di 65anni) l'isolamento sociale, l'inquinamento atmosferico, la perdita della vista.

Gli interventi di prevenzione primaria vedono come goal il trattamento di glicemia e lipemia, l'eliminazione del fumo e dell'alcol, la riduzione dell'obesità, il fare attività fisica ed il trattamento della ipertensione arteriosa, nonché il trattamento dei deficit uditivo e visivo; importante inoltre è la socializzazione ed il potenziamento della scolarità. Per quanto concerne l'approccio dietetico la riduzione dei grassi e delle calorie è essenziale, accompagnata da un approccio di tipo mediterraneo.

IN SINTESI

La medicina culinaria affronta i diversi aspetti dell'alimentazione e della somministrazione dei cibi, dal tipo di cottura, ai condimenti, alla combinazione dei diversi ingredienti per acquistare e mantenere un valido stato di salute senza, peraltro, rinunciare al piacere della tavola. È dimostrato che il fallimento di molte diete è causato dal loro approccio quasi "punitivo" che ci porta lontano da un'alimentazione piacevole e di soddisfazione, pertanto è importante considerare di unire scienza medica nutrizionale e tecniche da chef.

La medicina culinaria permette di unire quanto è noto sulle varie patologie ed i relativi processi fisiopatologici con il miglioramento dello stato di salute e la prevenzione delle malattie ottenuti da un'attenta condotta alimentare.

È stata riformulata la composizione

calorica dei piatti in maniera tale da ottenere un'alimentazione equilibrata, tale da potere essere sostenuta a lungo ed anche quotidianamente.

A questi fini è importante conoscere i corretti abbinamenti dei cibi per mantenere l'indice glicemico su valori accettabili, onde evitare il senso di fame, l'iperalimentazione, con conseguente iperinsulinemia e l'innescò di fenomeni degenerativi ed infiammatori.

Molto importante è il metodo di cottura dei cibi, onde abbassare l'indice glicemico non sostituendo ad estremo i carboidrati con le proteine, come spesso accade nelle diete scorrette, sovraccaricando così reni e fegato, ma abbinandoli alle fibre solubili dei vegetali che agiscono sull'assorbimento dei nutrienti.

Anche il trattamento dei cibi svolge una importanza notevole, per rendere i carboidrati meno assimilabili, ad esempio la cottura della pasta al dente o il raffreddamento del cibo in frigorifero per 12 ore prima del consumo, che rende gli amidi di più difficile assorbimento.

Altri accorgimenti sono la scelta di padelle antiaderenti, lo sgrassamento dei salumi nel forno a microonde per dimezzare i grassi, l'uso di spezie o di parmigiano per ridurre il sale, del miele o dello sciroppo di acero per usare meno zucchero e del latte ad alta digeribilità per mantenere un sapore dolciastro.

Importanti poi sono gli accorgimenti utili a diminuire il carico calorico delle ricette, in aggiunta all'uso di molte verdure, contenenti acqua e fibre, si devono utilizzare i due elementi a carico calorico zero, cioè acqua ed aria che rallentando lo svuotamento gastrico aumentano la sazietà. (il migliore antipasto è rappresentato

da una porzione di verdura, unita a due bicchieri di acqua).

Altro accorgimento utile nella corretta somministrazione alimentare è una attenta metodica di frittura dei cibi, il cui effetto negativo va ricondotto più alla produzione di sostanze nocive ed ai grassi utilizzati. Si devono usare olii ricchi di acidi grassi monoinsaturi, come quello di oliva, di girasole o di arachidi, tenendo la temperatura a 160°, onde evitare la formazione di acrilammide, molto tossica e dannosa; il cibo fritto va rapidamente tamponato dopo la cottura, inoltre sarebbe opportuno effettuare una leggera panatura, usando poco pangrattato o la farina di riso.

Bisogna rammentare l'importanza del momento in cui si assume il cibo, ovvero della crononutrizione, rispettando i ritmi biologici dell'organismo e metabolizzando correttamente i nutrienti.

A esempio negli orari serali non è opportuno introdurre alimenti pesanti ed energetici, perché verrebbero favorite alterazioni dell'assetto metabolico, con insorgenza di sovrappeso, obesità e diabete; i migliori momenti per l'apporto alimentare sono gli orari 8-16, oppure distribuendo il cibo fra le 8 e le 20 e riservando le ore notturne al digiuno.

Da non dimenticare l'osservazione dei più corretti abbinamenti dei nutrienti; ad esempio l'associazione degli zuccheri con le fibre solubili, riduce del 20% l'assunzione calorica; i precursori della vitamina A (presenti in verdure rosse e gialle) vengono assimilati se associati ai grassi; l'abbinamento di ferro e vitamina C ne potenziano l'assorbimento; la vitamina C ed E dovrebbero essere usate in simbiosi; il tè verde andrebbe usato solo con limone (il latte diminuirebbe gli effetti

dei flavonoidi anti ossidanti ed antitumorali);
l'assorbimento della curcumina viene incrementato se associata all'assunzione di pepe nero;
il pomodoro, ricco di licopeni antiossidanti ad effetto antitumorale deve venire associato ad un grasso come l'olio di oliva, i legumi, ricchi di vitamine B andrebbero associati, prima della cottura, a succo di limone; la zucca gialla, carica di carotene, andrebbe lessata unitamente alla curcumina per aumentarne l'assorbimento di oltre il 60%; utile, infine, l'associazione di succhi ricchi di vitamina A,C,E va associata a grassi per potenziarne l'azione liposolubile.

In sintesi, possiamo affermare che la medicina culinaria costituisce una visione evidence-based dei rapporti fra alimentazione e cucina, volta a prevenire e migliorare lo stato di salute dell'individuo. J.La Puma, in un articolo fondamentale sulla medicina culinaria nel NIH ha definito nell'articolo "What is culinary medicine and what does it do?" la medicina culinaria come una pratica che unisce la scienza della medicina con l'arte del cibo e della cucina al fine di migliorare le condizioni di salute dei pazienti, fornendo informazioni sui meccanismi di azione degli alimenti nel corpo umano e sull'impatto che essi hanno su salute e patologie.

Sostanzialmente si potrebbe affermare che diverse situazioni cliniche richiedono diverse qualità (e quantità) di cibo, distribuzione dei pasti e bevande; nonché le relative implicazioni socioculturali e palatabili dell'alimentazione e della cottura. Possiamo evidenziare almeno cinque motivi per giustificare il crescente interesse per la medicina culinaria: L'abitudine di mangiare fuori casa

ed i consigli dietetici riguardo l'alimentazione e le malattie che spesso vengono forniti sui media;
L'insoddisfacente approccio terapeutico convenzionale a molte terapie croniche, unitamente agli eccessivi consigli su supplementi dietetici ed integratori;
L'eccessiva disponibilità di cibi troppo processati e raffinati, deleteri ai fini salutari;
Gli aumenti dei costi sanitari, unitamente alle ridotte disponibilità economiche di varie classi sociali;
L'aumentato interesse per il naturale ed il bio.

Numerose condizioni cliniche sono correlate più a provvedimenti dietetici piuttosto che farmacologici: Ricordiamo gli apporti alimentari antiinfiammatorie nell'artrite reumatoide, la dieta chetogenica nell'epilessia, la dieta mediterranea nelle patologie cardiovascolari, nel tumore del colon e nel diabete tipo due, l'uso di legumi nell'ipercolesterolemia e nell'ipertensione, l'assunzione di pesce nelle cardiopatie, etc. Il cibo, in molti soggetti, può essere considerato una vera medicina. Diviene sempre più importante l'insegnamento delle giuste pratiche dietetiche e l'integrazione delle competenze nutrizionali nella formazione medica e paramedica per modificare l'attuale scarsità e talora l'assenza di competenze nutrizionali nel loro curriculum formativo.



medici ma non solo



L'INCREDIBILE STORIA DI SUNNY FOG

di Selene Catena

PROLOGO

P Questa è una storia a lieto fine.

Se non lo fosse, del resto, né io né voi saremmo qui.

Sembra una favola, come tutte le storie governate da leggi che non governano il mondo dove vivi tu. Eppure, se sono qui a raccontarla è proprio perché qualcuno ha creduto fosse possibile un mondo governato da leggi diverse da quelle che sembravano governare il mondo in cui viveva.

