il Notiziario

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

anno XXVII numero 2-3
aprile-settembre 2025

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



il Notiziario

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

Anno XXVII, Numero 2-3
aprile-settembre 2025

Direttore responsabile: dott. Marco Grassi

Segretaria di redazione: Valentina Aureli

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

Contributi a questo numero da:
dott. Mario Agostini – presidente Federspev Sezione di Rimini
dott.ssa Ornella Carminati – medico chirurgo U.O. Oncologia Rimini
dott.ssa Selene Catena – medico chirurgo, radiologa
dott. Sante Enrico Cogliandro – medico endocrinologo
dott.ssa Valeria Gaspari – medico chirurgo U.O. Oncologia Rimini
prof.ssa Giovanna Tommasini Grossi – presidente A.M.M.I. donne per la salute Sezione di Rimini

Referenze iconografiche:
foto degli autori
foto pag.7 Maria Caterina Staccioli

In copertina:
Tresigallo

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

2-3/2025
sommario

4 **Editoriale**
di Maurizio Grossi

6 **Il punto redazionale**
di Marco Grassi

8 **Sanità locale**
AMBULATORIO DI MEDICINA TRADIZIONALE CINESE E AGOPUNTURA IN UN REPARTO DI ONCOLOGIA. ESPERIENZA PILOTA ALL'OSPEDALE "INFERMI" DI RIMINI
di Ornella Carminati, Valeria Gaspari
Oncologia Medica Rimini.

12 NUOVI INCARICHI QUINQUENNALI
di Antonella Chiadini

13 **Medicina generale**
IL CARICO DI LAVORO IN MEDICINA GENERALE
di Marco Grassi

18 **Medicina di genere**
FOCUS ON
di Laura Baffoni

23 **Aggiornamento**
GLI "INCIDENTALOMI" SURRENALICI
di Sante Enrico Cogliandro

26 **Medici ma non solo**
APPESI A UN FILO
di Selene Catena

LA CALDA ESTATE
di Luigi Casadei

28 **Recensioni**
ALLA SCOPERTA DELL' «ARCHITETTURA RAZIONALISTA» TRESIGALLO: LA CITTÀ METAFISICA
di Marco Grassi

33 **Semiseria...mente**
INDOVINELLO - REBUS
GIOCO CON NUMERI
di Saverino La Placa

34 **Spazio Ammi**
"UNA PRIMAVERA INTENSA TRA MUSICA, CULTURA E GIOVANI TALENTI"
di Giovanna Tommasini Grossi

36 **Spazio FEDER.SP.eV.**
59° CONGRESSO NAZIONALE FEDERSPEV PREVIDENZA, SANITÀ, ASSISTENZA: "AGENDA URGENTE PER IL PAESE, TRA DISEGUAGLIANZE E MANCATE TUTELE"

37 **Variazioni agli albi**

38 **Corsi e convegni**



LO “SPAZIO ETICO” PER IL DIALOGO

di Maurizio Grossi

A RIMINI, presso l’Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri, da ormai 13 anni esiste la Scuola di Etica Medica che organizza annualmente corsi di alta specializzazione in etica e deontologia medica.
E’ una realtà che in questi anni ha affrontato tematiche etiche e deontologiche della professione, con la presenza a Rimini di relatori qualificati di varie estrazioni quali medici, filosofi, sociologi, teologi, economisti, giuristi, bioeticisti.
Il pubblico a cui la Scuola è rivolta è quello medico e sanitario in generale.
Questa esperienza ha avuto l’obiettivo di dare al medico conoscenze etiche e deontologiche per poter affrontare scelte che in molti casi della professione sono difficili, complesse e a volte dolorose.
Proprio pensando alla Scuola di Etica Medica, ritengo sia ormai giunto il momento di mettere in pratica nella Sanità pubblica quello che il Comitato Nazionale di Bioetica aveva indicato in un documento del dicembre 2021: VULNERABILITÀ E CURA NEL WELFARE DI COMUNITÀ. IL RUOLO DELLO SPAZIO ETICO.
La bioetica affronta questioni fondamentali legate alla vita, alla salute e alla dignità della persona.
L’innovazione scientifica e il progresso medico pongono continue sfide etiche ed è per questo che il dialogo tra professionisti, pazienti e familiari è oggi essenziale per orientare le scelte in modo responsabile e consapevole.
Ecco allora che si dovrebbe creare all’interno degli Ospedali e delle Case di Comunità uno “Spazio etico”, ovvero un servizio di ascolto e di incontro dove professionisti sanitari, pazienti, familiari, caregiver possono condividere riflessioni su temi etici che riguardano la salute e l’attività assistenziale.
Se il principio della medicina è “mi prendo cura di te”, partendo dai bisogni delle persone, questo “Spazio etico” può agevolare il confronto e il dialogo sui dilemmi etici che possono sorgere nella pratica assistenziale quotidiana. Pensiamo alle questioni etiche e giuridiche legate alle decisioni di fine vita compreso il testamento biologico e le cure palliative, la gestione etica e organizzativa delle malattie croniche, disabilità e accesso alle cure delle persone con disabilità in ambito sociale e sanitario, la sperimentazione clinica e la tutela dei soggetti coinvolti, il conflitto di interesse.
In Francia esiste già da molti anni il modello dell’ “Espace Ethique de l’Assistance publique” che coadiuva l’assistenza ospedaliera e non solo,

predisponendo luoghi di ascolto e di incontro tra medici, operatori sanitari e pazienti, famiglie, tutori e amministratori di sostegno per condividere esperienze di vita, affrontare eventuali difficolta e incomprensioni, offrire la possibilità di avanzare domande e sollevare dubbi etici, in un quadro di protezione e ascolto senza timore di conseguenze negative.
Oggi il "paradigma della persona" pone al centro dell'attenzione la persona, i suoi bisogni, i suoi valori, le sue aspirazioni, le scelte riguardanti la sua vita, il suo ruolo nella società.

Con questa premessa lo Spazio Etico che dovrebbe nascere negli Ospedali e nelle Case di Comunità, diviene un laboratorio dove ogni persona è libera di esprimere le proprie idee, senza reticenze o timore di essere poi penalizzata dal sistema in cui vive e agisce, attraverso un confronto alla pari.
L'obiettivo finale consiste nell'accompagnare le persone coinvolte nel processo di cura, il paziente, i familiari, il personale sanitario, alle migliori scelte per affrontare e risolvere i problemi nel contesto sociale in cui vivono e lavorano.

*"Oggi il "paradigma della persona" pone al centro dell'attenzione la persona, i suoi bisogni, i suoi valori, le sue aspirazioni, le scelte riguardanti la sua vita, il suo ruolo nella società.
Con questa premessa lo Spazio Etico che dovrebbe nascere negli Ospedali e nelle Case di Comunità, diviene un laboratorio dove ogni persona è libera di esprimere le proprie idee, senza reticenze o timore di essere poi penalizzata dal sistema in cui vive e agisce, attraverso un confronto alla pari."*

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=8016
https://bioetica.governo.it/media/4439/p145_2021_vulnerabilita-e-cura-nel-welfare-di-comunita_it.pdf
https://www.espace-ethique.org/presentation

il punto redazionale



di Marco Grassi

CARE COLLEGHE,
CARI COLLEGHI,
in questa nota di presentazione degli articoli partirò dal fondo del Notiziario. Questo numero tardo-estivo vi giungerà in tempo per prendere in considerazione il programma della Scuola di Etica Medica, giunto quest'anno alla tredicesima edizione. Una iniziativa che il nostro Ordine porta avanti da anni e che ci contraddistingue nel panorama ordinistico nazionale.
Quest'anno il *format* è stato modificato e semplificato, senza nulla togliere allo «spessore» culturale, per aumentare l'interesse e favorire una più ampia partecipazione. È infatti possibile iscriversi e partecipare ad una o più giornate a seconda di interessi e disponibilità (inoltre ogni giornata è «autonoma ai fini della assegnazione dei crediti ECM).

Ciò anticipato torniamo alla abituale scaletta di presentazione con **l'Editoriale** di Maurizio Grossi che ha come argomento proprio l'etica con la proposta della istituzione di uno «spazio etico». Uno spazio non solo culturale di approfondimento e dibattito di temi pertinenti ma un vero spazio «fisico» *"che dovrebbe nascere negli Ospedali e nelle Case di Comunità... un laboratorio dove ogni persona è libera di esprimere le proprie idee, senza reticenze o timore di essere poi penalizzata dal sistema in cui vive e agisce, attraverso un confronto alla pari. L'obiettivo finale consiste nell'accompagnare le persone coinvolte nel processo di cura, il paziente, i familiari, il personale sanitario, alle migliori scelte per affrontare e risolvere i problemi nel contesto sociale in cui vivono e lavorano".*

Sanità locale presenta l'esperienza della Unità Operativa (UO) di Oncologia nell'utilizzo dell'agopuntura nella gestione globale di alcuni sintomi correlati ai trattamenti in pazienti neoplastici e Antonella Chiadini presenta tre nuovi Direttori di UO: Il dr. Martino Ardigò, la dr.ssa Michela Piva e il dr. Antonino Romeo.

Narrazioni aneddotiche, riprese con insolita frequenza dai media, da tempo dipingono la **Medicina Generale** come il «bengodi» dove si lavora per 3 ore al giorno e si guadagna più di un «primario». Una ricerca dell'Università Bocconi (svolta anche con medici dell'AUSL Romagna) sfata questo mito ormai radicato tanto da affermare in sede di conclusioni che " i volumi di

lavoro e di impegno dei MMG sono notevoli ed è tempo di superare narrazioni aneddotiche prive di fondamento quantitativo».
Un esteso commento alla ricerca spiega anche, indirettamente, la crescente disaffezione per questa professione dei giovani medici (e anche di quelli anziani che si prepensionano).

A cura di Sante Cogliandro **Aggiornamento** approfondisce un argomento di «nicchia - gli "incidentalomi" surrenalici - che ha però risvolti culturali e pratici che coinvolgono anche molti altri campi specialistici. Gli "incidentalomi", ovvero il riscontro per mera coincidenza (incidentale) e non in seguito a particolari sintomi clinici di masse localizzate nei più disparati organi, pongono infatti «dilemmi» pratici non indifferenti.

Il tema degli orologi biologici (OB) è un tema attuale non solo per le prospettive di applicazione, ma anche perché l'analisi dei differenti marcatori è oggi resa possibile dall'utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA), in una delle sue innumerevoli applicazioni. Approfondisce queste complesse tematiche Laura Baffoni nella rubrica **Medicina di Genere**.

In questo numero **Recensione** propone una visita non giù ad una mostra «tradizionale» ma invita alla scoperta dell'architettura razionalista visitando una piccola, quanto ancora sconosciuta «città d'arte»: Tresigallo, la città di marmo immersa nel verde della pianura padana, capitale del razionalismo italiano.

Questo Notiziario si chiude con i tradizionali Semiseriamente di Saverino La Placa, **Medici ma non solo** con un racconto breve di Selene Catena, lo **Spazio AMMI** con il resoconto della attività dell'associazione e infine nello **Spazio FEDER.S.P.eV** il programma del congresso nazionale che si tiene quest'anno a Riccione con la fattiva collaborazione della sezione di Rimini.

Buona lettura e buona estate!





AMBULATORIO DI MEDICINA TRADIZIONALE CINESE E AGOPUNTURA IN UN REPARTO DI ONCOLOGIA. ESPERIENZA PILOTA ALL'OSPEDALE "INFERMI" DI RIMINI.

