Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Varese

OMCeO Varese



2 | 2023

Il Bollettino

Medicina di Genere



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VARESE

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Giovanna BERETTA
Vice Presidente: Teodora Maria GANDINI
Segretario: Carlo GRIZZETTI
Tesoriere: Cristina MASCHERONI
Consiglieri: Dino AZZALIN
Fabiola BAROSSO
Massimo Dario BIANCHI
Andrea CALBI
Giulio CARCANO
Clateo CASTELLI
Gianluca CASTIGLIONI
Alberto MAININI
Carlo NEGRI
Alessandra RUSSO
Alberto TARAS
Consigliere Odontoiatra: Jean Louis CAIROLI
Consigliere Odontoiatra: Pasquale PAONE

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente: Stefano Giovanni CASIRAGHI
Vice Presidente: Alberto CIATTI
Componenti: Jean Louis CAIROLI
Simona GIANI
Pasquale PAONE

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Presidente: Marco CAPELLINI
Componenti: Maria Cristina GIOMBELLI
Thomas ROSSI

VIALE MILANO, 27
21100 VARESE
TEL. 0332 232401
FAX 0332 235659
E-MAIL: info@omceovarese.it
PEC: protocollo@pec.omceovarese.it

Bollettino OMCeO Varese

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE
VIALE MILANO, 27
21100 VARESE
TEL. 0332 232401
FAX 0332 235659
www.omceovarese.it

Direttore Responsabile: Giovanna BERETTA
Direttore Editoriale: Dino AZZALIN
Caporedattore: Andrea GIACOMETTI
Comitato di Redazione: Stefano Giovanni CASIRAGHI
Teodora Maria GANDINI
Carlo GRIZZETTI
Cristina MASCHERONI

Segreteria di Redazione: Antonella MASCHERONI
Anna CILUMBRIELLO
Anna Maria CUNATI
Sara GILARDI
Elva GRAVINA

Progetto grafico: Maria CANTINI

Gli articoli sono pubblicati sotto l'esclusiva responsabilità deli autori, le idee sono personali e non impegnano la Direzione del Bollettino

I contributi per il bollettino dovranno essere inviati a: bollettino@omceovarese.it e verranno pubblicati secondo l'insidacabile giudizio del Comitato di Redazione.

2 | 2023

Sommario

EDITORIALI

Medicina di Genere, un lungo cammino in nome delle differenze — 4
Novità in medicina, valore aggiunto per tutti — 6

L'INTERVISTA

Medicina di genere, un tema nuovo da approfondire — 8

L'APPROFONDIMENTO

MDG, indicazioni per il Medico di famiglia — 10
Patologie di genere specifiche nella donna e fattori di rischio — 12
Diabete e malattie cardiovascolari — 14
Menopausa - Non est vivere, sed valere vita est — 16
Odontoiatria di genere, il tumore del cavo orale — 18
Osteoporosi, un problema guardato dal punto di vista del genere — 20
Farmacologia di genere — 22
Dolore e differenza di genere — 24

FORMAZIONE — 26

LA PROFESSIONE

ECM, PEC, SPID, strumenti tecnologici utili alla professione — 27

CRONACA

Neolaureati in medicina e professori pronunciano il giuramento di Ippocrate all'Insubria — 33

LIBRI — 34

DIARIO DELL'ORDINE — 37

MEDICINA DI GENERE, UN LUNGO CAMMINO IN NOME DELLE DIFFERENZE

di Giovanna Beretta
Presidente OMCeO Varese



La Medicina di Genere ha una storia piuttosto recente nel nostro Paese.
Un'attenzione specifica alla donna da parte degli operatori sanitari si è imposta negli ultimi anni e ha aperto le porte ad un territorio ricco e inesplorato, capace di ridefinire il quadro complessivo della medicina. La progressiva consapevolezza di peculiarità e caratteristiche specifiche legate al mondo femminile ha portato la medicina ad un'attenzione nuova, a inediti approcci da parte delle varie professionalità, in un processo di progressivo adeguamento di diagnosi e cura alle diversità di genere.

Un cammino lungo, complesso, impegnativo, che sta diffondendo la dimensione di genere come strumento di ricerca, cura, programmazione sanitaria. Organismi ed esperti della MdG coinvolgono in iniziative formative e divulgative tutti gli specialisti e i medici di medicina generale per portare questi temi all'attenzione





del maggior numero possibile di operatori sanitari, sollecitando quei cambiamenti e quelle innovazioni che possano garantire al meglio la tutela della salute della donna.

Una grande svolta per il mondo della sanità, la Mdg, che ha portato l'Italia ad inserire con una legge, prima in Europa, il concetto di genere in medicina. Di questo salto di qualità, orientato ad assicurare ai pazienti la cura migliore e a giungere ad una personalizzazione delle terapie, è consapevole l'Ordine dei Medici di Varese, in cui da tempo opera una Commissione Pari Opportunità. A misurare e prospettare i mutamenti che questo concetto sta comportando, il nostro Ordine ha organizzato il convegno "Medicina di genere: la salute delle differenze" in programma il giorno 27 maggio 2023 con la partecipazione di esperti e specialisti.

Un momento di confronto e approfondimento che anticipiamo con questo numero del Bollettino, che offre ai camici bianchi alcune linee di riflessione, informazioni aggiornate, analisi di prospettiva. Pagine che cercano di assolvere il compito di introdurre alle tematiche al centro del convegno, anticipandone i nodi principali e le novità più salienti grazie ai contributi che sono stati pubblicati. Un modo per guardare al futuro della medicina non trascurando le radici di competenza e capacità che affondano a livello locale.

NOVITÀ IN MEDICINA, VALORE AGGIUNTO PER TUTTI

di Dino Azzalin
Direttore editoriale



In questi giorni sui media impervers a la trasmissione televisiva "L'Isola dei famosi" e, pur non essendo il genere di trasmissione che preferisco, mi è piaciuta molto la risposta che la ex suora Cristina Scuccia, incalzata dai suoi compagni di viaggio che le chiedevano se preferisse i maschi o le femmine, ha risposto con un pizzico di ironia, modulata nel sorriso, che preferiva "le persone" senza distinzione di sesso, razza o lingua. Risposta intelligente oltreché in linea coi tempi che stiamo vivendo. Ma ancor di più quando non paghi della prontezza, qualcuno l'ha sollecitata ulteriormente chiedendole se era ancora vergine a 29 anni, lei ha subito risposto, "in verità io sono un leone". Stupendo! Come si volesse dimostrare ancora una volta, che il genere appartenga ancora a quella certa cultura dominante e debba essere un elemento distintivo e non appartenere piuttosto a una "diversa" normalità. Sempre con quella "pruderie" che l'ostentazione di un moralismo esteriore e formale, fa parte di un atteggiamento irritante e saccente ancor più duro a morire.

Anche in medicina è stato così per secoli dove la distinzione tra maschi e femmine un pudore eccessivo o un affettato puritanesimo mettevano in coda quel che è invece importante nella diagnosi, nella cura, e nei trattamenti terapeutici i rispettivi generi. Così come nella sperimentazione farmacologica e nella ricerca scientifica, il tema delle differenze x-y, è storia recentissima. Infatti, la medicina, fin dalle sue origini, ha avuto un'impostazione "andro" centrica relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione. La professione odontoiatrica è stata a lungo dominio maschile, sia come professionisti legati alla specializzazione odontoiatrica che alle persone che si sottoponevano alle loro cure, facendo di "tutta l'erba un fascio" senza invece distinguere li vari tipi di patologie, molto spesso diverse tra uomini e donne. Negli ultimi anni, tuttavia, c'è stato un significativo cambiamento di rotta; sempre più donne che hanno superato questi ostacoli e stanno giocando un ruolo chiave nel plasmare il futuro dell'odontoiatria, infatti ad oggi in costante crescita, arrivando al 44%. L'Italia pare comunque essere però ancora indietro rispetto alla media europea, dove quasi il 70% dei professionisti è donna. Anche le terapie sono legate a questo mutamento e molta più attenzione viene dedicata a quest'ultimo aspetto. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti disuguaglianze legate al genere, nei Paesi occidentali infatti, nonostante le donne vivano più a lungo degli uomini, l'aspettativa di "vita sana" è equivalente tra i due sessi.