CAPITOLO 1.

Mancavano pochi giorni alla data presunta del parto, ma ancora non c'erano idee sul nome.

Il piccolo Mosè giocava sul tappeto con le lettere colorate che gli aveva regalato la nonna. Non che fosse in età da scriverci parole, a malapena sillabava piccole frasi di senso compiuto. Più che altro le mordicchiava negli angoli, si divertiva ad attaccarle alla maniglia del frigo, guardava affascinato la pancia della P o gli incavi della M. Inchinandosi per raccoglierne qualcuna, cercando di rimediare al disordine imperante, fu la nonna a notare che il bambino aveva messo alcune lettere in una particolare sequenza. -S-U-N-N-Y. Sunny! Che bel suono ha questo nome! - disse. I genitori dovettero darle ragione.

Suonava proprio bene.

Non significava nulla, è vero, e non si era mai sentito niente del genere, ma tanto fu che colsero la palla al balzo e decisero: la bambina di sarebbe chiamata Sunny. Sunny Fog. Mi direte che non è un nome poi così originale.

Non nel vostro mondo, forse.

Ma nel loro vi assicuro di sì.

Primo perché nel mondo di Sunny Fog c'era sempre la nebbia e il sole nessuno l'aveva visto mai.

Secondo perché non poteva esistere neanche la parola per indicare qualcosa che nessuno avesse visto mai.

Sunny Fog nacque così in un giorno di nebbia, di un anno di nebbia, in un mondo di nebbia.

Nessuno aveva visto mai altro tempo che non fosse nebbia.

Quando ci si incontrava per strada e si volevano fare due chiacchiere senza avere niente da dirsi, non te la potevi cavare parlando del tempo.

Ti toccava trovare altri argomenti.

Tutti erano abituati fin da piccoli a vedere a non oltre un paio di metri dalla punta del proprio naso.

Al bordo della strada, tenendo la destra, c'era una cordicella, fissata a dei paletti e si camminava così, guidati dal percorso segnato.

Non c'era nessun laggiù, non c'era nessun oltre.

43

Arrivò anche per Sunny il momento di andare a scuola.

La nonna le disegnò una bella riga al centro della testa e le divise i capelli in due parti uguali, confezionandole due splendide trecce nere a cadere sulle spalle. Erano i primi giorni di ottobre. L'aria la mattina si era fatta più fresca e la terra più profumata. Sunny camminava sfiorando con le dita della mano destra la cordicella segna passi. Aveva immaginato questo giorno così tante volte. Vedeva suo fratello Mosè uscire di casa la mattina per andare a scuola e provava un misto di invidia, ammirazione e paura. Cos'accadeva in quel posto chiamato scuola?

E lei come ci si sarebbe trovata? Perché Sunny, c'è da dirlo a questo punto, era una bambina un po' speciale.

Amava giocare per lo più da sola. Passava la maggior parte del tempo sul limitare del bosco, vicino casa. Raccoglieva foglie, fiori, pezzetti di corteccia, aghi di pino. Con questi multiformi materiali improvvisava a terra cerchi e labirinti, in cui piccoli animali, di solito insetti o formiche, trovavano riparo o si smarrivano per un po'.

Nei giorni di vento osservava i movimenti delle foglie, i loro vortici giocosi e repentini. Accarezzava con lo sguardo innamorato gli alberi e in particolare, quando era stagione, i fiori: il giallo genuino di certe rose, il rosa timido di altre, il rosso infantile dei papaveri nei campi.

E, senza saperle dare voce, un'inquietudine velata le avvolgeva l'umore e i pensieri. Come poteva quel mondo di nebbia che la circondava generare così tanta meraviglia cromatica? Le corolle dei fiori, le mille tonalità di verde delle foglie e dei muschi, e le infinite sfumature del manto degli animali: da dove provenivano tutti quei

colori in un mondo di grigio?

Questo interrogarsi sulle cose le procurava vergogna di sé.

Avrebbe voluto essere come gli altri, che sembravano non farsi domande, e giocavano insieme a palla o a mosca cieca, e i fiori li raccoglievano per regalarli alla mamma e metterli nei vasi con l'acqua.

Sunny sperava in cuor suo che quel posto che i grandi chiamavano scuola avrebbe potuto aiutarla a trovare qualche risposta.

Così quella mattina camminava, trepidante, lasciando all'aria che le entrava nelle narici il privilegio di farle da compagna di viaggio.

CAPITOLO 2.

-Ero certa di averle lasciate lì, vicino alla porta...- pensò.

Togliersi le scarpe era per lei il primo gesto varcata la soglia di casa e rinfilarsele l'ultimo prima di uscire.

- Neanche ci fossero i fantasmi-borbottò tra sé e sé. - Tu non ne sai niente immagino - continuò apostrofando Sally, il setter inglese che con aria da santarellina la squadrava a palpebre semichiusa da una posa di totale rilassatezza.

-Immaginavo. Restano il tuo gioco preferito - aggiunse, recuperando entrambe le sue mitiche ballerine verde prato, vagamente inumidite di saliva, da sotto il divano.

Ed eccola, in testa il suo cappello preferito, quello di rose e foglie, procedere spedita al primo giorno di scuola. Una prima nuova di zecca per una maestra nuova di zecca.

Si era immaginata la scena più e più volte: sarebbe arrivata in classe per tempo, avrebbe preparato un fiore e una fetta di torta sul banco ad ogni bambino, e poi li avrebbe attesi ad uno ad uno sull'uscio, dando a ciascuno un abbraccio di benvenuto. E invece niente fu come se lo aspettava.

Arrivò mentre due scalmanati esseri di altezza di poco superiore al metro se le davano di santa ragione nel cortile davanti alla scuola. Dividerli non fu affatto semplice ne' privo di conseguenze. Si ritrovò tutta spettinata, con la gonna impolverata e, cosa ancor peggiore, una rosa del cappello ciondoloni sul naso, a riprendere fiato, seduta in cattedra. Nel frattempo dodici alunni, i primi dodici alunni della sua vita, avevano preso posto, e la guardavano incuriositi, in attesa di un inizio. Si ricompose in un paio di occhioni scuri in prima fila, nella cui intatta trasparenza innocente ritrovò la propria, insieme al coraggio di proferire verbo.

CAPITOLO 3.

Sunny si sedette al primo banco, vicino alla cattedra.

Studiava con lo sguardo quell'essere scarmigliato, il suo strano copricapo, il suo viso arrossato. Da quella distanza riusciva perfino a percepire il delizioso profumo di pulito e lavanda emanato dai suoi vestiti.

Fu amore a prima vista.

Ecco chi avrebbe potuto finalmente rispondere alle sue domande, o chi, quanto meno, sotto un siffatto cappello, avrebbe avuto tutto lo spazio per ascoltarle.

Si rivelò il primo giorno di una bellissima avventura.

Ogni mattina insieme esploravano un pezzo di mondo. Poteva essere la narrazione di un mito, una poesia, la descrizione della composizione della cellula. Infiniti erano gli squarci che quotidianamente la maestra era capace di aprire sulla apparente banalità del quotidiano. E il piccolo, se guardato con attenzione e occhi curiosi, svelava la magnificenza della sua intima struttura, facendo specchio a qualcosa di inafferrabile, grandioso, pervasivo e, ad un tempo, familiare.

Tutti d'un fiato passarono gli anni. Cinque febbricitanti anni di scoperte e meraviglia, anni in cui Sunny uscì dal guscio e si lasciò con gioia distrarre dal frastuono dell'infanzia. Il primo giorno di scuola del quinto anno arrivò in classe un bambino nuovo, il tredicesimo.

La maestra lo presentò a tutti.

Si chiamava Jua.

Jua veniva da un altro paese e aveva la pelle del colore del cioccolato fondente.

Presto lui e Sunny divennero inseparabili.

Non era mai abbastanza tardi per tornare a casa, mai troppo presto per darsi il buongiorno.

Quando erano stanchi di giocare si sdraiavano sul prato, con le mani intrecciate sotto la testa e gli occhi nella nebbia, e sognavano a voce alta. Ognuno reso forte dalla presenza dell'altro, si sentivano liberi e coraggiosi, tanto da lasciar salire fino alle labbra gli interrogativi più folli e i desideri meno plausibili.