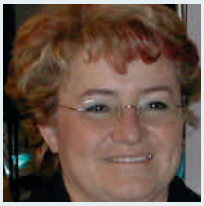
di Ornella Carminati, Valeria Gaspari

ONCOLOGIA MEDICA RIMINI.
L'evoluzione dei trattamenti oncologici negli ultimi anni sta portando a risultati sempre più importanti grazie ad un approccio multidisciplinare e personalizzato che si riflette sia in un aumento della sopravvivenza, sia in un miglioramento della qualità della vita del paziente. Per contro, i percorsi terapeutici sono spesso lunghi e talvolta gravati da tossicità croniche che possono andare ad influire in modo significativo sulla qualità di vita dei pazienti e sul loro vivere quotidiano. Una delle sfide per una oncologia moderna aperta ad ogni prospettiva di cura per il paziente è quella di sapere affrontare non solo l'aspetto farmacologico del percorso di cura, ma anche il comprendere gli inevitabili risvolti della patologia oncologica e dei suoi trattamenti sulla sfera sociale, famigliare e psicologica.
In questa logica, ed in un'ottica di personalizzazione dei percorsi assistenziali e di cura, ogni sforzo deve essere fatto affinchè il paziente possa godere di tutti i benefici offerti sia dagli approcci convenzionali alla malattia, sia da quanto offerto dal grande capitolo dei trattamenti integrati o complementari, nella consapevolezza che spesso il paziente si rivolge alle terapie complementari per trovare risposta a bisogni insoddisfatti dalla medicina convenzionale.
In tale contesto, l'agopuntura rappresenta un'opzione terapeutica integrata per la quale esistono già solidi dati di efficacia in letteratura scientifica nella gestione globale di alcuni sintomi correlati ai trattamenti, in assenza di interferenze con le terapie farmacologiche convenzionali cui il paziente è sottoposto, e/o ulteriori effetti collaterali. L'agopuntura, che rientra nelle metodiche della Medicina Tradizionale Cinese, si basa sul concetto che le malattie (e a volte anche i farmaci impiegati per curarle) inducono uno squilibrio energetico a livello dell'organismo che i vari approcci (tra cui l'agopuntura) puntano a modificare riportando quanto più possibile ad uno stato di equilibrio.
L'agopuntura si è dimostrata efficace nella gestione di svariati sintomi in campo oncologico, con evidenze soprattutto nella sindrome climaterica indotta dalle terapie ormonali per la cura delle neoplasie mammarie, o prostatiche che vengono protratte per molti anni e possono impattare negativamente sulle attività della vita quotidiana. La presenza nella letteratura scientifica internazionale di sempre maggiori evidenze di efficacia della agopuntura nella presa in carico dei pazienti oncologici ha suscitato negli ultimi anni un aumentato interesse da parte delle Società Scientifiche che studiano la patologia mammaria, fino ad includere tale disciplina nei percorsi terapeutici

dedicati a queste pazienti. Per dare una risposta al bisogno dei pazienti e nel tentativo di allinearsi alle raccomandazioni delle linee guida delle principali società scientifiche di settore nasce la necessità di offrire un percorso di cura completo e gratuito direttamente nel luogo di cura.
Grazie al supporto ed al sostegno dell'Associazione Riminese di donne operate al seno Crisalide ADOCM è stato avviato un ambulatorio di Medicina Tradizionale Cinese e Agopuntura presso la Unità Operativa di Oncologia sede di Rimini inquadrato all'interno dei percorsi di presa in carico globale del paziente oncologico con terapie di supporto e palliative nella gestione della tossicità di trattamenti cronici. Operativamente, l'ambulatorio eroga prestazioni un pomeriggio a settimana ed è gestito da 2 medici oncologi diplomati in Medicina Tradizionale Cinese e Agopuntura ed è rivolto ai pazienti in trattamento oncologico attivo, prevalentemente ma non esclusivamente di tipo ormonale.
Attualmente l'accesso al servizio avviene soprattutto attraverso la segnalazione del medico oncologo che ha in carico il paziente, che è istruito sulle indicazioni di trattamento, o su richiesta diretta da parte del paziente. Il nostro desiderio sarebbe peraltro quello di poter aprire il servizio condividendo le indicazioni al trattamento coi medici di medicina generale e con gli altri specialisti ospedalieri non di branca oncologica, per potere estendere l' opportunità di cura a tutti i pazienti potenzialmente eligibili a prescindere dalla porta di accesso al sistema.
Dal Gennaio 2022 a Febbraio 2025 sono stati trattati complessivamente 96 pazienti; per ognuno di essi è stato impostato un programma di 8-10 sedute della durata di 20-40 minuti a seconda del piano di cura personalizzato. La valutazione di efficacia del trattamento avviene mediante un questionario validato somministrato

L'agopuntura si è dimostrata efficace nella gestione di svariati sintomi in campo oncologico

al paziente ad ogni seduta che permette di valutare l'impatto soggettivo del trattamento sul paziente ed eventualmente modificarne il piano di cura. Oltre alle valutazioni di impatto sul singolo paziente, che permettono una valutazione globale di efficacia nei pazienti trattati, i dati estrapolati mostrano un beneficio soggettivo per le pazienti con sindrome climaterica superiore all'80%, in linea coi dati di letteratura e comunque superiore al beneficio soggettivo ottenibile con terapia medica (stimato in letteratura pari al 60%). Questo dato di beneficio soggettivo in una quota di pazienti significativamente superiore rispetto a quanto ottenibile coi trattamenti farmacologici, unitamente al grado di soddisfazione dei pazienti che hanno ricevuto un trattamento di agopuntura rappresenta per noi un motivo di gratificazione professionale e contemporaneamente un forte stimolo a proseguire e migliorare tale percorso, che si sta dimostrando un approccio vincente in una logica di presa in carico globale del paziente e dei suoi bisogni di salute.
La nuova sfida per il nostro servizio e per la Unità Operativa di Oncologia è ora rappresentata dalla stabilizzazione ed implementazione della attività all'interno della offerta assistenziale della Unità Operativa, ricercando la collaborazione ed il sostegno sia di alcune aree potenzialmente affini per vocazione alle terapie di supporto al paziente oncologico, sia della medicina territoriale, per poter offrire tale opportunità ad un numero di pazienti sempre più ampio riducendone i tempi di attesa.



NUOVI INCARICHI QUINQUENNALI

di Antonella Chiadini

10 NUOVI INCARICHI QUINQUENNALI.

Tre nuove nomine apicali a marzo 2025:

sono la dr.ssa **Michela Piva** *direttore dell'U.O. Consultori Familiari e responsabile del Centro Giovani, il dottor* **Antonino Romeo** *direttore dell'U.O. di Radioterapia e il dottor* **Michele Ardigò** *Direttore del Distretto di Riccione.*

Confermato inoltre il dottor **Mirco Tamagnini** *a Direttore del Distretto di Rimini e delle Attività Socio Sanitarie dell'Ausl della Romagna (posizioni già ricoperte ad interim rispettivamente dal 2021 e dal 2016)*

La dottoressa **Michela Piva,**



ginecologa, è il nuovo direttore dell'U.O. Consultori Familiari e responsabile del Centro Giovani. Riminese, classe 1980, si laurea con lode in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Bologna, specializzandosi nello stesso ateneo in Ginecologia ed Ostetricia. Dall'aprile 2011 a fine luglio 2015 ha svolto la propria attività nella U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale di Stato della Repubblica di San Marino occupandosi principalmente di medicina materno fetale, ecografia ostetrica e diagnosi prenatale. Ad agosto 2015 inizia il suo percorso professionale in Ausl Romagna come dirigente medico nella U.O Tutela Salute Famiglia Donna ed Età Evolutiva sede di Rimini occupandosi di ecografia prenatale, colposcopie e coordinando l'attività clinica e organizzativa dello Spazio Giovani, con particolare attenzione alle gravidanze nelle minorenni e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili. Svolge inoltre attività di collaborazione interdisciplinare per casi clinici complessi con assistente sociale, psicologa, ostetrica, neuropsichiatra infantile e, da dicembre 2022, assume l'incarico qualificato per 'I percorsi assistenziali in ambito consultoriale per la salute e per la promozione degli stili di vita degli adolescenti che accedono allo Spazio Giovani'. Ha curato l'organizzazione dei corsi di formazione interni per i professionisti del Consultorio, medici, ostetriche, assistenti sociali e psicologhe, ed è stata docente e tutor in corsi organizzati dall'Ausl Romagna e docente nel seminario "La violenza di genere nel quadro internazionale" e nel Corso di Alta Formazione in Vittimologia Clinica e Forense, organizzati dall'Università degli Studi della Repubblica di San Marino. Ha partecipato a vari studi in materia ginecologica ed è autrice di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali.

Il dottor **Antonino Romeo**



è il nuovo direttore dell'U.O. di Radioterapia. 50 anni, originario di Reggio Calabria, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Messina specializzandosi poi in Radioterapia, per conseguire quindi il Dottorato di Ricerca in Oncologia, Ematologia e Patologia. Dopo un'esperienza professionale di tre anni e mezzo nella U.O. di Radioterapia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, dal 1° dicembre 2007 inizia a lavorare come dirigente medico nella U.O. di Radioterapia dell'Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) IRCCS di Meldola. Qui nel luglio 2016 assume prima l'incarico di Responsabile di Struttura Semplice U.O. "Radioterapia Meldola", e a dicembre 2016 viene

nominato Direttore della Struttura Complessa Radioterapia (sedi Meldola e Ravenna). Il dottor Romeo ha maturato competenze nell'ambito di trattamenti/ri-trattamenti erogati in regime di ipofrazionamento accelerato della dose nelle patologie neoplastiche cerebrali, toraciche, addominali e pelviche. Ha collaborato alla stesura e alla conduzione (PI/co-investigator) di diversi protocolli clinici sperimentali approvati da CMS e CE per la validazione clinica/radiobiologica dei regimi di irraggiamento ipofrazionato. Componente attivo di numerosi gruppi di patologia multidisciplinare per l'identificazione della migliore strategia terapeutica, in particolare si è occupato di patologia oncologica mammaria, toracica, ematologica, urologica e ginecologica. Membro del gruppo di Coordinamento regionale di rete oncologica ed emato-oncologica dell'Emilia Romagna, è professore a contratto presso l'Università di Bologna - Scuola di specializzazione in Radioterapia nella disciplina "Radioterapia nelle neoplasie polmonari e tecniche radioterapiche avanzate". È autore di numerose pubblicazioni scientifiche.

Il dottor **Ardigò Martino**,



nuovo direttore del Distretto di Riccione, è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Bologna, con specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e Master in Gestione dei Servizi Sanitari Territoriali, Dottorato in Cooperazione allo Sviluppo e Post-Doc in Educazione in Salute. Nato a Cosenza, 50 anni, dal 2012 al 2017 è stato ricercatore presso l'Università degli Studi di Bologna, dove si è occupato di formazione e ricerca in Primary Health Care e di sviluppo di Case della Salute, poi dal 2018 al 2020 professore titolare alla Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, in Brasile, occupandosi di attività di formazione, ricerca e servizio in Primary Health Care, relative principalmente alle popolazioni vulnerabili indigene, frontaliere ed urbane, sviluppo delle Cure Intermedie, integrazione multi professionale in salute della famiglia e PHC, quindi l'anno successivo ha ricoperto il ruolo di consulente al Ministero della Salute brasiliano seguendo la ristrutturazione della Forza Nazionale di Intervento Rapido in caso di emergenze, disastri, condizioni di dis-assistenza alla luce della pandemia di Covid-19, con l'obiettivo di costruire reti assistenziali integrate. Negli ultimi anni ha operato come dirigente medico prima presso le Cure Primarie di Ravenna poi a supporto della Direzione dei Distretti di Rimini e Riccione, contribuendo allo sviluppo dei servizi sanitari sul territorio e all'integrazione tra servizi sanitari, sociale e risorse comunitarie, in particolare nel rafforzare le Case della Comunità e i servizi di prossimità in linea con quanto approvato dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria per garantire un sistema di cure che risponda in modo globale ai bisogni dei cittadini, dalla prevenzione alla gestione delle cronicità, operando in sinergia con i medici di famiglia, le amministrazioni e le comunità locali per servizi accessibili e su misura.