L'Istat conferma, inoltre, che le donne dimostrano una maggiore sensibilità alla cura dei denti, in particolare l'estetica, la funzione, il sorriso, tra le ragazze di età compresa tra i 18 e i 24 anni: il 49,1% delle giovani si è recata dal dentista nell'ultimo anno, contro il 39,6% dei ragazzi.
La medicina di genere (MdG) o, meglio, la medicina genere-specifica, e quindi anche in Odontoiatria, è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. Una crescente mole di dati epidemiologici, clinici e sperimentali indica l'esistenza di differenze rilevanti nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie comuni a uomini e donne, nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici, nonché negli stili di vita e nella risposta ai nutrienti.

È stato anche ampiamente dimostrato che a livello cellulare numerosi determinanti (genetici, epigenetici, ormonali e ambientali) sono alla base delle differenze tra cellule maschili e femminili e di conseguenza, a livello mondiale, sono state date indicazioni per affrontare in modo corretto tutte le fasi dalla ricerca sperimentale. Ma la ciliegina sulla torta l'ha posta, per me, una delle ultime letture appena concluse di Arthur Schopenhauer: "La metafisica dell'amore sessuale" incentrata sull'inganno dell'amore come iniziativa personale e seduttivo dell'uomo e della donna, adducendo teorie filosofiche e scientifiche che il genere umano soggiace ai misteri dell'Universo ubbidendo semplicemente a un imperativo della Natura nel quale noi siamo chiamati esclusivamente alla continuazione della Specie. Quindi gli esseri umani sono legati tra loro da questo anello vitale: perpetuare il genere umano. Si, certo direte voi, questa è filosofia, ma non dobbiamo più sorprenderci della diversità, semmai è il valore aggiunto della nostra storia di uomini e di medici.

MEDICINA DI GENERE, UN TEMA NUOVO DA APPROFONDIRE

di Andrea Giacometti
Caporedattore





Guardiamo alla medicina dal punto di vista del genere. Abbiamo intervistato la dottoressa **Teodora Maria Gandini**, vicepresidente dell'Ordine dei Medici di Varese, per conoscere più da vicino lo stato attuale della Medicina di Genere e i cambiamenti che sta imponendo alla professione. Un tema che implica anche un'attenzione significativa verso l'importante presenza delle donne in camice bianco. Che sono sempre di più.

Cos'è la Medicina di Genere?

L'OMS ha definito la medicina di genere o meglio la Medicina Genere Specifica (MdG) "lo studio della differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sulla stato di salute e malattia di ogni persona".
Con il termine di Genere si intende definire le categorie "uomo" e "donna" fondate su differenze biologiche condizionate da fattori ambientali, sociali e culturali.
La Medicina di Genere Specifica supera il concetto di medicina neutra uguale per tutti e si prefigge di garantire la miglior appropriatezza dei trattamenti sanitari negli ambiti della prevenzione, della diagnosi e della terapia. Quindi possiamo interpretare la MdG Specifica, come una nuova dimensione della medicina che studia l'influenza del sesso e del genere su fisiologia, fisiopatologia e patologia umana. Questa nuova dimensione nasce dall'osservazione che molti studi hanno descritto le malattie (epidemiologia, fisiopatologia, clinica, terapia) concentrandosi prevalentemente o talora esclusivamente su casistiche di un solo sesso.

Quale il bilancio della legge 3/2018 che ha inserito il genere in tutte le specialità mediche?

La legge 3/2018 garantisce equità ed appropriatezza dell'assistenza, e rappresenta appieno il diritto alla salute garantito dall'art. 32 della nostra Costituzione. Importante sottolineare che l'Italia è stata il primo paese in Europa ad aprire le porte alla MdG con l'approvazione nel 2018 della legge 3. L'art. 3 della legge 3/2018 in particolare, è dedicato alla MdG ed individua 4 aree di applicazione: Studi Clinici, Ricerca, Formazione, Comunicazione. In tutte le Regioni si sta lavorando all'applicazione della legge, ogni Regione ha individuato un board che con diverse iniziative e modalità si prodiga per diffondere la MdG Specifica. Una relazione del convegno tratterà proprio delle modalità di diffusione della MdG e l'applicazione dell'art. 3 della legge 3/2018.

Quali cambiamenti profondi nella professione ha portato uno sguardo di genere?

Per rispondere in maniera esaustiva a questa domanda ci vorrebbero molto tempo e molto spazio. Una considerazione: la consapevolezza che esiste un modo diverso di lavorare è già un cambiamento. Da adesso in poi dobbiamo solo imparare ad applicare in maniera efficiente ed efficace ciò che abbiamo imparato in questo ambito. Sono convinta che siamo sulla strada giusta, del nostro modo diverso non potrà che beneficiarne il paziente in primis ma anche noi medici.

I medici italiani attualmente in servizio sono più donne. Ciò agevolerà la diffusione della medicina di genere?

La transizione di genere nella professione medica è ormai avvenuta, le donne rappresentano la maggioranza nella professione. Interrogarci su come un simile cambiamento influenzi l'approccio alla MdG è legittimo ma potrebbe sembrare discriminatorio nei confronti dei tanti colleghi di genere maschile che si sono avvicinati o si stanno avvicinando a questo nuovo modo di lavorare. Io credo siano maturi i tempi perché tutti noi professionisti della salute cambiamo visione nei confronti del modo di intendere la medicina, per essere sempre più vicino ai bisogni del paziente, fino ad arrivare ad una taylorizzazione dell'approccio diagnostico e terapeutico.

Quale valore aggiunto portato dalle donne in camice bianco nella cura del paziente?

L'influenza del sesso-genere e il valore aggiunto che il genere femminile porta nelle performance della sua professione, è un argomento ancora largamente misconosciuto ed inesplorato, in particolar modo, per quanto concerne la gestione degli aspetti comunicativi, degli outcome di salute del paziente e, più in generale, della qualità dell'assistenza sanitaria. La donna medico, nella professione si diversifca nella modalità di comunicazione e di accoglienza, aderenza alle principali linee guida, somministrazione di farmaci, prescrizione di indagini clinico-strumentali, vissuto della malattia. Questi sono solo alcuni degli aspetti oramai riconosciuti in letteratura che differenziano il modo di lavorare dei due generi. Sicuramente è e sarà imprescindibile continuare ad approfondire le differenze che caratterizzano i due sessi, anche per modulare in maniera attenta ed efficace le politiche sanitarie con un approccio nuovo e sempre più efficiente.

MDG, INDICAZIONI PER IL MEDICO DI FAMIGLIA

di Fabiola Barosso
Medico di Medicina Generale
e Coordinatrice AFT per il distretto
di Saronno e Caronno Pertusella



Uno dei compiti più importanti della Medicina Generale è la prevenzione (da qui il termine medicina d'iniziativa), non a caso le due principali cause di mortalità (malattie cardiache e tumori) possono essere in buona parte evitate grazie alla prevenzione primaria (stili di vita sani) o secondaria (screening per diagnosi precoce); di seguito alcuni spunti utili di applicazione della Medicina di Genere nella pratica clinica.