E tra tutti gli argomenti che imbastivano i loro pomeriggi ce n'era uno, quello cruciale, che non li mollava mai e che nessuno dei due aveva avuto il coraggio di rivelare prima: quale fosse la fonte dei colori. Come Sunny, anche per Jua la questione si era posta fin da piccolo. E i conti non gli tornavano mai.

-Possibile che un mondo grigio crei fiori rossi, alberi verdi e bambini marroni?- si chiedeva.

Fu indicibilmente bello per entrambi scoprire di essere almeno in due ad esserselo chiesto.

Insieme arrivarono a supporre che i colori venissero dal dentro della terra, ma la spiegazione li convinceva poco, perché se era vero che intorno a loro era tutto grigio, sotto terra era addirittura buio pesto!

Finché una bella mattina di Marzo entrati in classe videro sulla lavagna scritto col gesso l'argomento della lezione del giorno: la visione dei colori. Rimasero di sasso, gli occhi spalancati, la lingua asciutta. Dunque quel giorno avrebbero fatto chiarezza sul mistero che tanto gli stava a cuore? Così credevano. Ma così non fu.

Dopo un particolareggiato excursus anatomico sulla struttura dell'occhio e sul suo funzionamento, la maestra passò a spiegare il come e il perché noi vediamo alcuni oggetti rossi e altri verdi e altri blu. Una questione di cellule, di membrane, di potenziali elettrici, di impulsi nervosi. Una spiegazione interessantissima, un congegno mirabilmente architettato dal creatore, non c'è che dire. Ma niente di più. Nessun mistero. Mera biochimica. Punto.

CAPITOLO 4.

Non avrebbe voluto vedere ciò che stava vedendo. Oppure sì?

Le sembrava di aver fatto una bella lezione, la preparava da giorni, e di solito Sunny e Jua uscivano di classe entusiasti dopo aver ascoltato spiegazioni così appassionate e appassionanti.

E invece quel giorno li vide prendere la strada di casa mesti, a testa bassa, sconsolati, un passo dietro l'altro, come due anziani travestiti da bambini o come due bambini cui avessero appena detto che Babbo Natale non esiste.

E il bello è che ne conosceva il perché.

Si perché anche lei da quando aveva memoria si era fatta tante domande sul mondo in cui viveva, un mondo di nebbia, e sulla natura che, con apparente sprezzo del contesto, continuava ad esprimersi con sua policromia.

Aveva studiato, pensato, immaginato, cercando risposte, per tanto, per un po'. Poi lentamente aveva smesso. Senza deciderlo. Scivolando senza dirselo nella normalità del 'è così perché è così'. E oggi guardando quel paio di esseri umani in miniatura allontanarsi con la coda tra le gambe, rivedeva se stessa e riavvertiva sotto pelle la sua vitale curiosità ricominciare a scorrere.

CAPITOLO 5.

Se avesse saputo cosa le riservava il giorno che stava per iniziare, certo Sunny quella notte non avrebbe dormito.

Senza averle dato modo di decidere quale piede mettere per primo a terra né lasciato il tempo di lavarsi la faccia, quella mattina Jua buttò Sunny giù dal letto e la trascinò fuori di casa così com'era, col pigiama peggiore, quello che mentre lei cresceva era rimasto pigramente sopra le caviglie.

-Come avevamo fatto a non accorgercene!?- sfarugliava Jua mentre trafelato le faceva strada.

-Accorgerci di cosa?- chiese Sunny, abituata ad essere lei di solito quella dagli entusiasmi incontenibili.

Niente. Non le rispondeva. Jua aveva ormai preso letteralmente a correre, anticipandola, tanto che ad un certo punto quasi le sembrò di averlo perso di vista. Finché lui si bloccò e lei lo raggiunse. Erano arrivati.

"Guarda!" gridò Jua col cuore che gli scoppiava in petto "non noti niente?"

Sunny si guardò intorno. Per quanto circondati dalla solita coltre di nebbia constatò dove si trovavano: era un campo di marghegialle giganti. Nel percorso verso scuola ogni giorno gli erano passati accanto, apprezzandone il giallo vivido dei petali, e andando oltre.

Sunny guardò dritto negli occhi Jua. "Ma certo" disse "le corolle delle marghegialle sono girate tutte dalla stessa parte!" "Esatto!" fece Jua "come se guardassero verso qualcosa!".

Questa scoperta li rese letteralmente febbricitanti.

Era possibile che quei fiori per qualche strana ragione riuscissero a vedere attraverso la nebbia qualcosa che a tutti era invisibile?

E se sì, che cosa?

Senza neanche dirselo sentirono che era arrivato per loro il momento per ciò che più volte avevano progettato di fare senza mai averne il coraggio.

Contravvenendo alle

raccomandazioni dei grandi

che proibivano di inoltrarsi nel

bosco, divieto nutrito dalla

minaccia di perdersi nella nebbia,

si incamminarono tra gli alberi,

tenendosi per mano. Se una risposta c'era, doveva essere lì.

Avevano paura. Poteva essere che non avrebbero più ritrovato la strada di casa e si sarebbero smarriti per sempre.

Ma c'era una voce dentro i loro cuori, così flebile eppure così potente da sbaragliare ogni timore di perdersi e ogni lusinga del conosciuto.

Era una voce antica che, senza usare parole, rendeva i loro passi certi.

Era fiducia.

Camminavano già da un po' quando un fruscio richiamò la loro attenzione. Era uno scoiattolo che con la sua rapida corsa a scatti, sentendoli arrivare, correva in verticale sfidando la gravità lungo la corteccia ricamata di muschio di un'enorme tronco di quercia.

Fu come un segnale.

Senza neanche dirselo lo seguirono.

Come un gesto arcaico sepolto nelle

loro giunture, pur senza mai averlo fatto o visto fare, iniziarono entrambi ad arrampicarsi sull'albero.

Un ramo dopo l'altro, le loro mani sembravano possedere una sapienza autonoma, un innato saper fare, cui il cuore si affidava leggero.

E ogni centimetro guadagnato in altezza sembrava allontanarli un po' di più dalla paura. Finché accadde. Sentirono i loro occhi strizzarsi in un cambio di luminosità.

E più salivano e più ce n'era, finché fu così tanta da inondarli e renderli ciechi per alcuni lunghissimi istanti.

Li riaprirono piano piano.

Tra le fessure delle ciglia entrò per primo l'azzurro. Era tutto azzurro.

Sopra. Tutto verde. Sotto.

E poi c'era quella cosa, così gialla e così luminosa che non riuscivano a guardare.

Si cercarono con gli occhi in quella nuova luce. E iniziarono a ridere e poi a piangere e poi di nuovo a ridere.

Ecco da dove venivano i colori.

Esisteva un altro mondo, un mondo di luce, e loro l'avevano scoperto.

Avevano scoperto il sole.

47

EPILOGO.

Ho voluto scrivere questa storia così come nonna Sunny la raccontava a me, soprattutto nei giorni di pioggia.

E ho voluto farlo per dirle grazie.

Quello che accadde dopo, quando rivelarono a tutti questa scoperta, lo dobbiamo a loro.

Se nacque il mondo nuovo in cui oggi viviamo, se per noi esiste il sole e se le marghegialle giganti si chiamano girasoli, tutto ciò lo dobbiamo a Sunny e Jua, al loro coraggio di farsi domande e di ascoltare le risposte, e alla loro caparbità nel credere che può esistere un mondo diverso da quello che sei abituato a vedere.



LA CRISI DEL SSN E LE CRITICITÀ NON AFFRONTATE

di Marco Grassi

48

ANCHE NEL SETTORE pubblico come in medicina, sarebbe fondamentale identificare la(e) diagnosi principale(i) per affrontare le criticità e attuare interventi che poi possano rivelarsi efficaci come nella pratica medica dove si rivela idonea una terapia eziologica, cioè un trattamento mirato a rimuovere o combattere la causa specifica di una malattia, piuttosto che a trattare solo i sintomi. Questo approccio è diverso dall'elencazione delle problematiche che affliggono il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che sono spesso individuate ed elencate per «gravità» di percezione pubblica (e quindi «politicamente» sensibili ed elettoralmente infide) che portano a trovare soluzioni più o meno estemporanee (e spesso precarie) per ognuna. Oggi, ma per la verità da molti anni, le «criticità» prevalenti nell'agenda pubblica sono i tagli alla Sanità, le liste di attesa, i Pronti Soccorso intasati, la mancanza di personale sanitario, i Medici di Medicina Generale che lavorano solo tre ore, la malasànità, i ticket, etc. Tutti sintomi del malfunzionamento del SSN per i quali i politici hanno una terapia sintomatica (peraltro spesso neppure appropriata e quindi non funzionante) e quasi mai una diagnosi «eziologica» unificante

o, quantomeno, l'individuazione di criticità «strategiche». Nonostante siano state prodotte una quantità di analisi sulle criticità del SSN, sia da enti di ricerca (Cergas Bocconi, Gimbe) che statali (Corte dei Conti, Agenas) sono spesso ignorate nei media e nella politica o, peggio, vengono utilizzate nel dibattito pubblico come «arma» di polemica politica.