IL CARICO DI LAVORO IN MEDICINA GENERALE

di Marco Grassi

È VERO CHE I MEDICI DI MEDICINA GENERALE LAVORANO SOLO TRE ORE?

Una certa pubblicistica, sia carta stampata che televisiva poi ripresa e amplificata sui social, ha da anni nel «mirino» dei propri servizi giornalistici i Medici di Medicina Generale (MMG) «accusati» di lavorare poco: le famose tre ore di ambulatorio quotidiano che sarebbero la causa di tutti i malfunzionamenti del SSN. Una «narrazione» ripetuta *ad libitum* che è ormai diventata «realtà ufficiale» e come tale percepita a tutti i livelli (soprattutto il livello «politico»). Una ricerca del CERGAS Bocconi (1) sfata questo mito ormai radicato tanto da affermare in sede di conclusioni che "La MG, così come rappresentata dal campione analizzato, gestisce 40-50 contatti al giorno, ovvero 200-250 la settimana, ovvero 800-1.000 al mese (su 1.300 iscritti medi). Questo dato ci segnala che i volumi di lavoro e di impegno dei MMG sono notevoli ed è tempo di superare narrazioni aneddotiche prive di fondamento quantitativo, almeno per chi lavora a livello scientifico, di *management* o di *policy-making*".
I «volumi di lavoro» documentati nella ricerca del CERGAS, che i MMG conoscono benissimo ma che sono ignorati a livello di *management* e *policy-maker*, sono il risultato di alcuni trend emergenti che hanno impattato sull'evoluzione della pratica della MG da almeno un decennio. Si possono riassumere brevemente in tre grandi capitoli:

1 - **Demografia e numerosità dei MMG**. In Italia, secondo le ultime rilevazioni dell'Annuario Statistico del SSN, nel 2022 erano 39.366 i MMG in servizio (-6.843 dal 2009), di cui il 72% aveva oltre 27 anni di anzianità di laurea.
Trend di riduzione dei MMG attivi che è continuato con previsioni di ulteriore riduzione del numero di MMG in servizio legata ai pensionamenti.

2 - **Aumento del numero di assistiti potenziali per medico.**
Come inevitabile corollario alla diminuzione dei MMG in attività si è assistito all'aumento del numero di assistiti per medico, passati mediamente da 1.129 nel 2009 a 1324 nel 2022.
In questo nuovo scenario quasi la metà dei MMG (il 47%) è «massimalista», ovvero con un numero di scelte pari a 1500 assistiti non ulteriormente aumentabili secondo l'Accordo Collettivo Nazionale che regola a livello nazionale la Convenzione fra SSN e MMG. (In realtà in molte

realtà regionali, in particolare «sofferenza» per mancanza di nuovi MMG, il numero di scelte per singolo medico è stato portato a 1800 e oltre).

3 - **Demografia e complessità degli assistiti.** Occorre poi ricordare i mutamenti che interessano gli assistiti dei MMG, dovuti sia all'aumento dell'età media della popolazione, sia alla maggior incidenza delle patologie croniche.
Una popolazione più anziana comporta, infatti, la gestione di situazioni di cronicità e multimorbidità: i MMG oggi contano in media, rispetto al totale degli iscritti, circa il 40,5% di pazienti affetti da almeno una patologia cronica e il 20,8% con 2 patologie.
Fortunatamente, poco meno della metà (42,9%) di questa popolazione gode di buona salute a dispetto della patologia ma questo non toglie che lo stato di buona salute non impatti sulla richiesta e fornitura di servizi sanitari (accesso ai MMG in primis). (2)

Inoltre, concorrono ad un aumento dei contatti e del conseguente carico di lavoro del MMG altri fattori non secondari:

- Il costante aumento di linee-guida specialistiche che hanno «dilatato» sia il numero dei pazienti che il numero delle procedure diagnostico-terapeutiche che l'applicazione di protocolli e linee-guida comportano.
  È stato calcolato che applicare tutte le linee-guida che riguardano la prevenzione e la gestione clinico-terapeutica delle malattie croniche necessiterebbero, a seconda degli studi, dalle 10 alle 27 ore quotidiane per medico (3) .
  Dato il frequente evolversi delle conoscenze, ciò comporta anche una continua attività di aggiornamento e formazione.

- L'integrazione con le altre parti del sistema, sia tramite la collaborazione con altri professionisti (ad esempio altri MMG, specialisti, ospedali o assistenti sociali) come conseguenza di un necessario aggiustamento della pratica clinica dei MMG.

- L'integrazione di procedure e piattaforme informative (tra MMG, con i servizi territoriali e ospedalieri) con utilizzo contemporaneo di più piattaforme non sempre sincrone e «allineate» con la cartella clinica utilizzata dai MMG, per tacere dei frequenti *black-out* informatici (piattaforme off-line).

Infine, a partire dalla pandemia da Covid-19 si sono diffusi nuovi modelli e canali di servizio tramite l'adozione di strumenti digitali, utilizzati ampiamente per ridurre i contatti interpersonali nei momenti di maggiore diffusione del virus: per rilasciare prescrizioni di terapie croniche, per monitorare i pazienti positivi e per espletare le pratiche burocratiche connesse, per consigli e informazioni.
Canali di «accesso» i cui vantaggi sono stati percepiti sia dai professionisti che dagli assistiti ma con caveat di non poco conto. Infatti, oltre ai più tradizionali contatti di persona o telefonici, se ne stanno progressivamente aggiungendo altri come e-mail e

messaggistica tramite *WhatsApp*, piattaforme *online* e altre tipologie di *app*.
Questo ha comportato, da un lato, un maggior senso di prossimità dei servizi, con maggior rapidità di risposta e facilità di accesso per gli assistiti, ma dall'altro un aumento del carico di lavoro dei MMG, che spesso faticano a gestire i numerosi contatti che arrivano da diversi canali.
I modelli di accesso tramite piattaforme *online* o televisite aumentano infatti il carico di lavoro dei MMG rispettivamente del 25% e 31% (4).
Questa ulteriore quota di sovraccarico lavorativo dovuto agli strumenti digitali, se non correttamento gestito riducendolo al necessario ed essenziale, può influire negativamente sulla qualità della attività del MMG, sia clinica che soprattutto relazionale e disattendere le crescenti aspettative dei pazienti peggiorando la loro esperienza di cura.

Alla luce dei *trend* descritti, che stanno caratterizzando l'evoluzione della MG, la ricerca del Cergas ha mirato a comprendere come si stanno modificando le interazioni medico-paziente, sia in termini di volumi di attività che di modalità di contatto.
In particolare, si è proposta verificare quali sono gli effettivi volumi di attività dei MMG e le modalità di interazione tra MMG e pazienti.
Quantificare il numero di contatti tra i MMG e i loro pazienti permette infatti di stimare il carico di lavoro dei medici. Per fare ciò sono stati rilevati tutti i tipi di contatto ricevuto dai MMG, da quelli tradizionali a quelli tramite strumenti digitali.

La ricerca è stata eseguita su un campione di medici di tre realtà territoriali diverse (Lecco, l'AUSL Romagna e Napoli).
Senza entrare nei dettagli metodologici e i risultati in esteso, per i quali si rimanda alla ricerca (1) durante il periodo di rilevazione, sono stati registrati complessivamente 22.738 contatti nei tre contesti regionali analizzati. Di questi, 9.778 contatti sono stati rilevati a Lecco, 6.328 in Romagna e 6.632 a Napoli.
Sebbene vi siano lievi differenze, il numero medio giornaliero di contatti appare sostanzialmente allineato nei tre contesti: Lecco ha registrato una media di 49 contatti al giorno, seguita dalla Romagna con 45 e Napoli con 41.
Questi dati assumono una dimensione ancor più rilevante se si considerano anche le interazioni gestite dal personale amministrativo, dove disponibile. Infatti, considerando anche i contatti transitati attraverso le segreterie, il numero medio giornaliero di contatti aumenta rispettivamente a 72 a Lecco, 70 in Romagna e 87 a Napoli (di cui rispettivamente il 65%, il 64% e il 47% gestiti direttamente dal medico).

La MG, così come rappresentata dal campione analizzato, per la sostanziale omogeneità dei risultati sia inframedico che fra le varie realtà regionali, può essere presa come «campione» della intera MG. Un MMG con 40-50 contatti al giorno, ovvero 200-250 alla settimana, ovvero 800-1.000 al mese (su 1.300 iscritti medi) non può gestire in «tre ore» questo carico di lavoro, con buona pace di chi si ostina a crederlo possibile.
Questo dato ci segnala che per riuscire a sostenere questi ritmi

impegnativi (40-50 contatti diversi al giorno) necessariamente si è dovuto modificare il canale di servizio, privilegiando il remoto al fisico, sia perché permette di lavorare in asincrono sia perché permette di comprimere i tempi di lavoro per ogni paziente.
Altrimenti, gli stessi volumi di pazienti, gestiti nel modello passato, basato prevalentemente su accessi fisici, sarebbero strutturalmente insostenibili.
In tutti e tre i contesti analizzati, infatti, i contatti da remoto appaiono essere i più frequenti, superando quelli di persona (vedi figura 1).
Occorre evidenziare che questi dati mostrano unicamente la suddivisione dei contatti dei MMG tra presenza e remoto in termini di numerosità, e non sono in grado di stimare il tempo assorbito dagli uni o gli altri.
Analizzando quali servizi sono stati erogati in presenza e quali in remoto risulta che per alcuni di essi (prescrizione di esami e di farmaci, visione degli esami) viene privilegiata sia dai medici che dai pazienti il contatto in remoto.
Questi servizi comportano comunque uno «studio» della cartella clinica del paziente e lo stesso tempo impiegato (sia in remoto che in presenza) anche se verosimilmente le interazioni in