Per la promozione di corretti stili di vita, nel caso del fumo di sigarette, consumo di alcolici o di un'alimentazione incongrua, un periodo critico della vita è sicuramente l'adolescenza: purtroppo in questi ultimi anni si è evidenziato un aumento di queste abitudini da parte delle ragazze, che cominciano molto presto a fumare e a bere; peraltro il fumo è un fattore di rischio coronarico più forte e con maggiori rischi sul versante cardiovascolare nella donna in età fertile, poiché può essere contemporaneo all'assunzione di contraccettivi ormonali che ne peggiorano gli effetti tromboembolici. I dati dimostrano come la mortalità correlata al fumo stia subendo un'inversione: gli ultimi anni dimostrano infatti come si stia lentamente riducendo la mortalità per il genere maschile mentre stia aumentando per il genere femminile, probabilmente legata ad un incremento del tabagismo femminile ma anche ad un'insita maggior suscettibilità genetica al danno.
In questa fascia d'età dobbiamo anche tenere conto del comportamento alimentare d'ambo i sessi, poiché il controllo del peso comporta una grande influenza sulla salute riproduttiva e sulla formazione del picco di massa ossea per la prevenzione dell'osteoporosi.
L'osteoporosi risente anche della sedentarietà; un esempio di differenza di genere è dato dalle ragioni per cui le donne non praticano attività fisica, legate al ruolo di curatrici della famiglia. Analogamente risulta interessante notare come attualmente la prevalenza dell'obesità sia maggiore per il genere femminile, anche se il diabete mellito risulta ad oggi più frequente nel sesso maschile.
Un altro aspetto sottovalutato riguarda la prevenzione del sistema riproduttivo maschile; negli ultimi anni il management clinico delle infezioni da HPV si è modificato per l'attenzione al genere, con uno sguardo sull'uomo. Infatti questo virus può provocare danni quali cancro dell'ano, del pene e del cavo orale e condilomi ano-genitali. Dati recenti sembrano inoltre dimostrare che gli spermatozoi possano fungere da carrier per il genoma virale all'interno dell'ovocita, con conseguente possibile problema per la fertilità.



Una valutazione andrologica è da consigliare sin dall'età adolescenziale per poter riconoscere e trattare adeguatamente eventuali patologie come il varicocele che, se trascurate, possono avere gravi ripercussioni con il passare del tempo e sensibilizzare i giovani al tema della prevenzione del tumore del testicolo, neoplasia più frequente tra i 15 e i 40 anni e per la quale sarebbe raccomandata l'autopalpazione mensile.
Infine è necessario ricordare di come la disfunzione erettile non sia una patologia bensì un sintomo correlato a patologie quali alterazioni cardiovascolari, problemi endocrini, diabete e malattie neurologiche; pertanto al primo riscontro è consigliato sottoporre il paziente ad alcuni esami del sangue come la glicemia, il profilo lipidico e il testosterone totale.

PATOLOGIE GENERE SPECIFICHE NELLA DONNA E FATTORI DI RISCHIO

di Alessandra Russo
Direttore di struttura complessa
Cardiologia - Magenta



La "nascita" della medicina di genere viene collocata all'inizio degli anni '90 e riguarda la ricerca sulle malattie cardiovascolari. Bernardine Patricia Healy, appena diventata Direttrice dell'Istituto di Cardiologia dell'Istituto Nazionale della Salute (NIH) degli Stati Uniti, si accorse che la ricerca scientifica in quell'Istituto era condotta solo sugli uomini e sugli animali maschi e che, a livello clinico, le donne erano sottoposte molto meno degli uomini a procedure diagnostiche e terapeutiche tipo coronarografie, trombolisi, apposizione di stent coronarici. Scrisse quindi un famoso editoriale, intitolato The Yentl Syndrome, riferendosi a Yentl, l'eroina di una storia di B. Singer, che dovette rasarsi il capo e vestirsi da uomo per poter entrare nella scuola ebraica e studiare il Talmud. La proff.ssa Healy si chiedeva se le donne dovessero vestirsi da uomo per essere curate, visto che la ricerca e la medicina stavano discriminando e penalizzando le donne. Sebbene la ricerca sulla fisiopatologia sesso-correlata sia aumentata negli ultimi 20 anni, le donne continuano ad essere meno studiate, meno rappresentate nei principali trial clinici, sotto diagnosticate, sotto trattate, con conseguente aumento di complicazioni e di mortalità. È ormai chiaro che uomini e donne non sono uguali in medicina. Si ammalano in modo diverso, di malattie differenti, non hanno gli stessi sintomi e rispondono in maniera dissimile alle terapie. Riconoscere e valorizzare queste differenze permette di fornire terapie più appropriate e garantisce ad ogni persona la cura migliore, rafforzando il concetto di centralità del paziente e di personalizzazione delle cure. In occasione del congresso dell'American College of Cardiology nel 2021, fu presentato il documento di consenso "The Lancet Women and Cardiovascular disease Commission", che aveva come obiettivo di ridurre l'incidenza delle malattie cardiovascolari nella popolazione femminile a livello globale entro il 2030.
A livello nazionale è stato indagato il grado di consapevolezza nelle donne italiane attraverso una survey nazionale, denominata CARING WOMEN somministrata, tra febbraio 2020 e novembre 2021, a 5.590 donne. Solo il 15% riteneva che il rischio cardiovascolare fosse maggiore nel sesso femminile rispetto al sesso maschile, e ben il 27% pensava che il rischio fosse inferiore. Solo il 20% dichiarava di riuscire a svolgere regolarmente attività fisica, sebbene la maggior parte riconoscesse che l'esercizio fisico servisse a ridurre il rischio di eventi cardiovascolari, mentre il 31% equiparava l'attività fisica ai lavori domestici. Riguardo le abitudini alimentari, la maggior parte delle intervistate dichiarava di consumare frutta e verdura 1-2 volte al giorno invece delle 5 consigliate.



Le donne indicavano gravi difficoltà nel seguire corretti stili di vita per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.
Questi dati dimostrano come sia necessaria una maggiore informazione sui benefici di un'attività fisica regolare e sulla promozione di counselling per la disassuefazione da fumo di sigaretta. Se riteniamo che l'obiettivo del 2030 sia realistico, è necessario colmare il gap della conoscenza, aumentare la consapevolezza delle malattie cardiovascolari nelle donne, definire target ed obiettivi ben consolidati, rafforzare i sistemi sanitari e coinvolgere gli operatori sanitari potenziandone le informazioni riguardo ai reali rischi delle donne nei confronti delle malattie cardiovascolari. Rispetto alle malattie cardiovascolari, gli ultimi studi indicano che le donne presentano fattori di rischio specifici genere-correlati. Alle donne basta fumare un terzo delle sigarette dell'uomo per essere esposte al medesimo livello di rischio. Le malattie autoimmuni, più tipicamente femminili, sono associate a un maggior rischio di MCV, per lo stato di infiammazione cronica sistemica ed esse associato. La menopausa precoce si associa a un maggior rischio cardiovascolare, contrariamente alle donne con menopausa ad esordio più tardivo. La Sindrome dell'ovaio policistico può compromettere la salute cardiovascolare