La conciliazione tra i bisogni sanitari crescenti della popolazione anziana e le risorse limitate del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta una delle **criticità strategiche principali** e un dilemma cruciale, dato che l'Italia è il **secondo Paese più anziano al mondo**, ma finanzia il proprio SSN con solo il **6,3% del PIL**.

La situazione demografica (con gli over 65 in rapida ascesa al 30%) comporta un trasferimento netto di 165 miliardi all'anno dalla fiscalità generale all'INPS, rendendo **difficile aumentare significativamente la spesa sanitaria pubblica**. L'Italia ha da lungo tempo, preferito un sistema pensionistico generoso, bonus edilizi, condoni fiscali e una crescente enfasi sulla riduzione del cuneo fiscale all'incremento del fondo sanitario. Per quanto riguarda le risorse su cui si regge il SSN, la percentuale di finanziamento sul

La situazione demografica

(con gli over 65 in rapida ascesa al 30%) comporta un trasferimento netto di 165 miliardi all'anno dalla fiscalità generale all'INPS, rendendo difficile aumentare significativamente la spesa sanitaria pubblica.

PIL è più o meno stabile da molti anni (vedi figura). Da settimane divampa la polemica tra governo e opposizione sulla spesa pubblica per la sanità. La spesa in euro raggiungerà effettivamente un valore massimo nel 2025, ma questo avviene ogni anno da almeno un quarto di secolo anche per la necessità di compensare l'inflazione.

Meglio allora guardare alla spesa rispetto al Pil, in primo luogo perché un euro di oggi non vale un euro di cinque anni fa e, in secondo luogo, perché al crescere del Pil crescono le tasse pagate dai contribuenti che quindi dovrebbero aspettarsi una maggiore spesa anche per la sanità. Il rapporto tra spesa pubblica per la sanità e Pil scende a un minimo storico del 6,2% nel 2023, per poi risalire al 6,3% nel 2024-2025 e al 6,4% nel 2026-2027. Paradossalmente, questo è lo stesso livello a cui l'aveva lasciato il centrosinistra dopo riduzioni nel rapporto tra spesa sanitaria e Pil iniziati dal 2015. A questo dato, si abbina la tendenza controintuitiva per cui la spesa sanitaria privata cresce alla stessa velocità dell'econo-

mia nazionale. La spesa privata delle famiglie, cosiddetta out of pocket, da un decennio oscilla tra il 2,2% e il 2,4% del PIL e tra il 24% e il 26% della spesa sanitaria complessiva, con una sostanziale continuità tra anni precedenti e seguenti al Covid-19. Ciò che emerge da questi dati è che l'Italia non è quindi disponibile a spendere per la salute, né pubblicamente, né privatamente. Purtroppo, la consapevolezza nei cittadini (ma anche in larga parte dei politici) di questo scenario è debole, mentre circolano due narrazioni fake, o quantomeno semplicistiche.

La prima sostiene che le risorse del SSN sono sufficienti, dal momento che il SSN è da anni finanziato poco rispetto alla media dei grandi Paesi europei. Quest'ultimo punto è vero, ma oggi gli over 65 sono 3 milioni in più di 20 anni fa (+29% tra 2004 e 2024) e la distanza con gli altri Paesi sta crescendo. La seconda narrazione sostiene che è relativamente facile trovare un 2% di PIL in più per finanziare il SSN, in modo da raggiungere almeno i livelli di un altro servizio universalistico come quello britannico. In assoluto, si tratterebbe di reperire circa 40 miliardi. Tali cifre richiederebbero una vera rivoluzione nell'allocazione della spesa pubblica italiana, che difficilmente è immaginabile in un orizzonte temporale realistico. Per fornire dei termini di paragone, l'entità complessiva della manovra corrispondente alla legge di bilancio per il 2025 è di 18 miliardi di Euro, oppure, l'intera spesa pubblica per l'istruzione è attorno agli 80 miliardi annui. Improprio è anche un maggior finanziamento tramite aumento delle imposte perché «politicamente» ed economicamente impraticabile. Considerando infatti che il 13,07% dei contribuenti versa il 58,95% di tutta l'IRPEF, solo operando sui

precettori di questa classe di reddito (dai 35.000 euro in su) sarebbe possibile ricavare cifre «sostanziose». Questo dato significa anche, nella sua asetticità contabile, che poco più del 10% della popolazione considerata «affluente» ha sulle sue spalle oltre la metà della spesa di welfare. Una sproporzione che si discosta fortemente dalla narrazione imperante che vuole (tutti) gli italiani tartassati dal fisco e penalizzati delle eccessive imposte e getta anche una luce inquietante sul futuro di un sistema nel quale l'entità delle entrate non sembra più in grado di sostenere un moderno *welfare* universalistico. Il dilemma strategico è quindi: **“come erogare buoni servizi sanitari pur destinando alla sanità pubblica il 6,3% del PIL?”.**

Un sistema con risorse limitate dovrebbe operare una selezione esplicita e consapevole delle priorità di intervento, ad esempio rispetto a specifiche aree di patologia, *setting* assistenziali o *cluster* di popolazione. Al contrario ci troviamo in una situazione nel dibattito politico e nella operatività fattuale in cui:

- **Non esiste alcun processo consapevole di selezione delle priorità.**
- Le priorità **emergono casualmente**, senza un processo esplicito di valutazione che sia capace di **massimizzare il beneficio sociale ottenibile con le risorse date.**
- Oggi, rischia di prevalere la logica **“first in, first served” (chi per primo arriva, accede al sistema)** senza valutare se l'accesso corrisponda o meno a una priorità reale. Una «logica» peraltro ampiamente praticata dalla politica con la prassi dei *bonus* dove manca sia la selezione delle priorità per quanto riguarda alternative finanziabili con lo stesso importo, sia la selezione di priorità

di accesso al bonus (una lotteria, in sostanza).

- Questa criticità coinvolge l'intera filiera istituzionale, che opera **priorizzazioni implicite e casuali.** Dalle singole ASL a salire fino ai vari governi fin qui succedutisi. Mentre sarebbe necessario avere:
- **Chiarezza sui Diritti:** È necessario **esplicitare senza mezzi termini cosa il servizio pubblico è in grado di coprire e cosa no** con l'obiettivo di allineare le aspettative dei cittadini alla realtà. Dovrebbe altresì essere chiaro che chi decide (la politica su mandato degli elettori) deve anche farsi carico di informare i cittadini senza lasciare la «spiacevole» incombenza di **dire no** al personale sanitario che per primo vede il paziente (il Medico di Medicina Generale in primis, lo Specialista, il Farmacista e perfino il «cuppista»)
- **Chiarezza e definizione dei criteri:** il SSN deve esplicitare i target prioritari di intervento (tipologia di diagnostica, farmaceutica, specialistica) di cui si farà prioritariamente carico.
- **Convergenza Prescritto/Erogabile:** Attraverso una maggiore chiarezza per cittadini e professionisti, si può determinare una **convergenza tra ciò che viene prescritto e ciò che il SSN è effettivamente in grado di erogare.** La distanza tra prescrizioni e capacità erogativa è infatti un problema attuale, con molte ricette (ad esempio, per prime visite) che non trovano risposta nel SSN.

In questo contesto **proposte di policy e management** tecnicamente realistiche e attuabili ma largamente **“impopolari”** richiedono anche un parallelo lavoro per cambiare il dibattito pubblico (“public discourse”) che vada ben oltre l'uso dei social o le comparsate nei talk-show da parte della politica.