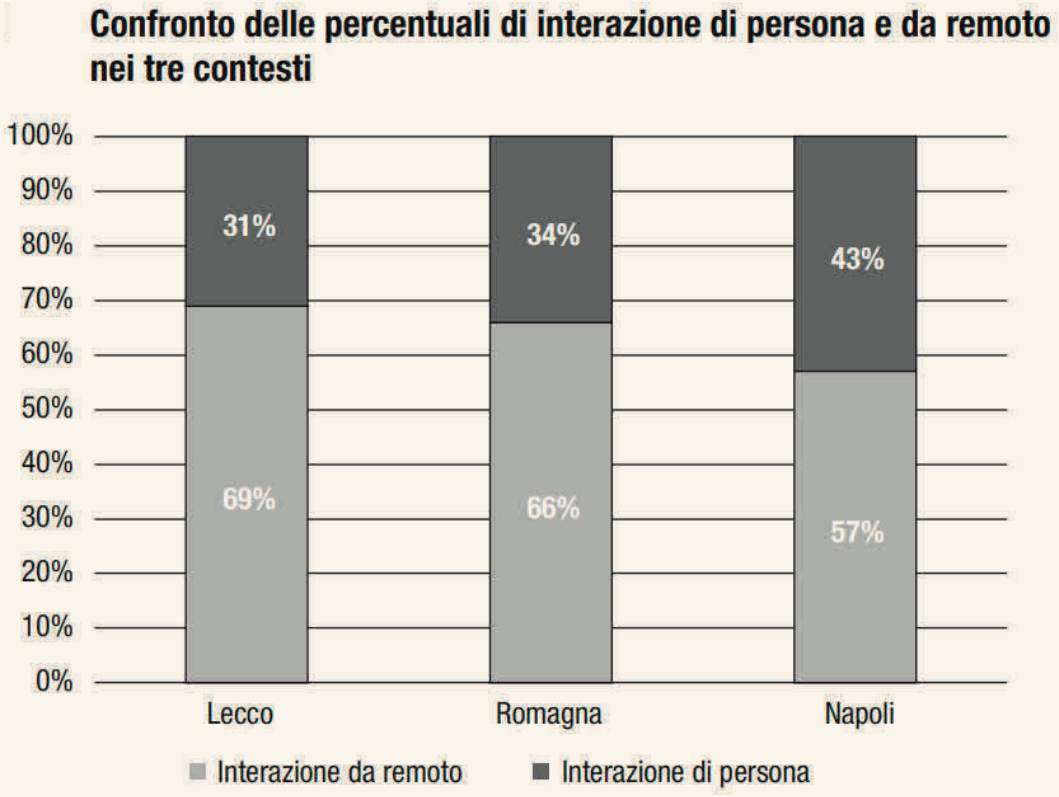


figura 1 (ref.1)

presenza potrebbero assorbire più tempo rispetto a quelle da remoto.
Una evidenza interessante della ricerca è che il dato che la predilezione per il remoto è invariante all'età e alle caratteristiche dei pazienti, ma anche convergente a prescindere dalle caratteristiche del MMG (età, forma associativa, numero di iscritti) e dal diverso contesto regionale.
Ciò indica la presenza di un trend generale, convergente e robusto verso l'utilizzo estensivo degli strumenti di comunicazione digitale.
Questi, se da un lato riducono gli spostamenti fisici dei pazienti e l'affollamento degli ambulatori dei MMG, dall'altro, per la facilità di utilizzo, di contatto con il MMG e di risposta ai servizi o problemi posti, può incentivare un utilizzo inappropriato.
Per chiudere questa analisi vale la pena riportare le conclusioni della ricerca, in special modo laddove si sottolinea come la MG sia stata in grado di rispondere in tempi rapidi all'esplosione di nuovi bisogni di salute e di cura e si suggerisce ai decisori politici di riflettere su come vengono disegnate le grandi politiche del SSN:
"Tutto questo è avvenuto in tempi rapidi, al di fuori di qualsiasi scelta di politica pubblica, come aggiustamento spontaneo dal basso all'esplosione del bisogno in una società che invecchia e alla riduzione della capacità produttiva del SSN (minor numero di MMG).
Questo dovrebbe farci riflettere su come vengono disegnate le grandi politiche del SSN, come un disegno nazionale per l'erogazione dei servizi di telemedicina, che è stato concepito senza aver indagato questi fenomeni, senza aver trovato punti di sinergia con quanto già avviene negli studi dei MMG e senza rendersi conto che si è già largamente in ritardo, perché la digitalizzazione e i servizi da remoto sono già un fatto emergente e diffuso nel SSN.
Queste considerazioni aprono uno spazio di lavoro manageriale importante sia osservando il punto di vista dei pazienti, sia il punto di vista dei medici, ma anche considerando i fabbisogni di governo dei MMG."

"Ciò indica la presenza di un trend generale, convergente e robusto verso l'utilizzo estensivo degli strumenti di comunicazione digitale."

1 - https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/12_Oasi_2024_I_cambiamenti_dei_modelli_di_servizio.pdf
2 - Istat (2022), Aspetti della vita quotidiana: Stato di salute – età al link http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=&-view-metadata=1&lang=it&QueryId=15445
3 - Porter J, Boyd C, Skandari MR, Laiteerapong N. Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care. J Gen Intern Med. 2023 Jan;38(1):147-155.
4 - Salisbury, C., Murphy, M., & Duncan, P. (2020). The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. Journal of Medical Internet Research, 22(6), e18203. https://doi.org/10.2196/18203



FOCUS ON
di Laura Baffoni

ORGAN-SPECIFIC BIOLOGICAL CLOCKS: AGEOTYPING FOR PERSONALIZED ANTI-AGING MEDICINE

F. Prattichizzo et al.;
Ageing Research Reviews, 2024
https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102253

Nel precedente Focus on abbiamo parlato di fragilità ed invecchiamento, e in continuità con gli argomenti trattati, vi propongo la review di Prattichizzo et al. apparsa su Ageing Research Reviews dal titolo "Organ-specific biological clocks: Ageotyping for personalized anti-aging medicine". Il tema degli orologi biologici (OB) è un tema attuale non solo per le prospettive di applicazione, ma anche perché l'analisi dei differenti marcatori è oggi resa possibile dall'utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA), in una delle sue innumerevoli applicazioni. Gli OB sono stati uno degli argomenti affrontati dal professor Franceschi e dalla professoressa Olivieri, coautori della review in oggetto, nel convegno organizzato a marzo dal Centro Formazione Medicina di Genere del nostro Ordine, e quindi questo Focus on è anche l'occasione per soffermarci su alcuni dei punti trattati.

L'età è un fattore di rischio per molte patologie croniche ed è considerato, in tutte le carte del rischio, come fattore non modificabile. Tutti invecchiamo, ma la velocità con cui ciò avviene è diversa in ciascuno di noi e per tale motivo gli Autori introducono il concetto di età biologica, che spesso non corrisponde all'età cronologica. L'invecchiamento può essere descritto come un complesso processo di rimodellamento multidimensionale e progressivo che colpisce i diversi organi e sistemi, pertanto comprendere il contributo dei singoli organi ai processi generali di invecchiamento può portare a prevedere lo sviluppo di alcune malattie legate all'età ("age related disease/diseases" ARD/ARDs) in maniera selettiva e specifica. Questo porterà a rivoluzionare il paradigma riguardante l'età, da fattore di rischio "non modificabile" a "modificabile", e pertanto da fattore "non trattabile" a "trattabile". L'età biologica di una persona è la risultante dell'età biologica dei singoli organi e sistemi, che mostra una variabilità non solo fra i diversi individui, ma anche all'interno di una stessa persona, per questo Prattichizzo e colleghi sottolineano l'importanza di costruire strumenti che stimino l'età biologica, chiamati

OB, affidabili e i più semplici possibili. La maggior parte degli OB sono stati costruiti affidandosi alle scienze omiche* (come l'epigenomica, la trascrittomica, la proteomica e la metabolomica) integrate con parametri clinici comuni, utilizzando l'IA, ed alcuni OB con le loro caratteristiche sono riportati in tab. 1.
Il primo OB studiato è quello proposto da Horvath nel 2013, che ha utilizzato come "*output*" l'età cronologica studiando i cambiamenti della metilazione della citosina nei dinucleotidi CpG**. Questo OB ha dimostrato che il livello di metilazione è un predittore dell'età multi-organo e che era capace di identificare specifiche alterazioni patologiche nei tessuti, tuttavia era inefficiente nel prevedere lo sviluppo delle ARDs o la mortalità nella popolazione generale. Questo limite è stato superato in modelli successivi che correlavano la metilazione del DNA, con o senza altre variabili, al rischio di mortalità; esempi di questi OB sono gli orologi PhenoAge e DunedinPoAm (quest'ultimo ha utilizzato i dati di una coorte longitudinale di soggetti giovani).

Un' alternativa agli orologi epigenetici è rappresentata dagli orologi trascrittomici (che analizzano l'espressione dei geni negli RNA messaggeri, n.d.r.), ma anche questi quando l'età cronologica è stata presa come variabile di esito non hanno mostrato capacità predittive di ARDs, come l'OB di Peters. Diversa potenzialità è stata ottenuta quando l'OB ha utilizzato una rete neurale artificiale il cui modello di architettura incorporava dati noti dei processi biologici e veniva addestrata sulla base di un ampio set di dati trascrittomici da campioni di pelle epidermica, dimostrando capacità di riconoscere e interpretare i principali percorsi attraverso i quali le condizioni di invecchiamento accelerato esercitano i loro effetti, abbinando la predittività con l'interpretabilità dei fenomeni osservati (Holzscheck, Nature 2021).

Molte proteine plasmatiche mostrano alterazioni con l'invecchiamento in particolare quelle legate alle vie immunitarie e neuronali, evidenziando il ruolo dell'infiammazione come driver delle ARDs, e panel diversi di proteine sono stati utilizzati come OB. È interessante l'osservazione che le alterazioni delle proteine plasmatiche, che si comportano come marker dell'invecchiamento, mostrano una variazione non lineare con l'aumentare dell'età, con picchi di variabilità in certe fasce di età. OB basati sulla proteomica sono per esempio "proAge" e "iAGE", che correlano efficacemente sia con la durata della vita che con più fenotipi di invecchiamento e salute, come mostrato nella tab.1. Come riportato da Prattichizzo e colleghi, l'orologio proAGE ha valutato i dati segregati per sesso/genere. Per quanto riguarda l'orologio iAGE, i dati del modello sono stati derivati da un'analisi approfondita di immunofenotipizzazione (immunoma) dei campioni biologici di 1001 soggetti di età compresa tra 8 e 96 anni associati a dati clinici (comprese valutazioni cardio vascolari); i risultati sono stati combinati attraverso una rete neurale profonda che elimina la ridondanza, quindi sono stati correlati ad un panel di 50 proteine pro-infiammatorie, tra queste particolare interesse riveste la proteina CXCL9 (una chemochina, n.d.r.), che si è dimostrata

particolarmente efficace nel monitorare l'immunosenescenza, la fragilità e la multimorbilità, grazie anche ad un suo probabile ruolo causale nella immunosenescenza stessa.

L'ultimo OB che utilizza le omiche è quello basato sulla metabolomica, sfruttando la conoscenza che molti metaboliti mostrano interazioni con il processo dell'invecchiamento. Diversi OB metabolomici si sono dimostrati in grado di prevedere in modo efficiente la mortalità e/o lo sviluppo di malattie cardio vascolari. Secondo gli Autori per rendere l'OB più maneggevole e comprensibile è necessario restringere il numero di molecole considerate (di alcune non è nota la struttura e la modalità di funzionamento), ma sottolineano come questa restrizione potrebbe far perdere molecole che hanno un ruolo importante nel processo di invecchiamento.

Gli OB basati sull'omica hanno mostrato che oltre all'età biologica possono fornire elementi per comprendere il processo dell'invecchiamento, infatti un'analisi multivariata basata sulla sovrapposizione genomica tra diversi OB ha dimostrato che le perturbazioni degli equilibri immuno - metabolici, che si verificano durante l'infiammazione cronica o attraverso alterazioni del metabolismo dei lipidi, sono i percorsi più coinvolti nell'invecchiamento e quindi rappresentano potenziali obiettivi molecolari per gli interventi anti-invecchiamento.

Recenti lavori hanno dimostrato la possibilità di costruire OB senza l'uso di tecnologie omiche, prendendo biomarcatori del sangue comunemente usati nella pratica clinica. Un esempio è l'OB proposto da Bortz e colleghi che utilizzando modelli di apprendimento automatico ("machine learning models" - MLM) e un set di comuni biomarcatori del sangue si è dimostrato capace sia di stimare l'età biologica sia di prevedere la mortalità.