delle donne in età giovane tra i 30 e 40 anni, che presentano un rischio più alto rispetto alle coetanee che non hanno disturbi ovarici, essendo più soggette a sovrappeso/obesità, ipertensione, diabete, dislipidemia e sindrome metabolica. Le donne che hanno sofferto di gestosi e ipertensione gestazionale hanno un rischio raddoppiato di malattie cardiovascolari entro 5-15 anni dalla gravidanza e, in particolare, rischio quadruplicato di sviluppare ipertensione arteriosa. Anche una storia di diabete in gravidanza può essere una spia di aumentato rischio di diabete ma anche di malattia cardiaca.
Le donne che hanno sofferto di tumore al seno presentano un rischio più alto di sviluppare malattia cardiaca. Gli esami di screening possono altresì essere utili a evidenziare questo rischio: la presenza di calcificazioni arteriose mammarie alla mammografia, seppur senza rilievo dal punto di vista oncologico, può invece segnalare la presenza di calcificazioni delle arterie coronariche.
La medicina è stata tradizionalmente governata con un'impostazione "androcentrica", trascurando l'esistenza di importanti differenze di genere in termini di suscettibilità, manifestazione clinica, risposta alle terapie e prognosi in diversi contesti. Ciò non è più accettabile, essendo disponibili evidenze inconfutabili del fatto che le donne presentano un profilo di rischio genere correlato peculiare, hanno un decorso clinico differente rispetto all'uomo e necessitano di terapia personalizzata. Questioni aperte: gli uomini e le donne si ammalano in modo diverso della stessa patologia e hanno anche una risposta diversa ai sintomi e alle cure. È solo una questiona biologica o sono implicati altri fattori? La risposta è sì ma sono necessari ulteriori studi per meglio comprendere i meccanismi alla base di queste differenze.

DIABETE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI

di Ivano Franzetti
Già Responsabile Diabetologia
ed Endocrinologia Asst Valle Olona



Il diabete è una delle più frequenti malattie non trasmissibili: si stima che circa 536 milioni di persone ne soffrano nel mondo e si prevede che nel 2030 saranno 100 milioni in più. In Italia ci sono circa 3,5 milioni di diabetici (5,6%).
Il 10% delle morti totali è attribuito al diabete o alle sue complicanze e l'eccesso di mortalità osservato nei pazienti diabetici è dovuto principalmente alla malattia cardiovascolare (CVD) poichè la mortalità per neoplasia non è diversa nei due sessi.
L'effetto del diabete sulla CVD tuttavia è differente nei due sessi: mentre nella popolazione non diabetica le donne hanno una minor mortalità rispetto ai maschi, nella popolazione diabetica questo vantaggio si riduce o addirittura si annulla. Questo significa che i maschi diabetici hanno un rischio di mortalità fino a 3 volte superiore rispetto ai non diabetici, mentre le donne diabetiche fino a 5 volte. L'infarto è più precoce con una mortalità 3 volte maggiore degli uomini.
Un recente studio osservazionale di 3 anni su tutta la popolazione diabetica di Reggio Emilia di età compresa tra 20 e 84 anni ha confermato che queste donne avevano un eccesso di mortalità totale, cardiovascolare e renale (quest'ultimo è un dato nuovo), correlata all'età rispetto ai diabetici maschi. Le donne diabetiche hanno mostrato infatti la stessa mortalità degli uomini non diabetici.
Un dato clinico sempre più evidente è poi lo scompenso cardiaco che risulta più frequente nella donna diabetica anziana che nell'uomo, spesso si presenta con frazione di eiezione conservata ed è diagnosticato tardivamente.
Le possibili spiegazioni di questi dati sono il peggior assetto dei fattori di rischio CV tra cui l'obesità viscerale (nelle donne non diabetiche prevale l'obesità periferica), il basso HDL, l'aumentato livello di LDL piccole e dense (le più aterogene), un maggior grado di disfunzione endoteliale e lo stato protrombotico: nessuno però di questi fattori sembra giustificare completamente i risultati degli studi.
Recenti dati italiani hanno evidenziato che le donne con diabete mellito tipo 2 raggiungono in percentuale minore rispetto agli uomini gli obiettivi metabolici (lipidici e glicemici) e pressori, nonostante siano trattate in modo uguale o anche maggiore (con insulina, anti-diabetici orali, statine ed anti-ipertensivi). La difficoltà a raggiungere gli obiettivi lipidici desiderati potrebbe essere spiegata con una minor compliance nell'assunzione cronica legata a più frequenti sintomi da miopatia ma non si può neppure escludere una resistenza genere-specifica ai farmaci ipolipemizzanti essendo state riscontrate differenze sia di composizione che funzionali nelle sottoclassi lipoproteiche: la CVD nelle donne potrebbe infatti dipendere anche da fattori aterogeni lipidici diversi dall'LDL.
I clinici devono considerare il genere come un elemento essenziale nello stabilire il rischio CV del paziente diabetico e si avverte la necessità di sviluppare una farmacologia di genere che individui i meccanismi d'azione sesso-dipendenti.
Un approccio differente in termini di prevenzione e cura è giustificato anche dal ruolo sociale delle donne che, spesso, sono care-giver di altri (figli, marito, genitori, suoceri) e questo induce meno attenzione a se stesse ed alla propria salute, giustificando in parte il minor raggiungimento degli obiettivi terapeutici.
Infine è importante ricordare che il 40% delle donne diabetiche sono in età fertile e le implicazioni della malattia sono ancora maggiori per quelle che stanno programmando una gravidanza: nonostante la crescente incidenza dell'iperglicemia in gravidanza, questa condizione rimane largamente sotto-considerata e trattata. Il rischio metabolico indotto sui figli dall'iperglicemia anche modesta durante la gravidanza (cioè il maggior rischio di obesità, diabete, malattie CV nella loro vita futura) renderà il problema sempre più rilevante senza gli opportuni interventi preventivi, diagnostici e, quando necessario, curativi.
La sfida futura è quella di sviluppare una diabetologia di genere, che tenga in considerazione le caratteristiche biologiche assieme alle necessità sociali delle donne.