BEATO ANGELICO

di Maurizio Della Marchina

A FIRENZE, presso il Palazzo Strozzi ed il Museo di San Marco dal 25 settembre 2025 al 26 gennaio 2026 si è tenuta la mostra "Beato Angelico", dedicata all'artista che forse meglio ha rappresentato l'arte pittorica italiana del quattrocento. Il Beato Angelico, nato Guido di Pietro, fu un frate domenicano, ora proclamato Beato, riuscì ad unire la funzione didascalica e mistica dell'arte sacra e della luce tipiche della figurativa medievale con le nuove tendenze rinascimentali espresse dalla importanza della figura umana e dal taglio prospettico. Pure essendo noto come Beato per

la religiosità che permea tutta la sua produzione artistica, il titolo ufficiale è decisamente recente, risalendo al 1982, per proclamazione da parte di Giovanni Paolo II. Entrato a far parte dell'Ordine dei Domenicani negli anni '20 del 1400, Guido dipinse una pala di altare per la Cappella Gherardini in Santo Stefano al Ponte a Firenze ed in seguito realizzò una croce per l'Ospedale di Santa Maria Nuova. Di seguito dipinse il Trittico di San Pietro Martire per l'omonimo monastero fiorentino, evidenziando il suo tentativo di unificare i nuovi influssi di Gentile da Fabriano con lo stile masacesco. Egli era particolarmente influenzato dai particolari preziosi e dall'ornato,

51



FIRENZE
Palazzo Strozzi
Museo di San Marco

26. 09. 2025
25. 01. 2026

Beato Angelico

nonché dalla eleganza (ancora di stampo goticeggiante) delle figure, che evidenziava soggette alle leggi della prospettiva ed esaltate dai colori luminosi ed accesi. Negli anni '30 del 1400 si trovò presso il convento di San Domenico, a Fiesole ed in quel periodo dipinse alcune grandi pale per la chiesa omonima che accrebbero la sua notorietà e dettero origine a numerose altre opere religiose. Inoltre in quel periodo si dedicò a creare le famose Annunciazioni su tavola, rimarcando il passaggio da uno stile prettamente gotico ad uno già rinascimentale, dando origine ad una evidente plasticità ed a colori che ne caratterizzarono lo stile, particolarmente presenti nell'Annunciazione del Prado, seguita da quelle di San Giovanni Valdarno e di Cortona. A questa fase fecero seguito il Giudizio Universale,

la Deposizione e L'Incoronazione della Vergine, tutte opere in cui la luce, nelle sue espressioni, gioca un ruolo fondamentale. Verso il 1440 l'Angelico rappresentò la più importante espressione artistica dell'arte della Rinascenza, in particolare quando, sotto l'impulso dei Medici, dipinse gli affreschi del Convento di San Marco che costituirono il vero momento fondante dell'arte del suo tempo: la completa armonia, il rigore formale, la contemplazione religiosa e l'effetto plastico delle forme e dei colori ne furono la cifra principale. Tipiche dell'Angelico sono le immagini, immerse in una luminosità davvero metafisica e geometrica e destinate a saturare, anche fisicamente, lo spazio. Gli affreschi di San Marco sono stati dipinti fra il 1437 ed il 1440; nel 1445 il Maestro si recò a Roma, convocato dal Papa Eugenio IV, che ben





Il suo linguaggio, iniziando dall'influsso tardogotico, si dipanò nella più caratteristica impronta rinascimentale, con la tipicità dell'elemento prospettico, con l'uso della luce e della composizione dei personaggi nello spazio, considerando l'elemento sacro e quello profano.

54

conosceva la maestria del Nostro, avendo anche egli soggiornato in San Marco, ma, nel giugno 1450 l'Angelico tornò nel capoluogo toscano, essendo nominato Priore a San Domenico di Fiesole. Negli anni che vanno fino al 1453 il Nostro si dedicò prima all'incoronazione della Vergine del Louvre, poi alla Pala di Bosco ai Frati, commissionata da Cosimo de' Medici ed infine all'Armadio degli Argenti, con un susseguirsi di piccole tavole dipinte che componevano il doppio sportello di un armadio di ex voto posto nella Basilica della Santissima Annunziata, commissionato da Piero il Gottoso e rappresentanti storie della vita e della Passione di Cristo. L'ultima opera del Beato Angelico è il tondo con l'Adorazione dei Magi, iniziato probabilmente nel 1455 e portato a termine da Filippo Lippi. La mostra presenta i rapporti e l'influenza delle opere del Beato Angelico con i contemporanei Filippo Lippi, Lorenzo Ghiberti, Michelozzo e Luca della Robbia, e celebra quello che venne definito il Padre del Rinascimento, le cui opere si dividono fra Palazzo Strozzi ed il Museo di San Marco. Il retaggio dell'opera del Beato si dipana sia su Benozzo Gozzoli, che su Filippo Lippi, per esprimersi compiutamente in Piero della Francesca e Melozzo da Forlì, a rimarcare gli stilemi ed i

colori della pittura del Rinascimento. L'indole mite e caritatevole e la devozione del Frate fecero sì che presto venne chiesta la sua beatificazione e di seguito riconosciuto il suo essere patrono dei pittori. Il suo linguaggio, iniziando dall'influsso tardogotico, si dipanò nella più caratteristica impronta rinascimentale, con la tipicità dell'elemento prospettico, con l'uso della luce e della composizione dei personaggi nello spazio, considerando l'elemento sacro e quello profano. Nei dipinti dell'Angelico è possibile evidenziare da un lato l'iconografia della singola immagine del Cristo, con tendenza all'influenza nordico-fiamminga del naturalismo e, dall'altro, della Vergine in cui emergono regalità e umiltà, non disgiunte dal linguaggio cortese e dal suo splendore, esprimendo nell'Annunciazione uno dei temi a lui più cari. In tutte le opere dell'Angelico emerge il suo essere uomo di fede, prima ancora che artista, e tutte le sue espressioni pittoriche evidenziano una ricchezza di immagini ricche di dotti riferimenti teologici e simbolici, abbandonando la tradizione più strettamente medievale per rivolgersi all'estetica ed all'umanesimo della nuova età artistica.

semiseria... mente



di Saverino La Placa

INDOVINELLO

Muto racconto storie antiche, non ho voce, ma parlo al cuore.
Piango senza lacrime, sorrido senza labbra.
Muovo chi mi guarda, restando sempre fermo.

Chi sono?

GIOCO CON NUMERI

Una scala ha 100 gradini.
Sul primo gradino si trova un panettone,
sul secondo gradino 2,
sul terzo 3,
sul quarto 4,
sul quinto 5 e così via fino al centesimo gradino.

Quanti sono in tutto i panettoni? Quanto ha contribuito ciascuno?

REBUS (5, 3, 10)



Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:

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

Spiegazione del rebus: "ANDARE" "A" "CONFIE" "VELE".

Spiegazione del gioco con numeri:

Risultato (parte 1): ci sono 30 monete da 1 € e 60 monete da 2 €
con valore totale di 150 €

55

56



Devo prendere l'antibiotico
lontano dai pasti...

... basteranno 2 metri?



Donne per la Salute

spazio ammi
donne per la salute



“DALLA LOTTA ALLA VIOLENZA DI GENERE ALLE PIONIERE DELLA MEDICINA ITALIANA”

di Giovanna Tommasini Grossi

IN QUESTI ULTIMI MESI le attività svolte da Ammi – Rimini “Donne per la Salute” hanno incluso eventi dedicati al contrasto della violenza di genere, momenti conviviali e iniziative benefiche, oltre a un approfondimento culturale in occasione della Giornata dell'8 marzo.

Un particolare rilievo ha avuto l'incontro organizzato in occasione della **Giornata Internazionale per l'eliminazione della violenza contro le Donne**.

Il 19 novembre scorso, si è svolta la conferenza dal titolo *“Nello specchio dell'arte. La violenza delle donne riflessa nelle opere d'arte”*,



l'incontro, tenuto dalla storica dell'arte Michela Cesarini, ha proposto una riflessione sul tema della violenza di genere attraverso

il linguaggio dell'arte, intesa come specchio delle dinamiche culturali delle diverse epoche. L'analisi di alcune opere ha evidenziato come la rappresentazione femminile sia stata spesso influenzata da rapporti di potere e da stereotipi radicati. Particolare attenzione è stata dedicata al dipinto *Giuditta che decapita Oloferne* di **Artemisia Gentileschi**, interpretato come immagine di una figura femminile forte e consapevole, capace di superare la tradizionale visione della donna passiva. La conferenza ha inoltre richiamato l'importanza di sviluppare uno sguardo critico e consapevole verso le immagini e i modelli culturali che esse trasmettono.