Il concetto di età biologica è variegato ed eterogeneo, ed ha oramai cancellato l'idea che la velocità di invecchiamento sia una variabile costante ed immutabile della vita umana. L'età biologica e di conseguenza le ARDs non dipendono solo dalla complessa interazione tra fattori genetici, ambientali e stocastici, ma anche dall'età biologica dei singoli organi e sistemi, che a loro volta influenzano selettivamente l'invecchiamento di altri organi. Per indagare questa complessa rete, gli Autori riportano alcuni lavori recenti che utilizzando MLM hanno impiegato omiche diverse per ottenere una profilazione degli individui e correlando questi dati con diverse variabili cliniche e con il microbiota, hanno rilevato non solo che organi e sistemi invecchiano a velocità diverse, ma che ogni individuo segue una traiettoria specifica di invecchiamento, indicato come "ageotipo". Altri studi senza utilizzare le omiche, ma solo tecniche di *imaging*, dati clinici e semplici parametri di laboratorio, hanno confermato questo dato, sottolineando che la non uniformità di invecchiamento dei diversi organi e sistemi all'interno dello stesso individuo, porta ad evidenziare diversi ageotipi; ai due estremi del ventaglio delle possibilità, abbiamo o una persona con un organo/sistema caratterizzato da invecchiamento molto accelerato rispetto agli altri organi/sistemi, o una persona che mostra un invecchiamento complessivo multi-organo: nel primo caso il soggetto avrà un'elevata probabilità di avere un'ARD a

carico dell'organo che presenta un invecchiamento accelerato, nel secondo caso avrà un aumento del rischio di mortalità.

I meccanismi biologici alla base del diverso tasso di invecchiamento nei diversi organi sono sconosciuti. Una possibile spiegazione suggerisce che ogni cellula del corpo abbia il proprio "orologio" regolato secondo un certo timer e che l'invecchiamento dei vari organi dipenda dai tipi di cellule che lo compongono e dall'abbondanza relativa di ciascun tipo. La complessità del fenomeno così come l'eterogeneità e la numerosità delle variabili da considerare, rendono necessario l'uso di *deep-omics* per prevedere le traiettorie di invecchiamento dei singoli organi/sistemi. Nell'ambito delle variabili, non possono essere dimenticate quelle legate al sesso. Uomini e donne seguono traiettorie di invecchiamento diverse: nonostante le donne abbiano tassi di morbilità più elevati, la loro aspettativa di vita è più lunga rispetto agli uomini. Questo suggerisce che gli OB potrebbero essere specifici per sesso, e molte caratteristiche dell'invecchiamento mostrano effetti differenziati tra uomini e donne, come evidenziato in un recente studio che utilizzando sei diversi orologi epigenetici ha evidenziato che le donne tendono ad avere un'accelerazione epigenetica più bassa rispetto agli uomini, che giustifica la maggiore longevità, anche se presentano un indice di fragilità più alto.

Per concludere, comprendere che l'invecchiamento avviene in modo diverso e non sincronizzato tra i vari organi e nelle persone, suggerisce un interesse per gli OB non solo a fini speculativi, per comprendere il *primum movens* delle patologie, ma anche nella prevenzione. Infatti è noto che il trattamento precoce delle ARDs può rallentare o arrestare la progressione della malattia, ma quasi mai comporta una *restitutio ad integrum* dell'organo coinvolto; quindi intervenire sui *marker* funzionali degli OB potrebbe consentire di intervenire prima dell'esordio patogenetico della malattia. Per questo è importante, secondo gli Autori, che gli studi non siano solo su popolazioni anziane, come è stato fatto nella maggioranza dei lavori finora, ma che siano condotti studi longitudinali sui giovani, alla ricerca dello specifico ageotipo che possa anticipare lo sviluppo delle diverse ARDs. Tuttavia l'utilizzo diffuso degli OB potrebbe essere ostacolato dal costo e dalla disponibilità di tecnologie, per questo è auspicabile secondo gli Autori che la ricerca porti anche ad evidenziare quegli OB con il miglior rapporto costo/beneficio perché tutti possano usufruire di una medicina preventiva personalizzata, su misura per ogni individuo.

Note

* Si definiscono scienze omiche quelle discipline che utilizzano tecnologie di analisi che consentono la produzione di informazioni (dati), in numero molto elevato e nello stesso intervallo di tempo, utili per la descrizione e l'interpretazione del sistema biologico studiato (da Vocabolario Treccani)
* I siti CpG (citosina-fosfato-guanina) sono delle regioni del DNA dove una citosina si trova vicino ad una guanina nella sequenza lineare di basi. La metilazione dei siti CpG all'interno dei promotori può portare al silenziamento dei geni interessati.

TABELLA 1

Nome OB (Anno pubblicazione)	Tipo di "materiale" utilizzato per costruire OB	Outcome/Variabile utilizzati per costruire OB	variabili incluse in OB	Associazione con ARD e altri endpoint o fattori di rischio rilevanti	Vantaggi/limitazioni
Horvath (2013)	8000 campioni da 82 dataset di array di metilazione del DNA (Illumina), comprendenti 51 tessuti e tipi cellulari sani	Età cronologica	Set di 353 siti CpG	- mortalità per tutte le cause nell'anziano - identifica l'invecchiamento precoce nella sindrome di Down e nei tessuti neoplastici.	- Performance simile indipendentemente dal tessuto di origine analizzato; - Debole associazione con mortalità
Hannum (2013)	656 campioni di sangue intero	Età cronologica	Set di 71 siti CpG	Valuta l'effetto del genere e della genetica sull'invecchiamento, identifica il tasso di invecchiamento avanzato nel tessuto neoplastico	- Rivela le alterazioni legate al processo di invecchiamento specifico dei diversi tessuti; - Nessuna chiara capacità di prevedere la mortalità o le malattie legate all'età.
DNAm PhenoAge (2018)	Campioni di sangue intero	Età cronologica e 9 parametri clinici associati al rischio di mortalità - Malattie cardiache, - Neoplasie, - Malattie croniche polmonari (BPCO) - Malattia cerebrovascolare, - Morbo di Alzheimer, - Diabete mellito, - Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	Set di 513 siti CpG	Diversi outcome legati all'età - mortalità per tutte le cause, - mortalità per cancro, - durata della vita in buona salute, - benessere fisico, - morbo di Alzheimer	- Fortemente correlato all'età in ogni tessuto e cellula testati; - Forte associazione con una serie di fenotipi, malattie e mortalità legati all'età - Le prestazioni nella previsione della mortalità sono ancora inferiori a un punteggio costruito con biomarcatori clinici comuni
DunedinPoAm (2020)	Campioni di globuli bianchi provenienti da 954 persone dello studio sulla salute a lungo termine "The Dunedin Study"	18 biomarcatori fisiologici e chimico-clinici raccolti all'età di 26, 32 e 38 anni	Set di 46 siti CpG	fasi iniziali di deterioramento cognitivo, salute fisica e mortalità	- Primo studio che ha utilizzato dati longitudinali degli stessi soggetti. - Efficiente nel rilevare il rischio di mortalità nei soggetti giovani.
PROage (2020)	Plasma di 997 individui di età compresa tra 21 e 102 anni dello studio InCHIANTI (Italia)	Età cronologica	Pannello di 76 proteine	- Mortalità per tutte le cause, - Multi-morbidità (Ipertensione, Diabete, Cardiopatia ischemica, Scompenso cardiaco congestizio, Ictus, Broncopneumopatia cronica ostruttiva, Cancro, morbo di Parkinson, Frattura dell'anca, artrosi degli arti inferiori, anemia, Arteriopatia cronica periferica, Deterioramento cognitivo, Insufficienza renale cronica e Depressione), - durata della vita in buona salute - durata della vita	- Associazioni specifiche per sesso con mortalità e altri esiti; - Molte proteine si sovrappongono con i driver funzionali candidati dell'invecchiamento; - Nessun confronto con i punteggi di rischio clinico esistenti.
iAge (2021)	Immunoma derivato dal sangue periferico di 1001 individui di età compresa tra 8 e 96 anni	Età cronologica	Pannello di 50 proteine pro-infiammatorie	- Multimorbilità, - Immunosenescenza, - Fragilità - Invecchiamento cardiovascolare	- riconosce la longevità nei centenari;
Orologio di Fischer (2014)	Campioni di plasma (n=9842) dalla Biobanca estone	Mortalità per tutte le cause	Glicoproteina alfa-1-acida, albumina, dimensione delle VLDL, citrato	Mortalità cardiovascolare, non vascolare e per cancro	- Migliora la stratificazione del rischio a breve termine in aggiunta ai punteggi di rischio convenzionali in una coorte indipendente.
Orologio di Bortz (2023)	Campioni di sangue dal set di dati della Biobanca del Regno Unito (UKBB)	Durata della vita	25 biomarcatori ematici	Mortalità per tutte le cause	- Supera altri approcci simili (PhenoAge) nella previsione della mortalità per tutte le cause; - Pratico ed economico; - non valutata l'associazione con l'incidenza di malattie legate all'età

Tab.1 *Riassunto delle principali caratteristiche di alcuni orologi biologici (OB) analizzati nella review. Da Prattichizzo et Al.; Ageing Research Reviews 2024*



GLI "INCIDENTALOMI" SURRENALICI

di Sante Enrico Cogliandro

GLI "INCIDENTALOMI" SURRENALICI, ossia le masse surrenaliche evidenziate nel corso della diagnostica per immagini NON condotta nel sospetto di patologia dei surreni, mostrano un'incidenza addirittura decuplicata negli ultimi 20 anni, con una prevalenza che cresce con l'età fino a raggiungere il 10% dopo gli 80 anni. La definizione esclude le masse evidenziate:

1) in presenza di segni/sintomi di eccesso di ormoni surrenalici;
2) nello screening di pazienti con sindromi ereditarie associate ad aumentata probabilità di tumore surrenalico;
3) nella stadiazione e nel follow up di neoplasie extra-surrenaliche.

La successiva tabella, che ne riassume l'eziologia, denota ampie variabilità nella prevalenza delle singole patologie, riconducibile a differenze nei criteri di selezione e nelle definizioni di eccesso ormonale fra i vari studi, oltre che a possibili "bias" metodologici.

Eziologia	Prevalenza
Adenoma o iperplasia macro-nodulare bilaterale:	80-85%
• non funzionante	• 40-70%
• MACS	• 20-50%
• iperaldosteronismo primario	• 2-5%
• sindrome di Cushing	• 1-4%
Altre masse benigne:	
• mielo-lipoma	• 3-6%
• cisti o pseudo-cisti	• 1%
• ganglio-neuroma	• 1%
• schwannoma	• < 1%
• emorragia	• < 1%
Feocromocitoma	1-5%
Carcinoma del cortico-surrenale	0,4-4%
Altre lesioni maligne (metastasi)	3-7%

Le nuove linee-guida pubblicate nel 2023 (1), hanno, fra l'altro, alquanto semplificato il procedimento diagnostico che vuol dar risposta ai due primi interrogativi: 1) la lesione è benigna? 2) la lesione è "funzionante"?

La lesione è benigna? La metodica di imaging più affidabile resta la TC senza mezzo di contrasto che valuta l'omogeneità e il contenuto in lipidi (elevato nell'adenoma tipico) della massa, e ne misura la densità in Unità Hounsfield (HU) fatto zero il valore dell'acqua.

Si conviene di omettere ulteriori indagini e follow up per tutte le masse inferiori al centimetro, e per quelle di qualsiasi dimensione morfologicamente benigne (omogenee, ≤ 10 HU, ricche in lipidi), purché non associate ad eccesso ormonale.