MENOPAUSA
NON EST VIVERE, SED VALERE VITA EST

di Thomas Rossi
Medico Chirurgo, Specialista in Ostetricia e Ginecologia



La vita non è solo vivere, ma vivere in buona salute. Questo breve epigramma di Marziale ben si adatta a commentare gli ultimi dati sull'aspettativa di vita in Italia, che si colloca al 5° posto mondiale per longevità e che per la donna sfiora gli 86 anni. Questo virtuoso risultato è merito specialmente dei grandi traguardi raggiunti dalla nostra Sanità, che in termini di prevenzione e cura hanno consentito di condizionare così favorevolmente la nostra aspettativa di vita alla nascita e di far fronte ai molteplici strali che minano la salute durante la terza età.
Sicuramente un evento biologico è rimasto tuttavia immutato durante la vita della donna: l'insorgenza della menopausa, che si attesta saldamente di media ai 51 anni e 3 mesi e che biologicamente segna l'inizio di una nota serie di eventi catabolici ed involutivi che si accompagnano all'invecchiamento.
La carenza estrogenica innesca infatti modifiche a livello muscolo-scheletrico, genitourinario, cardiovascolare e del sistema nervoso centrale, fenomeni degenerativi tempo dipendenti che nel passato – data la più breve aspettativa di vita – gravavano in modo minore sulla salute della donna.
Ad oggi la donna giunge quasi a vivere più di un terzo della vita in questa condizione ed è importante quindi ricercare strategie che ne possano migliorare la qualità di vita e mitigare le conseguenze di patologie cronico-degenerative di pari passo all'incedere degli anni.
I sintomi e segni della menopausa affliggono circa l'80% delle donne, di cui il 20% in modo severo.
I fenomeni vasomotori, ad esempio, sono più che un sintomo molesto: rappresentano un allarme rosso che segnala una risposta neurovegetativa alterata data dalla carenza estrogenica sul cervello, incrementando il rischio di depressione maggiore ed ansia, impoverimento cognitivo e maggior rischio di malattia di Alzheimer. Allo stesso modo, più questi sintomi si presentano severi, più saranno predittivi di sviluppo di ipertensione, incidenti cardiovascolari ed ictus.
Più di 20 anni sono ormai trascorsi dalla pubblicazione del Women's Health Initiative (WHI) trial, studio che si prefiggeva di indagare gli effetti della terapia sostitutiva ormonale in menopausa (HRT), con particolare focus sulla salute cardiovascolare in tale fascia di popolazione. Lo studio, dai risultati controversi date le sue conclusioni tratte da analisi di popolazione assai eterogenea, portò ad evidenziare un aumentato rischio di carcinoma della mammella e di ictus cerebri, cosa che comportò un violento crollo delle prescrizioni della terapia sostitutiva ormonale in tutto il globo.
Poco importò che gli stessi Autori avessero poi fatto ammenda da lì a pochi anni, riconoscendone i limiti e le sue conclusioni affrettate, inclusa la rimodulazione dei rischi, molti al ribasso, alcuni addirittura al di sotto della soglia di significatività statistica. Ormai la bomba era stata sganciata. Ancora oggi serpeggia a questo riguardo una diffusa diffidenza e contrarietà nelle opinioni dei professionisti sanitari e non solo.
Tra queste, il timore di incremento di rischio sul cancro della mammella, che apparve correlato alla terapia combinata con estrogeni coniugati equini e medrossiprogesterone acetato, oltre che alla loro durata di impiego. Attualmente il rischio stimato è assai più mitigato (anche grazie all'impiego di formulazioni più moderne, ormoni bioidentici, ecc…), stimato in meno di 1 caso su mille donne/anno tra le utilizzatrici, che di fatto è minore del rischio associato a fattori endogeni quali l'obesità, la sedentarietà, il consumo d'alcol.
Nelle utilizzatrici di soli estrogeni (per le donne già isterectomizzate) addirittura il dato di incremento di rischio perde significatività statistica. Il pensiero corrente è che sia improbabile che la terapia causi il cancro al seno di per sé, ma che possa avere un effetto promotore su tumori già esistenti. In altre parole, in un piccolo numero di donne che ricevono la HRT (lo 0,08%), essa può aumentare la possibilità di essere diagnosticate con un presunto tumore al seno preesistente, anche grazie alla maggiore aderenza agli screening senologici a cui queste pazienti si sottopongono.



Solo in anni recenti, le Società scientifiche internazionali sulla menopausa si stanno prodigando nella stesura di linee guida che consentano l'integrazione di tali terapie con le strategie di miglioramento dello stile di vita, personalizzandone l'utilizzo in un'ottica di "medicina su misura". Sebbene le prove al momento non supportino l'uso della HRT esclusivamente per la prevenzione primaria delle malattie croniche, le donne sintomatiche che iniziano la terapia all'inizio della menopausa sono coloro che ne minimizzeranno i rischi e otterranno i maggiori benefici preventivi sulle condizioni croniche, oltre che migliorarne la qualità di vita riducendo disturbi vasomotori, turbe del sonno, dell'umore e dell'attenzione nonché un forte impatto positivo nel risolvere l'atrofia urogenitale con conseguenti miglioramenti sulla vita relazionale e di coppia.
Al vaglio di tali Società vi è anche la scelta delle migliori formulazioni, le possibili vie di somministrazione alternative e la durata del trattamento, che non appare più vincolata necessariamente al limite arbitrario dei 5 anni di utilizzo come nel passato. Ciò, in combinazione con le misure correttive sullo stile di vita come la dieta e l'esercizio fisico, rappresenta un'importante area di ricerca sulla prevenzione delle principali cause di morbilità e mortalità in una popolazione femminile che ha il diritto di invecchiare sempre meglio.

ODONTOIATRIA DI GENERE, IL TUMORE DEL CAVO ORALE

di Simona Giani
Commissione Odontoiatri Varese



Eccoci al secondo articolo riservato all'odontoiatria di genere. Nel precedente articolo abbiamo parlato degli effetti ormonali correlati al cavo orale, in questo affrontiamo le neoplasie della bocca. I tumori del cavo orale non sono molto frequenti ma se non diagnosticati e trattati tempestivamente invadono facilmente le aree circostanti e se ciò accade la terapia porta all'asportazione di porzioni di lingua, dei tessuti molli ed ossei del distretto orale compromettendo l'alimentazione, la parola e la socialità dell'individuo. Infatti la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi di tumori precoci e confinati è del 80-90% mentre in casi di tumori più estesi è del 50%. La figura dell'odontoiatra e dell'igienista dentale svolgono un ruolo fondamentale di screening all'intercettazione precoce di qualsiasi alterazione e nel ridurre i fattori di rischio. Ad ogni visita o seduta di igiene orale va eseguito un controllo completo delle mucose, sorvegliando e fotografando ogni alterazione sospetta ed agendo qualora ci siano situazioni conclamate o da indagare.



Le **sedi** più colpite sono il labbro inferiore e la lingua, il pavimento orale. La figura dell'odontoiatra e dell'igienista svolgono un ruolo fondamentale di screening per una diagnosi precoce e nel ridurre i fattori di rischio.
Secondo i dati dell'AIRC ogni anno vengono diagnosticati circa 4000 casi di tumori della bocca con **un'incidenza in Italia più alta nei maschi** (8 casi ogni 100.00) rispetto alle donne (5 casi ogni 100.000).
É raro nei giovani ed aumenta con l'età raggiungendo il picco massimo intorno ai 70 anni.
Tra i principali **fattori di rischio** sono il **fumo** ed il **consumo di alcol** soprattutto se combinati; infatti negli ultimi anni si è osservata una progressiva riduzione di incidenza nei maschi ed un aumento nelle femmine parimenti alla diminuzione del fumo nei primi ed un aumento del tabagismo femminile. L'azione antitabagismo da parte dell'odontoiatra, dell'igienista dentale e di tutto lo staff di studio è fondamentale per cercare di ridurre il tumore del cavo orale.



Ad esempio l'abitudine di fumare la pipa associata all'esposizione al sole soprattutto in soggetti con la carnagione chiara favorisce il tumore al labbro. Un altro fattore di rischio sono i traumi ripetuti della superficie interna della bocca, è importante che l'odontoiatra intercetti queste situazioni e ne rimuova le cause.
La prevenzione come sempre svolge un ruolo importante, soprattutto dopo i 60 anni e nei soggetti con comportamenti a rischio. Ne consegue che i controlli odontoiatrici hanno una valenza importante e devono prevedere un'attenta osservazione dentale, funzionale e dei tessuti molli.

TAKE HOME MESSAGE

- La visita odontoiatrica deve prevedere il controllo dentale e funzionale dell'apparato stomatognatico ed un attenta analisi delle mucose del cavo orale.
- L'anamnesi deve intercettare le abitudini (fumo, alcool, ...) che possono favorire l'insorgenza di tumori orali.
- L'igienista dentale, durante le sedute di controllo, deve sempre fare un attenta analisi delle mucose del cavo orale.
- L'incidenza è superiore nel genere maschile, ma negli ultimi anni il tumore del cavo orale nelle donne è in aumento e sembra essere correlato all'aumento del tabagismo femminile
- La diagnosi precoce e la rimozione di un tumore circoscritto hanno una sopravvivenza del 80-90% a 5 anni
- La diagnosi tardiva, con rimozione ampia di tessuti duri e molli, hanno una sopravvivenza del 50% a 5 anni.