In occasione delle **festività natalizie** abbiamo organizzato un momento conviviale che ha rappresentato un'importante occasione di incontro e condivisione tra socie, amiche e ospiti dell'associazione. La partecipazione numerosa ha testimoniato ancora una volta il valore del legame che unisce il gruppo e lo spirito di amicizia che ne anima le attività.

57



Nel corso dell'incontro è stato richiamato il significato del Natale come tempo di speranza e di rinnovata fiducia, particolarmente preziosa in un periodo storico segnato da guerre, incertezze e difficoltà.

Il pomeriggio è stato arricchito da un momento di intrattenimento con uno spettacolo di

magia del dottor

Saadi Saeid,

che, per

l'occasione

ha lasciato il

camice per vestire i

panni dell'illusionista,

regalando ai presenti

un momento di stupore e

leggerezza.

Alle partecipanti sono state infine donate piccole stelline realizzate con carta ottenuta dalle fibre di giacinto d'acqua, una pianta infestante trasformata in prodotto artigianale ed ecologico. Gli oggetti provengono dal progetto Prokritee, iniziativa di Commercio Equo e Solidale che sostiene l'emancipazione delle donne dei villaggi rurali del Bangladesh, offrendo loro opportunità di lavoro e autonomia. Grande partecipazione e clima di amicizia hanno caratterizzato la serata del **Carnevale solidale**, che ha riunito socie e amici in un momento d'incontro all'insegna della solidarietà. La serata in pizzeria, arricchita dall'atmosfera del Carnevale e da un momento di gioco con il Bingo, è stata occasione

non solo di socialità ma anche di impegno concreto verso chi vive situazioni di difficoltà.

Il ricavato dell'iniziativa è stato infatti devoluto all'**Opera di Sant'Antonio per i poveri**, organizzazione di volontariato che quest'anno celebra il 25° anniversario di attività. Da un quarto di secolo l'associazione rappresenta un punto di riferimento per l'accoglienza e il sostegno alle persone più fragili, offrendo diversi servizi tra cui mensa serale, centro di ascolto, distribuzione di farmaci e generi alimentari, oltre alla consegna di pasti alle famiglie con difficoltà economiche.

La serata ha rappresentato un esempio significativo di come momenti di semplice convivialità possano trasformarsi in gesti concreti di solidarietà e attenzione verso il prossimo.

La Giornata Internazionale della Donna rappresenta ogni anno, per la nostra Associazione, un'occasione importante non solo per celebrare le conquiste raggiunte dalle donne, ma anche per riflettere sul loro ruolo nella società e sul cammino ancora necessario per garantire piena uguaglianza di diritti e opportunità.

Quest'anno AMMI - Rimini ha promosso, in occasione di questa ricorrenza, un incontro di approfondimento dedicato a due figure pionieristiche della storia della medicina italiana:

Adelasia Cocco e **Isotta Gervasi**, prime donne che, agli inizi del Novecento, ricoprirono il ruolo di medico condotto nel nostro Paese. Due figure femminili che, con il loro impegno e la loro determinazione, hanno contribuito a trasformare profondamente la professione medica



**Adelasia Cocco e
Isotta Gervasi, prime
donne che, agli inizi del
Novecento, ricoprono il
ruolo di medico condotto
nel nostro Paese**

La conferenza ha visto la partecipazione del Dottor Giancarlo Cerasoli, membro del Comitato Scientifico della Scuola di Storia della Medicina dell'Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri di Rimini, che ha guidato il pubblico in un itinerario di approfondimento storico e di riflessione sul valore culturale e simbolico di queste due figure.

Analizzando le loro esperienze personali e professionali, è emerso non solo il quadro degli eventi storici, ma anche l'importanza del loro esempio per le generazioni successive di medici e mediche.



**Adelasia Cocco
(1885- 1983),**
originaria della
Sardegna, è ricordata

come la prima donna medico condotto in Italia. Dopo la laurea, conseguita in un'epoca in cui le donne erano ancora una presenza molto rara nelle facoltà di medicina, iniziò a esercitare la professione affrontando numerose difficoltà legate sia alla sua giovane età sia al

genere. Nel 1914 ottenne l'incarico di medico condotto nel territorio di Nuoro, diventando un simbolo dell'ingresso femminile nella medicina territoriale.

Il ruolo di medico condotto nelle



59

zone rurali di inizio Novecento, era particolarmente impegnativo. Il medico rappresentava l'unico punto di riferimento sanitario per la comunità, chiamato a intervenire in situazioni molto diverse: dalla cura delle malattie infettive all'assistenza ai parti, fino alla gestione delle emergenze e alla prevenzione sanitaria. In questo contesto Adelasia Cocco dimostrò grande competenza e senso di responsabilità.

Accanto a lei,
**Isotta Gervasi
(1889- 1967)**
nativa di
Castiglione
di Cervia,
rappresenta
un'altra figura
significativa



nell'affermazione delle donne nella medicina italiana.

Anche il suo percorso professionale si sviluppò in anni in cui le opportunità per le donne nella carriera medica erano molto



la memoria di queste pioniere invita a mantenere viva l'attenzione su temi ancora attuali: l'equilibrio tra vita professionale e personale, le opportunità di carriera, la rappresentanza femminile nei ruoli decisionali e nelle posizioni apicali del sistema sanitario e non solo.



60

limitate. Si distinse per l'impegno nello studio, nella pratica clinica, per l'elevato rigore scientifico e la particolare attenzione rivolta alle esigenze sanitarie della collettività. Come altre mediche della sua generazione, Isotta Gervasi dovette costruire passo dopo passo la propria credibilità professionale, spesso in contesti in cui il ruolo della donna medico era guardato con iniziale scetticismo. Attraverso il lavoro quotidiano e la

dedizione ai pazienti riuscì tuttavia a guadagnare stima e riconoscimento sia in ambito sanitario sia nel contesto sociale di riferimento. L'esempio di queste due figure medico continua a rappresentare un punto di riferimento per le nuove generazioni di medici e mediche, ricordando che la qualità della medicina si fonda su competenza, dedizione e senso di responsabilità verso la comunità.

Ricordare queste figure significa riconoscere il valore di un percorso storico che ha progressivamente ampliato la partecipazione femminile alla medicina.

Oggi le donne rappresentano una componente sempre più significativa della professione medica in Italia, sia nelle strutture ospedaliere sia nella medicina territoriale e accademica.

Questo risultato è anche il frutto dell'impegno e del coraggio di chi, in epoche più difficili, ha aperto la strada.

Allo stesso tempo, la memoria di queste pioniere invita a mantenere viva l'attenzione su temi ancora attuali:

l'equilibrio tra vita professionale e personale, le opportunità di carriera, la rappresentanza femminile nei ruoli decisionali e nelle posizioni apicali del sistema sanitario e non solo.

Isotta Gervasi ritratta da Guido Crepax su *Tempo Medico*, 1965. (© scienza2avoci.unibo.it)





LA PERSONA ANZIANA: PESO O OPPORTUNITÀ?

a cura di Michele Poerio - (articolo del 2001)

UN SINDACATO COME IL NOSTRO, non solo attento agli aspetti rivendicativi della categoria, deve essere pronto ad affrontare, con un approccio scientificamente corretto, anche i problemi di grande rilevanza socio-sanitaria come questo per proporre, consequenzialmente, le soluzioni più opportune sul piano tecnico-funzionale. Vogliamo quindi affrontare anche le problematiche degli anziani, soprattutto in rapporto ad alcuni principi etici da valutare con grande accortezza nel dibattito sulla allocazione delle risorse in Sanità. In senso lato, ritengo che non importa quali siano i limiti finanziari, a noi spetta di stabilire in modo assolutamente inderogabile il concetto secondo cui non sia solo l'economia a guidare i nostri principi etici, ma che siano i principi etici a guidare anche la nostra economia, secondo il supremo criterio che regola ogni vita sociale evoluta: il criterio di giustizia. Un criterio che deve guidare la determinazione della quota da destinare alle spese sanitarie, in rapporto ad altri settori della vita sociale ed i criteri in base a cui stabilire se e a chi spetti l'assistenza sanitaria. Attualmente i due interrogativi fondamentali con

i quali ogni sistema sanitario deve confrontarsi per dare una risposta tecnicamente ed eticamente corretta, sono:

1) come controllare una domanda di cure e di prestazioni potenzialmente illimitata in una situazione di disponibilità di risorse viepiù limitata.