Le masse omogenee fra 11 e 20 HU, se < 4 cm e non funzionanti, possono essere sottoposte ad un'indagine supplementare immediata, scelta fra FDG-PET/TC, RMN con mdc, o TC con mdc, il cui responso favorevole eliminerebbe la necessità di ulteriore follow up; ovvero, ad una rivalutazione dimensionale a 1 anno con TC senza mdc. L'ingrandimento (criteri RECIST 1.1) è significativo se superiore al 20%, ovvero a 5 mm nel diametro maggiore.

Le masse omogenee HU 11-20 ≥ 4 cm o HU > 20 < 4 cm, o disomogenee < 4 cm hanno un rischio di malignità aumentato, ma ancora piuttosto basso (< 10%), e possono essere proposte a terapia chirurgica previa completa stadiazione; ovvero, sottoposte ad indagine supplementare immediata (preferenzialmente PET/TC), e, nel caso favorevole, rivalutate (TC senza mdc) a 6 e/o 12 mesi. È promettente l'applicazione della steroidobolomica (profilazione degli steroidi urinari (o plasmatici) e loro metaboliti con spettrometria di massa tandem abbinata ad analisi machine learning e combinata in un algoritmo ai dati TC) alla diagnosi di malignità.

Le masse ≥ 4 cm disomogenee o > 20 HU hanno un rilevante rischio di malignità, e in genere vengono avviate alla soluzione chirurgica previa stadiazione.

- Si raccomanda che il caso sia discusso da un team multidisciplinare se
- l'imaging NON depone per una lesione benigna;
- c'è evidenza di eccesso ormonale compreso il MACS (v. infra) in presenza di comorbilità clinicamente rilevanti e potenzialmente attribuibili al Cortisolo;
- si prende in considerazione l'opzione chirurgica;
- si verifica una significativa crescita della massa durante il follow up per immagini.

Nei pazienti con storia clinica di neoplasia extra-surrenalica, l'evidente benignità alla TC senza mdc, elimina la necessità di ulteriore follow up per imaging della massa. Se questa viceversa risulta indeterminata, escluso un feocromocitoma, che è indistinguibile all'imaging da una metastasi, il caso andrà gestito in base a criteri oncologici.

La lesione è "funzionante"? TUTTI i pazienti con incidentaloma surrenalico vanno sottoposti, oltre che, naturalmente, ad attento esame clinico alla ricerca di sintomi e segni da eccesso di ormoni surrenalici, a test di soppressione "overnight" per verificare la fisiologica sopprimibilità del Cortisolo plasmatico ≤ 1.8 µg/dL alle 8 del mattino seguente l'assunzione alle ore 23 di 1 mg di desametazone. Se il Cortisolo rimane > 1.8 dopo soppressione overnight, in assenza segni/sintomi di Cushing conclamata, si parla di Secrezione Autonoma Lieve (Mild) di Cortisolo (MACS), che va confermata, così come ne va confermata l'indipendenza dall'ACTH che, nel caso, risulterà soppresso o normale-basso.

I Pazienti con MACS non necessitano di ulteriore stratificazione in base al grado di mancata soppressione, e NON devono essere considerati a rischio di evoluzione in Cushing conclamato, ma saranno sottoposti a screening per ipertensione e diabete mellito e fratture vertebrali, e trattati di conseguenza. Nei casi di lesione unica associata ad comorbilità riconducibili all'eccesso cortisolico, che si dimostrino o progressive, o difficili da controllare, o abbinate a danno d'organo, o multiple, può valutarsi l'asportazione della massa, tenendo anche conto di età, sesso, condizioni cliniche generali, persistenza dell'insopprimibilità del Cortisolo al desametazone, nonché delle preferenze del paziente. Scegliendo una strategia conservativa, le comorbilità vanno rivalutate annualmente.
Nei casi di massa surrenalica con caratteristiche non tipiche per adenoma benigno occorre escludere un feocromocitoma con il dosaggio delle metanefrine urinarie o plasmatiche.
Nei pazienti ipertesi o ipokaliemici va escluso un iperaldosteronismo primitivo con la determinazione del rapporto Aldosterone/renina.
L'eccesso di ormoni sessuali, che può evidenziarsi con rapida virilizzazione nelle femmine, ovvero rapido sviluppo di ginecomastia nei maschi, è proprio dei carcinomi: il dosaggio del Testosterone e dell'Estradiolo e dei precursori steroidei (DHEA-S, Androstenedione, 17OH-Progesterone, 11-desossi-Cortisolo) va quindi riservato ai casi di massa surrenalica indeterminata oltre che ai corrispondenti quadri clinici: più della metà dei carcinomi corticosurrenalici, infatti, è associata ad iperproduzione di ormoni sessuali, che viceversa indirizza sia verso l'origine corticosurrenalica, sia verso la natura maligna della massa. In cellule maligne dedifferenziate, immature anche sul piano della biosintesi steroidea, l'iperproduzione può arrestarsi a precursori ormonali precoci, non in grado di sostenere un definito quadro clinico, ma evidenziabile dalla steroidobolomica, che, abbinata all'imaging, promette di migliorarne l'accuratezza, e, sperabilmente, di ridurre il numero degli interventi eseguiti per sospetto di malignità.
Se le indagini ormonali iniziali risultano normali, la ripetizione in corso di follow up è raccomandata solo nei casi di modificazioni del quadro clinico nel senso dell'ipersecrezione ormonale o del peggioramento delle comorbilità.
Le lesioni bilaterali o multiple, da studiare singolarmente, vengono suddivise in quattro categorie principali:
1) iperplasia bilaterale (macronodulare); 2) adenomi bilaterali; 3) masse bilaterali morfologicamente simili, ma di aspetto non adenomatoso;
4) masse bilaterali morfologicamente differenti. I casi che non vi ricadono richiedono approccio individualizzato.
In caso di iperplasia bilaterale senza produzione autonoma di Cortisolo va dosato il 17OH-Progesterone per escludere una carenza congenita di 21-idrossilasi. Nell'iperplasia bilaterale macronodulare o in caso di adenomi bilaterali, vanno escluse comorbilità potenzialmente riconducibili a MACS.
Viceversa, in presenza di patologia bilaterale, metastatica o linfomatosa o infiammatoria o emorragica, va esclusa un'insufficienza surrenalica.
Una massa surrenalica rilevata in età infanto-adolescenziale o in gravidanza richiede uno studio urgente, per aumentato rischio di malignità così come di eccesso ormonale clinicamente significativo. In questi casi vengono suggerite la Risonanza Magnetica al posto della TC, e l'asportazione delle masse indeterminate

Bibliografia
Fassnacht M. et al.,
Eur. J. Endocrinol. 2023, 189, G1-G42)



APPESI A UN FILO

di Selene Catena

26

LUI ERA LÌ DALLA SERA PRIMA.
Neanche se lo sentisse che sarebbe arrivata.
L'avevano appeso per un angolo, con una sola molletta, distrattamente,
come si fa con le cose di poco conto,
che nessuno se ne accorge pure se il vento se le porta via.
Il sole era già sorto da un po' quando la vide.
All'altro capo del filo, dalla casa di fronte, l'avevano stesa a maniche in giù,
con due mollette sulle cuciture laterali.
Era di seta, di un bianco latte, leggera da spostarla il respiro di un uccello,
trasparente da giocare a nascondino col sole.
Davvero mai visto niente di più bello. Da rimanere senza fiato, ad averne.
E, ad avere un paio d'occhi, non sarebbero stati che per lei.
A mezzogiorno un vento leggero cominciò a soffiare,
a gonfiarle le maniche, a rubarle candidamente atomi di profumo e a portarglieli
dritti dritti sotto il naso, ad averne uno.
E il tempo smise di essere il tempo.
Finché un vento, più sapiente della più diligente molletta da bucato,
strattonò entrambi, disarcionandoli dal filo.
Si ritrovarono in un lampo nel cortile di fronte,
increduli, esplosi di vita, a urlare senza voce, uno sopra l'altra.
Che ad avercela una bocca, ci puoi giurare, si sarebbero baciati.

(dalla raccolta "Il tallone di Achille", Edizione Ensemble. Roma. 2020)



ALLA SCOPERTA DELL' «ARCHITETTURA RAZIONALISTA»

di Marco Grassi

TRESIGALLO: LA CITTÀ METAFISICA

Nella pianura orientale della Provincia di Ferrara, sulla sponda sinistra del Po di Volano, si trova una piccola, quanto ancora sconosciuta «città d'arte»: Tresigallo, la città di marmo immersa nel verde della pianura padana, capitale del razionalismo italiano.
Nonostante sia uno dei centri della provincia più antichi, Tresigallo conosce il suo massimo splendore tra il 1933 e il 1939, quando Edmondo Rossoni, allora Ministro dell'Agricoltura e Foreste, nativo del luogo, dà un nuovo assetto urbano, industriale e architettonico al paese. La nuova cittadina viene concepita in modo da creare non solo un'inscindibile relazione fra l'abitato e il territorio prevalentemente agricolo, ma anche tutta quella complessità di relazioni sociali che fondano l'identità urbana. Vengono quindi costruite le strade, le piazze, le grandi infrastrutture, i centri sportivi, educativi, sanitari, industriali, tutti seguenti una logica urbanistica e simbolico-formale tipica del periodo storico e che si rifà pressochè esclusivamente a quella corrente culturale chiamata «architettura razionalista». Sebbene ampiamente sfruttata dal regime dell'epoca in chiave autarchica, l'«architettura razionalista» aveva radici e collegamenti con le innovative idee in campo urbanistico-architettonico del «Movimento moderno», improntato a progetti basati su criteri di funzionalità e nuovi concetti estetici. A questo movimento, cui diede impulso fondamentale il celebre architetto francese Le Corbusier, appartengono De Stijl ("Lo Stile", in Olanda), il Bauhaus in Germania, il Costruttivismo russo e il Razionalismo italiano; nel 1936 fu coniato negli USA il termine «International Style», con il quale spesso viene denominato tutto il movimento. Tresigallo ha una storia molto diversa rispetto alle città nuove o «città di fondazione» sorte in tutta Italia e nelle colonie negli anni a partire dal 1928, città in cui convivevano, dal punto di vista architettonico, le istanze del razionalismo europeo più rigoroso con il cosiddetto stile "novecento" che perseguiva una rilettura della tradizione con un utilizzo della architettura «razionalista» concepita come autocelebrativa del regime. Tra le città di fondazione, Tresigallo diviene così la più completa tra le città nuove, quello che doveva diventare un esempio di «città ideale» del Novecento.