OSTEOPOROSI, UN PROBLEMA GUARDATO DAL PUNTO DI VISTA DEL GENERE

di Concetta Laurentaci
DM Fisiatra dell'UOC Medicina Fisica e Riabilitativa presso Ospedale Madonna delle Grazie di Matera; vice-Presidente Sud Europa del Medical Women International Assosiation; Coordinatrice sezione 31 SIMFER (Medicina di Genere)



L'Osteoporosi rappresenta una delle patologie più diffuse nella popolazione, specie in quella femminile nella fase post-menopausale, ma con un impatto sicuramente significativo anche nella popolazione maschile. In quest'ottica il supporto della Medicina di Genere rappresenta un moderno approccio medico che studia le diverse modalità di insorgenza ed evoluzione della malattia, attraverso lo studio degli inferenti ormonali (sesso-specifici) e le differenze socio-economiche, culturali e psicologiche (genere-specifiche), al fine di migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica.

Esistono diverse forme di Osteoporosi, da quella primaria (senile, post-menopausale, idiopatica infantile), a quelle secondarie (da malattie onco-ematologiche, neurologiche, reumatologiche, nefrologiche, post-traumatiche, da sindrome da immobilizzazione prolungata, ecc.), tra cui non possiamo dimenticare le forme iatrogene (da terapie immunosoppressive, anticoagulanti, antiepilettiche, ecc.), legate a farmaci che interferiscono sia con l'assorbimento del calcio, sia con il metabolismo della vitamina D: va ricordato, infatti, che la prima terapia preventiva per l'osteoporosi è rappresentata dall'assunzione di calcio e vitamina D, di cui va corretta l'eventuale carenza, in quanto diversi studi hanno evidenziato che tale mancanza determini sempre un iperparatitoidismo secondario, con conseguente rimozione di calcio dalle ossa.

Secondo i dati IOF 2020 (International Osteoporosis Foundation) nel mondo sono colpite ben 200 milioni di donne di età superiore ai 50 anni e il rischio di subire una frattura da fragilità è pari a 1/3 pazienti per il sesso femminile e a 1/5 pazienti per il sesso maschile: gli uomini, infatti, non sono esenti dal pericolo di fragilità ossea, che interviene circa una decade più tardi rispetto alle donne (dopo i 70 anni).

In Italia su 5 milioni di persone affette da osteoporosi, 1 milione sono uomini e la minore attenzione riservata alla popolazione maschile è testimoniata da un minore espletamento di indagini diagnostiche: nelle donne la determinazione della densità minerale ossea (BMD) mediante Densitometria Ossea è testata 4 volte di più rispetto agli uomini e la gran parte dei farmaci per l'osteoporosi sono stati studiati prevalentemente nella popolazione femminile, esponendo gli uomini a possibili insuccessi terapeutici e/o eventi avversi.



Il Framingham Osteoporosis Study ha valutato la BMD di anca, colonna lombare e radio in uomini e donne di età mediana di 74 anni, evidenziando che la perdita ossea media in 4 anni su tutti i siti esaminati era dello 0,2-3,6% per gli uomini rispetto al 3,4-4,8% per le donne e ha dimostrato che la perdita di peso per entrambi i sessi era significativamente associata all'osteoporosi: in particolare gli uomini con abitudine tabagica alla misurazione basale, avevano maggiore probabilità di perdere la BMD dell'anca rispetto alle donne.

Altri dati in letteratura hanno evidenziato che nelle donne la resistenza ossea, adeguata fino alla menopausa, si riduce con il calo degli estrogeni per una progressiva perdita di trabecole ossee e della loro connettività, garantita dalla componente proteica, mentre negli uomini gli stessi fenomeni si verificano al di sopra dei 75 anni e spesso in misura maggiore, con perdite fino al 15-40% della componente trabecolare e al 5-15% della corticale. Tuttavia nei maschi anziani lo spessore endostale è maggiore di quello periostale e questo garantisce una maggiore resistenza: secondo lo studio NHANES la prevalenza della bassa densità ossea aumenta rapidamente nelle donne tra i 60 e 70 anni, mentre negli uomini si verifica intorno agli 80 anni (prima in presenza di ipogonadismo primario o secondario).

In conclusione va ricordato che al di là dei numerosi farmaci disponibili per trattare efficacemente l'Osteoporosi, un'adeguata attività fisica e una corretta alimentazione rappresentano sicuramente le migliori strategie preventive … senza distinzioni di genere!

_____

Bibliografia

- *Report of International Osteoporosis Foundation 2020*
- Sahni S, et al. *Dietary Approaches for Bone Health: Lessons from the Framingham Osteoporosis Study.* Curr Osteoporos Rep. 2015 Aug;13(4):245-55. doi: 10.1007/s11914-015-0272-1. PMID: 26045228; PMCID: PMC4928581.

FARMACOLOGIA DI GENERE

di Cristina Giaroni
Professore Associato di Farmacologia
Dipartimento di Medicina
e Innovazione Tecnologica,
Università degli Studi dell'Insubria,
Varese



La **Farmacologia di Genere** studia come specifici fattori biologici relativi al sesso associati a differenze socio-economiche e culturali (i.e. genere) possano influenzare l'efficacia terapeutica e la sicurezza dei farmaci. Differenze biologiche tra i due sessi, come la composizione corporea, l'attività di enzimi metabolizzanti e di trasportatori, l'acidità e il tempo di svuotamento gastrico, la funzionalità renale, variazioni quali-quantitative dei livelli ormonali, possono infatti influenzare l'efficacia e/o la tossicità di un trattamento farmacologico, dato che riguardano le diverse fasi della farmacocinetica, ma anche la farmacodinamica. Sebbene fin dal 1932 studi preclinici avessero dimostrato l'esistenza di differenze nella risposta ai farmaci, la variabile sesso/genere non è stata considerata per lungo tempo, facendo della fisiologia del corpo maschile l'unico riferimento per la ricerca medica nelle diverse specie, e di conseguenza per la scoperta di nuovi farmaci [1]. In ambito clinico fino al 1993, quando il National Institute of Health, negli USA, ha imposto l'inclusione delle donne negli studi clinici, il bias di genere nella ricerca farmacologica dipendeva da diversi fattori quali, tra gli altri, il timore di determinare effetti teratogeni nel feto, la riluttanza delle donne nell'entrare in studi clinici, i costi economici. Con l'avvento del nuovo millennio, il reclutamento delle donne negli studi clinici di Fase 3 e Fase 2 è aumentato in maniera considerevole, come prescritto dalle Autorità Regolatorie sia negli USA che nell'Unione Europea [2,3], mentre risulta ancora scarso negli studi di Fase 1 [4]. L'incremento della numerosità di donne negli studi clinici è di fondamentale importanza considerando che la differenza di genere può influenzare la prevalenza, diagnosi e gravità di alcune patologie, oltre che l'efficacia e la potenziale tossicità di un trattamento. È da notare come le donne rappresentino il genere che maggiormente utilizza i farmaci e in cui si registra una maggiore frequenza di eventi avversi (ADRs) [5].