2) qual è la misura e l'intensità della relazione esistente tra le risorse consumate ed i risultati ottenuti in termini di efficacia, vale a dire il "surplus" di benessere sanitario, per gli individui e la collettività. In tale contesto, il problema degli anziani assume una particolare coerenza. Infatti per parlare realisticamente dell'allocazione di risorse economiche in sanità dobbiamo anche, e soprattutto, considerare che il cambiamento demografico in atto comporta uno scenario modificato rispetto al passato, cambiando sia l'età media del paziente che il tipo stesso delle patologie prevalenti.

Pur generalizzando, possiamo affermare che l'utente di un prossimo futuro sistema assistenziale sarà sempre più un utente geriatrico e, di conseguenza, anche le patologie prevalenti saranno quelle croniche. L'attenzione ai bisogni degli anziani, quindi, nella programmazione è un fatto relativamente recente, ma il

pericolo di una destabilizzazione del sistema organizzativo socio-sanitario che il rapido processo di invecchiamento della popolazione pone con carattere di urgenza, non può essere ignorata. Questa esigenza pone ai programmatori sanitari, ai politici, ai ricercatori del settore, l'impegno che l'accresciuta aspettativa di vita sia accompagnata da una adeguata qualità di vita. Se, quindi, da un lato l'invecchiamento della popolazione è la manifestazione di un trionfo dello sviluppo sociale e della sanità pubblica che ha comportato una diminuzione della mortalità infantile e per malattie infettive, dall'altro potrebbe diventare un problema difficilmente sostenibile dalla società contemporanea, se non accompagnato da adeguate strategie di intervento.

Il peso economico della popolazione anziana potrebbe creare un conflitto generazionale, proprio nel momento in cui la "solidarietà tra generazioni", la cosiddetta "solidarietà verticale", viene considerata un elemento essenziale per lo sviluppo ed il benessere sociale. Tutto questo presuppone la capacità della società di prevedere e programmare, per affrontare una situazione che da sintomo di civiltà potrebbe trasformarsi in elemento di crisi e di conflitto. E tutto ciò è ancor più decisivo in Italia in quanto, fra le nazioni sviluppate, è quella che ha la più elevata velocità di invecchiamento della propria popolazione. Infatti è la prima nazione in cui il numero degli ultrasessantacinquenni ha superato quello dei soggetti più giovani (0-19 anni) e tra 20 anni gli ultrasettantacinquenni supereranno quello dei soggetti in età lavorativa (20-60 anni), alterando così

la spesa sanitaria per gli anziani in Italia è circa doppia rispetto a quella per il resto della popolazione, analogamente a quanto si verifica in Francia e Germania, mentre in Giappone, Olanda e Regno Unito, è addirittura quattro volte superiore.

profondamente il cosiddetto "indice di vecchiaia", ossia il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani in età inferiore ai 15 anni. L'importanza di questo indice, indispensabile per determinare gli equilibri economici e produttivi di una nazione, è dovuta al fatto che permette di stabilire una relazione tra la popolazione non più produttiva, in media, dal punto di vista economico, e quella che entrerà a breve termine a far parte della forza-lavoro, fornendo, quindi, elementi di valutazione anche sul futuro economico del Paese. In Italia nel '71 tale indice era di 46, nel '91 aveva raggiunto il valore di 97 e nel 2031 sarà di 150, ossia 150 anziani per 100 giovani. L'invecchiamento della popolazione apre, inoltre, un capitolo estremo complesso dell'assistenza sanitaria. Gli ultrasessantacinquenni, infatti, sono i maggiori fruitori dei servizi sanitari in termini di numero di visite mediche, consumo di farmaci, frequenza delle ospedalizzazioni e lunghezza della degenza. Nell'ottica ormai consolidata della riduzione

delle risorse finanziarie disponibili, è, pertanto, imperativo trovare valide e specifiche strategie per far fronte alla crescente richiesta assistenziale conseguente al progressivo invecchiamento della popolazione. La spesa pubblica destinata alla Sanità rappresenta il 5,6% del PIL del nostro Paese, a fronte dell'8,1% della Germania, del 7,7% della Francia e del 6,5% di altri 12 paesi della CEE.

Tuttavia la spesa sanitaria per gli anziani in Italia è circa doppia rispetto a quella per il resto della popolazione, analogamente a quanto si verifica in Francia e Germania, mentre in Giappone, Olanda e Regno Unito, è addirittura quattro volte superiore.

È difficile, quindi, anche confrontandoci con le realtà degli altri Paesi, pensare a una riduzione di tale quota. È certamente imperativo, quindi, focalizzarsi sulla ottimizzazione della allocazione delle risorse. È necessario pianificare attentamente i programmi sanitari, basandosi soprattutto sui dati epidemiologici relativi ai bisogni della popolazione anziana, uscendo da quella sorta di "congiura del silenzio" sulla condizione degli anziani, che per lungo tempo ha caratterizzato anche le società più evolute. Dobbiamo convincerci che

se questo secolo è stato dominato dal problema della sopravvivenza, la sfida del prossimo, sarà quella di assicurare un livello di qualità di vita più equo e generalizzato, in uno scenario che vede crescere il numero dei bambini che diventano adulti ed il numero degli adulti che diventano vecchi. Simon De Beauvoir, nella prefazione al suo libro "la terza età" afferma con vigore: "Smettiamola di barare; nell'avvenire che ci aspetta, è in gioco il senso della nostra vita; non sappiamo chi siamo se ignoriamo chi saremo: dobbiamo riconoscerci in quel vecchio, in quella vecchia; è necessario se vogliamo assumere nella sua totalità la nostra condizione umana. E allora d'un tratto non saremo più indifferenti ai mali dell'età avanzata, ce ne sentiremo toccati personalmente". Vado a concludere, non prima di ringraziarvi per l'attenzione con la quale avete seguito la mia relazione. Abbiamo creduto nel nostro lavoro, nella necessità di discutere di tutta la problematica che investe gli anziani nel concepimento profondo che la Feder.S.P.eV. esiste, è viva e sicuramente darà il suo contributo determinane a difesa dei sacrosanti diritti dei pensionati.

Viva la FEDER.S.P.eV.!!!

63



variazione agli albi

64

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 24 NOVEMBRE 2025

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. PEVERANI Mattia di Borgo Maggiore (RSM)

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. FERRARA Davide a Brindisi
dott. GARBUGLIA Andrea a Forlì Cesena
dott.ssa RODA Patrizia cessata attività

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. AGOSTINI Geo cessata attività

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 29 DICEMBRE 2025

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. SIGNORINI Alessandro di Riccione (RN)

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott. LAGANA' Giuseppe da Torino

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa CAMORANI Alessandra trasferimento all'estero
dott. MANCINI Massimo cessata attività
dott.ssa MATTOGNO Liliana Maria cessata attività
dott. PAGANELLI Virgilio cessata attività
dott.ssa SEMPRINI Michela (23/10/1997) trasferimento a Forlì Cesena
dott. PIZZI Alfredo cessata attività
dott.ssa VANDI Giuliana trasferimento a Forlì Cesena

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BUDELLINI Tonino cessata attività
dott. MANCINI Daniele cessata attività

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 26 GENNAIO 2026

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. AGOLLI Enea Junior	di Rimini
dott.ssa FERRARA Annamaria Sissi	di Rimini
dott.ssa KOOMARI TABRIZI Safieh	di Rimini
dott.ssa PELLEGRINI Laura (già iscritta Albo Odontoiatri)	di Cattolica

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott.ssa CONTE Maria Luisa	da Ancona
dott.ssa DE AMICIS Sara	da Piacenza

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. PULAZZA Michael	trasferimento all'estero
dott. TONTINI Roberto	cessata attività

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott.ssa RICCARDI Agata Alina	di San Marino
dott. SIRENA Matteo	di Rimini
dott.ssa TADEI Camilla	di Rimini

Iscrizione ELENCO STP

LMLG STP S.r.l.	di Riccione
-----------------	-------------

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 23 FEBBRAIO 2026

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. BIANCIARDI Daniele	di San Giovanni in Marignano (RN)
--------------------------	-----------------------------------

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott. SPAGGIARI Lucio	da Bologna
-----------------------	------------

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. ARCANGELI Pierpaolo
dott. BENZI Pier Giorgio
dott. FRESCHI Aldo
dott. MANCINI Valerio
dott.ssa MANUZZI Chiara
dott.ssa RUAN Dalin

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. FABBRI Massimo Secondo
dott. FRESCHI Aldo

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 16 MARZO 2026

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BRICI Silvia	trasferimento a Ravenna
-----------------------	-------------------------

corsi, convegni e attività culturali

66

CONVEGNI ECM PROMOSSI DAL CENTRO DI FORMAZIONE MEDICINA DI GENERE OMCEO RIMINI

Salute, mali e malesseri: è possibile una prevenzione Genere Specifica?