Dopo il rovinoso periodo bellico e la caduta del regime iniziò il momento dell'abbandono e dell'oblio: incuria, abbattimenti e manomissioni investirono le architetture di regime, simboli di un passato non accettato e da dimenticare. Ovunque il patrimonio architettonico sorto negli anni del ventennio ha subito restauri sbagliati, ampliamenti impropri e rifacimenti operati nel segno della «damnatio memoriae», scontando un pregiudizio storico che ha svalutato il grande valore architettonico, urbanistico ed artistico dell'ultimo stile architettonico italiano esportato nel mondo: il razionalismo.
Tresigallo non ha fatto eccezione e solo all'inizio del nuovo secolo si è raggiunta un'effettiva, anche se parziale, consapevolezza che il paese possedeva un patrimonio da valorizzare e proteggere. Tra gli impegni più importanti in questa direzione va segnalata l'adozione, da parte del Comune, del marchio "Città del Novecento", seguita poi dall'inserimento di Tresigallo nel circuito delle "Città d'arte", da parte della Regione Emilia-Romagna.
La visita alla città non prevede itinerari prefissati, non vi sono ingressi formali e non vi sono orari di ingresso. Tutta la cittadina può essere agevolmente visitata in un paio di ore in un itinerario «fai da te» partendo da uno qualunque degli ingressi stradali che portano verso il centro. È comunque possibile, per chi volesse approfondire, facendo particolare attenzione agli aspetti meno noti della storia di Tresigallo, ricorrere ad una visita guidata.
La prima impressione che si riceve entrando in paese è la dimensione estraniante e metafisica di Tresigallo, una sorta di «calma immobile» dovuta al fatto che il linguaggio urbanistico e architettonico non ha subìto alterazioni particolari nel tempo. Si è sedotti dal fascino di una città nata e morta con il suo artefice, come bloccata e «pietrificata» al 1940. Una città metafisica da scoprire e ammirare. L'impressione di «straniamento» spazio-temporale è particolarmente percepibile se si visita in una giornata festiva quando la vita pubblica e le attività private sono «ferme». Non sarà improbabile infatti ritrovarsi da solo, o quasi, in uno dei luoghi-simbolo del paese come piazza della Repubblica, dove si proverà lo stupore di immobile vastità «metafisica» come in un quadro di De Chirico dove il tempo, pur lasciando i propri segni, in qualche modo si è fermato.
Il visitatore resterà affascinato anche dalla policromia delle architetture razionaliste: uno sprigionarsi di colori, caldi e freddi che sono stati



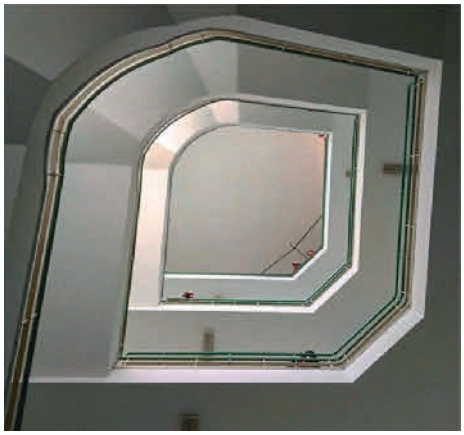
recuperati in un restauro filologico attento ai materiali autarchici usati in quel periodo. Un mélange cromatico che conferisce una sua specificità alla città con questo alternarsi di diversi colori che ci proietta in una dimensione «altra», in stridente contrasto con i centri che di solito si incontrano percorrendo la provincia ferrarese e la Pianura Padana.
Tresigallo diventa così un gioco di simmetrie particolari, di spazi sovrapposti, di armonie studiate dove si incontrano edifici iconici che sono diventati più conosciuti, perchè forse più fotogenici. Pensiamo a "I Sogni" (un tempo erano i bagni pubblici), all'ex Casa del Fascio, alla Casa della Cultura, ai portici e a molti altri luoghi da non perdere.
La piazza centrale - piazza della Repubblica, già piazza della Rivoluzione - si colloca lungo l'asse urbano che collega il Cimitero (luogo della memoria) alla zona industriale (luogo del lavoro) e crea un senso percettivo unitario esaltato dalla caratteristica forma di "D". Lo spazio è delimitato da una cortina di edifici pensati unicamente per la vita sociale, escludendo qualsiasi funzione «politica». Pur rappresentando il baricentro fisico del paese, infatti, la piazza manca di edifici «dominanti» per volumi o simbolismi come la classica torre littoria, usuale palcoscenico retorico sempre presente nelle strutture edificate a scopo apologetico.
Non meno interessante l'altro spazio ricavato nella nuova struttura urbanistica - piazza Italia - che ancorchè contaminato da più recenti costruzioni e attualmente adibito anche a parcheggio, conserva nella sua parte rivolta verso est edifici e urbanistica originale.
La piazza è infatti dominata dalla chiesa di Sant'Apollinare Martire, in origine con facciata settecentesca interamente occultata negli anni '30 con lastre di travertino impreziosite da bassorilievi in marmo candido.
Uno degli elementi costruttivi maggiormente caratterizzante l'area è individuabile nel portico della chiesa. Con disegno di rara eleganza è stato realizzato in «economia» utilizzando una struttura di cemento armato rivestito da intonaco in graniglia che simula, con incredibile verosomiglianza, elementi lapidei più nobili. Insieme all'ottima fattura, l'intero porticato è impreziosito da bassorilievi ubicati nella parte superiore che rappresentano figure e momenti tipici della realtà rurale.
Il rifacimento parziale dell'adiacente asilo parrocchiale - la cui facciata è stata impreziosita con un portale di ingresso su cui spicca il bassorilievo del balcone raffigurante il Sacrario



ai Caduti - la nuova facciata della chiesa e l'inserimento del nuovo porticato perimetrale, non sono solo la testimonianza di meri volumi costruiti, ma anche la dimostrazione della cura per i dettagli e le tecniche costruttive.
I conglomerati cementizi finiti a finto marmo, i bassorilievi ottenuti tramite stampaggio e finitura a trapano, la prima sperimentazione del cemento vibrato, l'impiego delle tecnologie volte a limitare l'uso del ferro nelle parti strutturali dell'edificio testimoniano la ricerca e la forte sperimentazione che in quegli anni si conduceva sui materiali e le loro tecniche di utilizzo. Questo notevole apparato architettonico non fa solo da quinta scenografica a piazza Italia ma indirizza prospetticamente lo sguardo verso gli estremi della stessa dove iniziano da un lato viale Roma, dominato dalla ex Casa del Fascio (ora caserma dei Carabinieri) e dall'altro via Verdi, un corso alberato che accoglie l'architettura «sociale» come la Casa del Merletto e del Ricamo - scuola di ricamo per le ragazze madri - l'ex Opera Nazionale Maternità e Infanzia che ospitava madri e bambini in difficoltà ed infine l'albergo Domus Tua, che ospitava l'albergo di lusso del paese, frequentato da imprenditori e personaggi illustri del regime.
Via Verdi termina dopo un centinaio di metri in un ampio spiazzo semicircolare su cui si affacciano quattro strutture di notevole valore architettonico, nonchè simbolico: l'entrata del Campo Sportivo, le Scuole Elementari, "Domus tua" - palazzo delle feste e ristorante e il Sanatorio. Nato nel 1939 come Colonia Sanatoriale "I.N.P.S." per la cura della tisi, è collocato al limite dell'abitato, centrale rispetto al parco che lo circonda, rappresenta per forme ed espressione architettonica una delle opere più importanti dell'Ingegnere tresigallese Carlo Frighi.
L'accesso alla struttura, avveniva sia da Piazzale Forlanini attraverso il viale collocato tra i due edifici di servizio, che da Via del Mare attraverso l'esedra recentemente ristrutturata, elemento di sicuro pregio architettonico. Degno di particolare nota è il vano scale dell'edificio centrale che con la forma elicoidale produce un affascinante ritmo spaziale. L'ampio edificio, divenuto nel dopoguerra ospedale di zona è ora parzialmente occupato da alcuni uffici amministrativi e strutture ambulatoriali ma conserva ancora in buono stato tutte le configurazioni originarie di ricovero.











di Saverino La Placa

INDOVINELLO

Più ne togli, più diventa grande, non ha forma, ma prende spazio.
Cos'è che cresce man mano che diminuisce?

GIOCO CON NUMERI

Tre amici - Anna, Luca e Marco - decidono di contribuire all'acquisto di un regalo. Anna contribuisce con il doppio di quanto contribuisce Marco.
Luca contribuisce con 20 euro in più di Marco. Il totale raccolto è di 140 euro.
Quanto ha contribuito ciascuno?

REBUS (9, 10)

P  NI  

Le soluzioni saranno pubblicate nel prossimo numero

SOLUZIONI DEL NUMERO PRECEDENTE:
Spiegazione dell'indovinello: "La risposta corretta è "**L'aquilone**".
Spiegazione del rebus: ""FA" "SCI" "TEP" "L" "ANTA" "RE" (Fascite Plantare).
Spiegazione del gioco con numeri: "Il secondo totale non significa nulla" (Se Valentina avesse speso 10 € alla volta, sarebbe stato 450 € (90 € più 80 € più 70 € ecc....).

Medici e medicina nell'aneddotica e nell'ironia. Da Esculapio ride...

MEDICO PREMUROSO

Una signora sempre preoccupata della sua salute e della sua vita si era lievissimamente ferita alla mano, e subito aveva fatto correre il medico.
Questi giunge, osserva la ferita e dice: -*Vado subito dal farmacista e torno.*-
Pochi minuti dopo era di ritorno. Ripulisce la piccola ferita e pone un cerotto.
Nello stesso istante il marito compare sull'uscio preoccupato per l'affannarsi del medico.
- *Dottore,* - esclama - *la ferita è pericolosa? Vedo lei che si dà molto da fare!*
- *No, no: ma ero preoccupato che la ferita guarisse prima che io l'avessi medicata!* -



"UNA PRIMAVERA INTENSA TRA MUSICA, CULTURA E GIOVANI TALENTI"

di Giovanna Tommasini Grossi

LA PRIMAVERA 2025 È STATO UN PERIODO RICCO DI INIZIATIVE PER A.M.M.I. RIMINI "DONNE PER LA SALUTE", da sempre impegnata nella promozione della salute e della cultura del territorio riminese.
Tra marzo e maggio, l'associazione ha portato avanti con entusiasmo e partecipazione una serie di attività che testimoniano il suo impegno sociale e culturale.
Com'è consuetudine, anche quest'anno, il 18 marzo 2025, la nostra Associazione si è unita agli altri club service del territorio per la serata dedicata al Concerto per la Vita 2025 svoltasi al Teatro Galli e organizzata dal Rotary a favore della ricerca contro le malattie neurodegenerative, in particolare la Corea di Huntington. Un'iniziativa che intende sostenere l'impegno della Professoressa e Senatrice a vita Elena Cattaneo che, come ogni anno, ha indirizzato i fondi raccolti per borse di studio per giovani ricercatori.
Un evento benefico che ha visto protagonista l'esecuzione del concerto *"Le Quattro Stagioni"* di Vivaldi. Una serata in cui musica e partecipazione si sono unite richiamando un pubblico numeroso e attento e dimostrando quanto la cultura possa diventare veicolo di solidarietà concreta.
Ancora durante il mese di marzo, le socie hanno partecipato ad una piacevole **gita culturale a Lucca: la fioritura delle camelie,** perché è proprio nel mese di marzo che è possibile godere della fioritura di queste piante. Due giornate all'insegna della convivialità e della scoperta di una delle città più affascinanti della Toscana. L'iniziativa ha offerto un'occasione di socializzazione e cultura.
Nel mese di aprile AMMI Rimini ha celebrato un'altra importante occasione: la premiazione di una studentessa riminese, Chiara Rastelli, del Liceo Classico "Giulio Cesare", terza classificata **al XVIII**





Concorso Letterario indetto da A.M.M.I. Nazionale. Un importante riconoscimento che valorizza il talento giovanile e il valore della scrittura come forma di espressione e crescita personale.
A partire da marzo, AMMI Rimini ha partecipato attivamente agli incontri Interregionali: sia al raduno del Nord Italia a Forlì, sia a quello del Sud Italia a Trapani, momenti di confronto tra le diverse sezioni d'Italia. Infine la presenza al Congresso Nazionale, tenutosi a maggio nella città di Benevento, ha confermato l'impegno della nostra sezione all'interno della rete nazionale dell'associazione.
Tra le attività culturali proposte in questa primavera, non possiamo dimenticare la visita guidata alla **mostra "Il Ritratto dell'artista"**, ospitata dai Musei San Domenico di Forlì. Un viaggio nella storia dell'arte, alla ricerca della propria immagine e della propria identità.
La mostra di Forlì ripercorre la storia dell'autoritratto attraverso un lungo e ricco percorso espositivo che esplora il modo con cui gli artisti, dall'antichità al contemporaneo, hanno scelto di raffigurare se stessi.
Durante la visita, sapientemente guidata da uno storico dell'arte, abbiamo potuto ammirare opere di grandi maestri, prendendo consapevolezza come il ritratto sia



specchio dell'anima, testimonianza di epoche e sensibilità diverse, ma anche mezzo per affermare la propria presenza nel mondo.
La visita è stata non solo un momento di arricchimento culturale, ma anche un'occasione di condivisione e riflessione comune.
Per conoscere tutte le attività dell'associazione, è possibile seguire A.M.M.I. Rimini sul nostro sito: *ammirimini.wordpress.com*