Tra i numerosi esempi di differenza di efficacia tra i due generi, ricordiamo come l'attività antitrombotica di alcuni antiinfiammatori non steroidei (FANS), come l'aspirina, tenda ad essere maggiore negli uomini a causa di meccanismi dipendenti dall'azione degli ormoni sessuali [6]. Analogamente, a parità di concentrazioni plasmatiche, l'efficacia analgesica del FANS, ibuprofene, risulta essere maggiore negli uomini, anche se tale dato non è stato confermato per altri farmaci della stessa classe, come diclofenac o naprossene [6]. Viceversa, gli analgesici oppioidi, come la morfina, sembrano essere più efficaci nelle donne, che, tuttavia, hanno maggiore probabilità di sviluppare depressione respiratoria [1]. Le donne rispondono meglio degli uomini a farmaci ipnoinducenti, come lo zolpidem, e secondo alcuni studi anche agli antidepressivi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina [7].
Differenze di genere si possono osservare anche riguardo all'incidenza di ADRs. Le donne hanno maggiore suscettibilità nello sviluppare la sindrome del QT lungo iatrogena a causa del trattamento con antiaritmici, antibiotici, antipsicotici, antistaminici, antifungini azolici, con possibile generazione di torsades de point [1]. Fratture ossee indotte dalla terapia con tiazolidindioni sono più frequenti nelle donne con diabete di tipo 2 rispetto ai pazienti maschi [1].
ADRs indotte da diverse classi di antipertensivi, nausea, vomito e tossicità ematologica da antiblastici, e la sindrome metabolica da antipsicotici sono più frequenti nella donna [1,8,9]. Molte donne, inoltre, vengono sottoposte a terapie con associazioni estro-progestiniche, che possono avere rilevanti interazioni con altri farmaci, come gli antiepilettici [10].
In ragione di tutte queste evidenze risulta quindi necessario disegnare studi preclinici e clinici che tengano in considerazione l'influenza biologica del sesso sui processi farmacocinetici e farmacodinamici. Oltre alle diversità biologiche è, altresì, importante tenere conto di altri fattori che possono influenzare la risposta delle donne ai farmaci quali le condizioni sociali, economiche e culturali, le varie fasi della vita, i trattamenti ormonali, le condizioni di salute, l'aderenza alla terapia e, non da ultimo, il rapporto con il medico curante. Una visione d'insieme di tutti questi fattori rappresenta un passo fondamentale per poter sviluppare una medicina di precisione che sia egualmente benefica per le donne e per gli uomini [1].

Bibliografia
1. Mauvais-Jarvis F, et al. Pharmacol Rev., 2021, 73: 730-762.
2. US Food and Drug Administration. Fed Regist 1993; 58: 39406-16.
3. European medicines Agency. ICH: gender considerations in the conduct of clinical trials. 2005
4. Labots G, et al. Br J Clin Pharmacol. 2018 Apr;84(4):700-707.
5. Franconi F, et al. Cells. 2019 17;8(5):476.
6. Farkouh A, et al. J Clin Med. 2021;10(7):1441
7. Sramek JJ, Murphy MF, Cutler NR. 2016 18:447-457
8. Özdemir BC, et al. Endocrinology. 2022 Jun 1;163(6):bqac058.
9. Kraal AZ, et al. 2017 47(2):8-21.
10. Patel T, Grindrod KA. Can Pharm J. 2020 153:357-360.

DOLORE E DIFFERENZA DI GENERE

di Daniele Bertollo
Dirigente Medico Ospedale di Circolo
Specialista in terapia del dolore



Nel 2020 la IASP (International Association for the Study of Pain) riformula dopo 41 anni la definizione del dolore: "Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a un danno tissutale attuale o potenziale". Nella parte introduttiva la IASP sottolinea alcuni passaggi fondamentali:

- Il dolore è sempre un'esperienza personale che può essere influenzata a vari livelli da fattori biologici, psicologici e sociali.
- Il dolore e la nocicezione sono due fenomeni differenti. La presenza di dolore non può essere dedotta solamente dall'attività nei neuroni sensoriali.
- Gli individui imparano il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
- Sebbene il dolore abbia solitamente un ruolo adattivo, esso può avere effetti avversi sul funzionamento e sul benessere psicosociale dell'individuo.

Una distinzione fondamentale deve essere fatta tra il dolore acuto e il dolore cronico. Il dolore acuto è un dolore di breve durata che compare in seguito ad un insulto che può danneggiare l'organismo, è normalmente localizzato, improvviso e di breve durata e tende a risolversi con la guarigione della causa scatenante. Il dolore viene definito "cronico" qualora si protragga oltre il normale decorso di una malattia acuta o al di là del tempo di guarigione previsto (convenzionalmente 3 mesi); si caratterizza per la eventuale presenza di differenti gradi di disabilità ed è spesso accompagnato da problemi psicologici (in particolare depressione e ansia) e da disturbi del sonno. È inoltre causa importante di sofferenze fisiche ed emotive, di spaccature sociali e familiari, di disabilità e di assenza dal lavoro.
Chi si occupa del trattamento di persone affette da dolore cronico svolge un lavoro di ricerca, analizzando attraverso il modello bio-psico-sociale di George Engel, tutti i fattori che concorrono a determinare risposte diverse al dolore a seconda del genere di appartenenza. Ogni giorno milioni di donne in tutto il mondo soffrono di dolore cronico ma molte rimangono non trattate. Diverse ragioni possono spiegare perché esistono ancora ostacoli al trattamento, ad esempio i fattori psicosociali, come i ruoli di genere, le strategie per far fronte al dolore e le variazioni del tono dell'umore possono influenzare la percezione e la comunicazione del dolore.
In un recente articolo di Amber Dance, pubblicato su Nature (2019), sono stati riportati vari studi sul dolore, condotti sugli animali, che hanno raccolto prove sempre più convincenti che le vie nervose del dolore sono diverse tra maschi e femmine e coinvolgono, tra l'altro, ormoni e cellule immunitarie.
Per capire meglio perché i topi maschi e femmine affrontano il dolore in modo così diverso, i ricercatori hanno provocato nei topi l'insorgenza di un dolore cronico. La microglia sembrava avere un ruolo preminente nel dolore dei maschi, ma non in quello delle femmine di topo. Mogil e Sorge si sono chiesti se un altro componente immunitario, chiamato cellula T, fosse dietro il dolore cronico nelle femmine. Queste cellule hanno un ruolo noto nella sensibilizzazione al dolore nei topi. Nel caso della microglia e dell'ipersensibilità al dolore, la ricerca punta esattamente al testosterone come interruttore di controllo per le vie del dolore. Infatti i topi maschi castrati, che hanno bassi livelli di testosterone, hanno mostrato una risposta simile alle femmine. E quando i ricercatori hanno fornito testosterone ai maschi castrati o alle femmine, la via del dolore è passata a quella dipendente dalla microglia.
C'è già almeno un farmaco sul mercato che gli scienziati hanno motivo di pensare potrebbe funzionare in modo diverso tra i sessi. Nel 2018, la Food and Drug Administration statunitense ha approvato trattamenti per l'emicrania a base di anticorpi contro il CGRP, un peptide presente nel sistema nervoso che è coinvolto in questo tipo di mal di testa. Le emicranie colpiscono il triplo delle donne rispetto agli uomini.I moderni farmaci anti-CGRP potrebbero funzionare meglio nelle donne che negli uomini, ma gli studi clinici sul farmaco non hanno verificato tali effetti.