- 1° modulo 18 aprile 2026

Salute, mali e malesseri: è possibile una prevenzione Genere Specifica?

- 2° modulo 16 maggio 2026

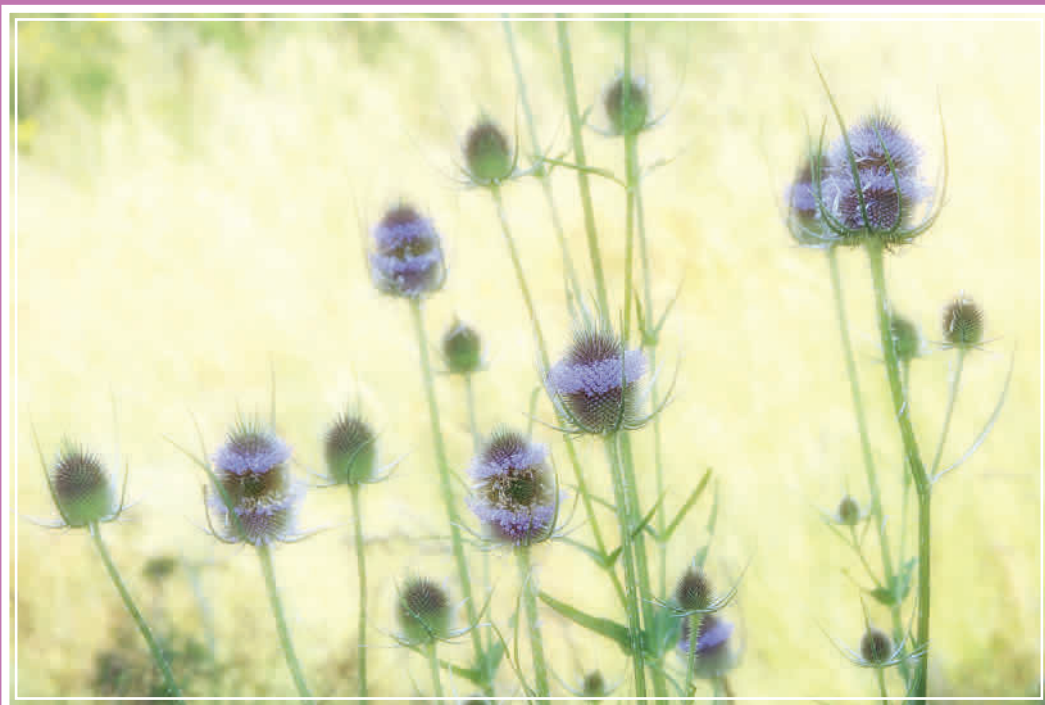
Sala Sole, Centro Congressi SGR - Via Chiabrera, 34- Rimini

Gli eventi ECM organizzati dall'Ordine sono pubblicati sul sito dell'Ordine
www.omceo.rn.it

GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA OMCEO RIMINI

Save the date

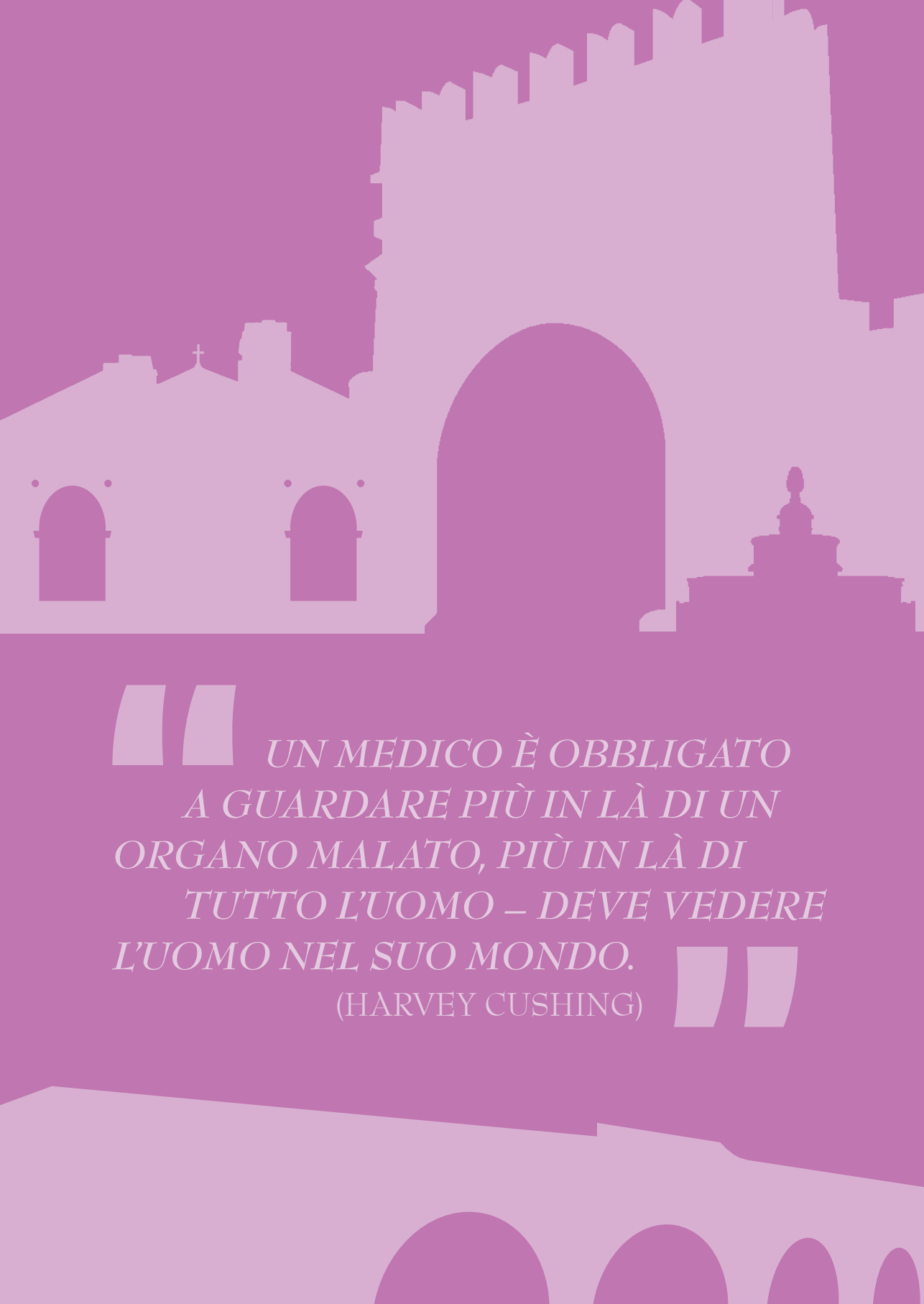
Domenica 27 settembre 2026 Grand Hotel di Rimini



Dipsacus fullonum (scardaccione o cardo dei lanaioli)



Papavero selvatico



*“ UN MEDICO È OBBLIGATO
A GUARDARE PIÙ IN LÀ DI UN
ORGANO MALATO, PIÙ IN LÀ DI
TUTTO L'UOMO – DEVE VEDERE
L'UOMO NEL SUO MONDO. ”*

(HARVEY CUSHING)