59° CONGRESSO NAZIONALE FEDERSPEV
PREVIDENZA, SANITÀ, ASSISTENZA:

"Agenda urgente per il Paese, tra diseguaglianze e mancate tutele"

RICCIONE 26 - 29 SETTEMBRE 2025
HOTEL MEDITERRANEO - PIAZZALE ROMA, 3 - 47838 RICCIONE (RN)

VENERDÌ 26

Dopo le 15.00 arrivo- sistemazione partecipanti in hotel

16.00: Riunione Collegio dei Revisori dei conti
16.30: Comitato Esecutivo Nazionale
17.00: Comitato Direttivo Nazionale
20.30: Cena di benvenuto con menù tipico romagnolo

SABATO 27

9.30: INAUGURAZIONE CONGRESSO
- Relazione Presidente Nazionale
- Saluto Autorità
- Nomine ed insediamento Cariche Congressuali

12.00: Relazione del Tesoriere, presentazione bilancio Consuntivo 2024, Preventivo 2025 e approvazione
13.00: Pranzo a Buffet servito
15.30: Trasferimento a Rimini per itinerari culturali
20.30: Cena e intrattenimento con "Fellini Ensemble"

DOMENICA 28

09.30: Consiglio Nazionale
10.30: Lezione Magistrale del prof. Filippo BOSCIA
11.15: FEDER.S.P.eV. al Femminile
12.00: La voce alle Sezioni Regionali
12.45: Oltre la previdenza, l'assistenza
13.00: Pranzo a buffet servito
15.00: Lavori congressuali:
- Presentazioni ordini del giorno
- Discussione

16.00: Presentazione e adozione dello Statuto e Regolamento Feder.S.P.eV.
16.30: Mozione Finale e votazione
17.30: CHIUSURA DEL CONGRESSO
20.30: Cena Sociale
Serata musicale con DJ Giuseppe

LUNEDÌ 29

Entro le 10.00 - colazione e partenza

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
Maria Teresa **PALLA**
FEDER.S.P.eV. Piacenza
Carmen **MARINI SPANEDDA**
FEDER.S.P.eV. Rimini
Mario **AGOSTINI**
FEDER.S.P.eV. Rimini
Salvatore **DE FRANCO**
FEDER.S.P.eV. Nazionale
Caterina **QUATTROCCHI**
FEDER.S.P.eV. Segreteria Nazionale

RECAPITI:
SEDE NAZIONALE FEDER.S.P.eV.
Via EZIO, 24 - ROMA
Tel: 06.3203432 / 06.3221807
e-mail: segreteria@federspev.it

HOTEL MEDITERRANEO
PIAZZALE ROMA, 3 - 47838 RICCIONE - RN
Tel: 0541.605656
http: // mediterraneoriccione.com



variazione agli albi

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 31 MARZO 2025

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa SAMMARINI Cecilia	di Rimini

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott.ssa BERARDI Sonia	da Bologna
dott. BOCCOLINI Andrea	da Perugia
dott.ssa GRAZIANI Francesca	da Viterbo
dott. HAZNEDARI Nicolò	da Perugia

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. D'ERRICO Aldo	per decesso 08/03/2025
dott. DESTRO Antonio Cesare	per cessata attività
dott. INNOCENTI Paolo	per decesso 15/02/2025
dott. MAZZA Domenico	per decesso 10/02/2025
dott.ssa WONG Michela Cing Yu	per trasferimento a Genova

Iscrizione ALBO ODONTOIATRI:

dott. BOLDRINI Andrea	di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 28 APRILE 2025

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BUSIGNANI Elena	di Rimini
dott.ssa FANTINI Elena	di Rimini
dott. KOURDI Rami	di Rimini
dott. LORRAI Filippo	di Rimini
dott.ssa MEMOLI Sofia	di Riccione
dott.ssa UGOLINI Martina	di Rimini

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. PIVI Pier Paolo	per decesso 24/03/2025
dott.ssa SANTELMO Carlotta	per trasferimento all'estero

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. SUMMO Arcangelo	per cessata attività

Iscrizione ELENCO PSICOTERAPEUTI:

dott.ssa CECCHI Silvia	di Rimini

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 26 MAGGIO 2025

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BRUNELLI Elena	di Rimini
dott.ssa CASADEI Viola	di Poggio Torriana
dott.ssa CESARETTI Emma	di Rimini
dott. CONTI Francesco	di San Marino
dott. DELLA ROSA Alberto	di Rimini

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott. DI SALVO Niel	da Palermo
dott. GANDOLFO Vito	da Palermo
dott.ssa NARDACCI Michela	da Latina

Iscrizione STP:

Nexsus Imaging STP SRL	di Rimini

VARIAZIONE CITTADINANZA:

dott.ssa ITALYANKINA Eleonora	variazione cittadinanza

Ritiro domanda di trasferimento ad altro Ordine

Dott. MERLI Marco	a Ravenna

DELIBERA CONSIGLIO DIRETTIVO SEDUTA DEL 30 GIUGNO 2025

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott.ssa BARBATO Alessia	di Bellaria-Igea Marina
dott. BIANCHI Lorenzo	di Rimini
dott.ssa CAPPELLUZZO Federica	di Rimini
dott.ssa CECCARELLI Giulia	di Montecopiolo
dott.ssa CORBELLI Bianca	di Rimini
dott. FRISONI Marco	di Domagnano
dott.ssa GIANNINI Sharon	di Rimini
dott.ssa GILLI Sara	di Rimini
dott.ssa MARTINA Linda	di Bellaria-Igea Marina
dott.ssa MIGNANI Maria Federica	di Rimini
dott.ssa OLIVERIO Elisa	di Coriano
dott.ssa PASINI Elisabetta	di Rimini
dott. PATRIGNANI Nicola	di Misano Adriatico
dott. SABATINI Giulio	di Bellaria-Igea Marina
dott.ssa STELLA Marilena	di Bellaria-Igea Marina
dott. TANI Andrea	di Falciano
dott.ssa VARANI Chiara	di Riccione
dott.ssa ZAGHINI Giulia	di Santarcangelo di Romagna

Iscrizione ALBO MEDICI CHIRURGHI per trasferimento:

dott. SPINETTA Edoardo	da Roma
dott.ssa ZAVATTERO Chiara	da Torino

Cancellazione ALBO MEDICI CHIRURGHI:

dott. LUDOVICO Enzo	per trasferimento a Brescia

Cancellazione ALBO ODONTOIATRI:

dott. SIGNORINI Elvino	cessata attività

Iscrizione STP:

INNOVA SRL STP	di Santarcangelo di Romagna

Iscritti Albo Medici Chirurghi nr. 2.358 – Albo Odontoiatri nr. 397 – Elenco Speciale STP nr. 13

corsi, convegni e attività culturali

GIORNATA DEL MEDICO E DELL'ODONTOIATRA OMCEO RIMINI

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

CONVEGNO MEDICINA DI GENERE

sabato 18 ottobre 8.30-13.30

CONVEGNO COMMISSIONE PARI OPPORTUNITÀ

sabato 15 novembre 8.30-13.30

BIOETICA, ETICA MEDICA E DINTORNI

PROGRAMMA:

1° MODULO. LE PAROLE DELLA BIOETICA.

10 OTTOBRE2025 (c/o OMCeO Rimini)

15.10-15.20	Saluto delle autorità
15.20-15.40	Saluto del Presidente - Maurizio Grossi
15.40- 16.00	Introduzione al corso - Mario Bartolomei e Andrea Santarelli
16.00-16.45	La bioetica e la crisi del sistema sanitario *Relatore: Federico Pennestri*
16.45-17.30	Il fenomeno della rinuncia alle cure di fronte ai diritti fondamentali *Relatore: Boris Vitiello*
17.30-18.30	Tavola rotonda
18.30-19.00	Compilazione questionario ECM

2° MODULO. MEDICINA E REGOLE.

24 OTTOBRE 2025 (c/o OMCeO Rimini)

15.10-15.20	Saluto delle autorità
15.20-15.40	Saluto del Presidente - Maurizio Grossi
15.40- 16.00	Introduzione al corso - Mario Bartolomei e Andrea Santarelli
16.00-16.45	Etica medica e deontologia *Relatore: Elisabetta Pulice*
16.45-17.15	L'esercizio della medicina tra scienza medica e linee guida: la prospettiva del magistrato *Relatore: Manuel Bianchi*
17.15-17.45	L'esercizio della medicina tra scienza medica e linee guida: la prospettiva del clinico *Relatore: Filippo Ottani*
17.45-18.45	Tavola rotonda
18.45-19.15	Compilazione questionario ECM

3° MODULO. LA SANITÀ ALLA PROVA DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE.
7 NOVEMBRE 2025 (c/o OMCeO Rimini)

15.10-15.20	Saluto delle autorità
15.20-15.40	Saluto del Presidente - *Maurizio Grossi*
15.40- 16.00	Introduzione al corso - *Mario Bartolomei e Andrea Santarelli*
16.00-16.45	Etica dell'intelligenza artificiale *Relatore: Guido Boella*
16.45-17.30	L'intelligenza artificiale nella pratica clinica *Relatore: Jonathan Montomoli*
17.30-18.30	Tavola rotonda
18.30-19.00	Compilazione questionario ECM

4° MODULO. I SISTEMI SANITARI TRA SOCIETÀ DEL BENESSERE, STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO E ORGANIZZAZIONE.
21 NOVEMBRE 2025 (c/o OMCeO Rimini)

15.10-15.20	Saluto delle autorità
15.20-15.40	Saluto del Presidente - *Maurizio Grossi*
15.40- 16.00	Introduzione al corso - *Mario Bartolomei e Andrea Santarelli*
16.00-16.40	La società del benessere e la performance come valore: luci e ombre *Relatore: Antonio Maturo*
16.40-17.20	Comunicazione del rischio in medicina *Relatore: Marcello Pinti*
17.20-18.00	Etica dell'organizzazione sanitaria *Relatore: Mattia Altini*
18.00-19.00	Tavola rotonda
19.00-19.30	Compilazione questionario ECM

5° MODULO. DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO E "AUTISMI": INCLUSIONE E ISOLAMENTO SOCIALE NELLE SOCIETÀ CONTEMPORANEE.
29 NOVEMBRE 2025 (c/o Cinema Tiberio)

09.10-09.20	Saluto del Presidente e introduzione - *Maurizio Grossi, Mario Bartolomei e Andrea Santarelli*
09.20-11.20	Visione del film "La vita da Grandi" di Greta Scarano
11.20-12.20	Dialogo sul libro Marco de Caris
12.20-13.20	Tavola rotonda
13.20-13.35	Compilazione questionario ECM

Pubblicheremo sul sito dell'Ordine i programmi dei convegni insieme alle modalità per iscriversi.



La scelta è la categoria fondamentale dell'etica.

Soren Kirkegaard