Ma le cellule immunitarie e gli ormoni non spiegano completamente le differenze di dolore. Ad esempio, Sarah Linnstaedt ha trovato indizi che alcune donne potrebbero avere una predisposizione genetica al dolore cronico. Il suo team ha identificato una serie di molecole di RNA nel flusso sanguigno che hanno maggiori probabilità di essere elevate nelle donne che sviluppano dolore cronico al collo, alle spalle o alla schiena dopo un incidente automobilistico. Molte di queste molecole di RNA sono codificate da geni sul cromosoma X, di cui esistono due copie nella maggior parte delle donne.
È molto più difficile indagare su questi percorsi del dolore nelle persone, ma stanno emergendo indizi: lavorando con il tessuto nervoso rimosso da individui malati di cancro. Nei nervi asportati da uomini che provavano dolore, sono stati trovati segni di infiammazione causati da una cellula immunitaria chiamata macrofago. Queste cellule svolgono una funzione simile alla microglia. Nelle donne che soffrivano, tuttavia, gli attori più importanti sembravano essere le stesse cellule nervose e un breve tratto di blocchi proteici (chiamati peptidi) che stimolano la crescita dei nervi. I risultati suggeriscono parallelismi tra le differenze di sesso tra umani e roditori.

UN CONVEGNO SULLA MEDICINA DI GENERE



ECM, SPID, PEC, STRUMENTI TECNOLOGICI UTILI ALLA PROFESSIONE

ECM – SPID – PEC

ECM, SPID, PEC rappresentano argomenti trattati dalla Commissione Medici Pensionati nell'incontro del 25 febbraio scorso con i Medici in quiescenza. Si tratta di tematiche che vengono qui riproposte con una sintesi curata dai dottori Cristina Mascheroni, Ottavio Amatruda, Mario Canton, Maria Cristina Giombelli.

ECM: EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale e comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta.
Il Programma nazionale di ECM è stato avviato nel 2002, in base al DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999 che hanno istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità.
La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate (provider)*.
La formazione continua è sviluppata anche secondo percorsi formativi autogestiti (formazione individuale).

CREDITI ECM

Il compimento delle attività formative è misurato mediante crediti formativi (crediti ECM) e il professionista sanitario consegue il diritto al riconoscimento dei crediti con il superamento positivo delle verifiche finali, laddove previste, degli eventi erogati dai provider e con l'effettuazione delle attività formative previste nell'attività di formazione individuale.
Fuori dai casi di formazione individuale, il riconoscimento dei crediti maturati per la partecipazione ad eventi è consentita esclusivamente ai provider.
I crediti individuali maturati dai professionisti sanitari sono registrati in un'unica anagrafe nazionale gestita dal Co.Ge.A.P.S** ed il singolo professionista può accedere al sito del Co.Ge.A.P.S per conoscere il numero di crediti formativi effettivamente maturati e registrati sia nel triennio in corso che nei precedenti e se è certificabile il soddisfacimento dell' obbligo formativo del triennio.
La Commissione nazionale per la formazione continua (CNFC) che è l'organo di governo del sistema ECM, definisce il numero di crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dai singoli operatori sanitari nel triennio.

OBBLIGO FORMATIVO

Sono destinatari dell'obbligo E.C.M. tutti i professionisti sanitari che esercitano l'attività sanitaria alla quale sono abilitati. L'obbligo di formazione continua decorre dal 1° gennaio successivo alla data di conseguimento del titolo abilitante necessario per l'esercizio dell'attività sanitaria.
Esistono però alcune condizioni per le quali il singolo professionista può richiedere l'esonero o l'esenzione

dall'obbligo di maturare i crediti previsti nel triennio.

L'esonero è un diritto esercitabile esclusivamente su istanza del professionista sanitario e costituisce una riduzione dell'obbligo formativo individuale triennale. La frequenza, in Italia o all'estero, di corsi universitari (o equipollenti) finalizzati allo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari dà diritto all'esonero dalla formazione ECM. **La misura dell'esonero dall'obbligo formativo triennale è calcolata come riduzione di un terzo per ciascun anno di frequenza**, previa specifica richiesta da parte del professionista. Esempi di condizione per cui richiedere l'esonero: corsi di specializzazione, dottorato di ricerca, master universitari di primo e secondo livello della durata di uno o più anni e che erogano almeno 60 CFU/anno …, corsi di perfezionamento di almeno un anno che erogano almeno 60 CFU; corso di formazione specifica in medicina generale, corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi, corso di formazione manageriale e successiva rivalidazione degli stessi.

Anche **l'esenzione** è un diritto esercitabile esclusivamente su istanza del professionista sanitario e costituisce una riduzione dell'obbligo formativo triennale. Può essere richiesta quando si ha la sospensione dell'attività professionale o l'incompatibilità con una regolare fruizione dell'offerta formativa, attestata o autocertificata.

Esempi: congedo maternità e paternità, congedo parentale e congedo per malattia del figlio, aspettativa senza assegni, permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie, assenza per malattia, aspettativa per incarico del direttore sanitario aziendale, direttore socio-sanitario e direttore generale, aspettativa per cariche pubbliche elettive……., professionisti sanitari in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale.

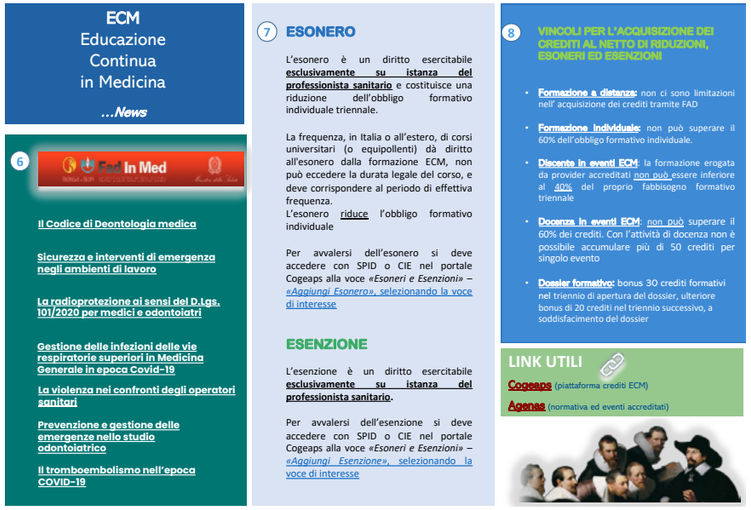
L'esenzione viene calcolata nella misura di 2 crediti ECM ogni 15 giorni continuativi di sospensione dell'attività professionale e incompatibilità con una regolare fruizione dell'offerta formativa, attestata o autocertificata. Il calcolo dell'esenzione ove coincidente con l'anno solare sarà conteggiato con la riduzione di 1/3 dell'obbligo formativo. L'esenzione non può, in alcun caso, eccedere 1/3 dell'obbligo formativo individuale triennale per ciascun anno di attribuzione.

Possono chiedere l'esenzione dall' obbligo degli ECM i professionisti sanitari in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale, cioè una attività da cui deriva un reddito annuo non superiore a 5.000,00 euro.

In questo caso l'interessato dovrà dichiarare di aver cessato l'esercizio della professione sanitaria per collocamento in quiescenza e di aver svolto esclusivamente attività lavorativa saltuaria.

Per i professionisti che hanno





compiuto il settantesimo anno d'età il Co.Ge.A.P.S. riconosce in modo automatico l'esenzione di cui sopra.

In entrambi questi due ultimi casi di esenzione per pensionamento rimane fermo l'obbligo del singolo professionista di comunicare l'esercizio non saltuario dell'attività professionale tramite il portale Co.Ge.A.P.S essendo in tal caso soggetto all'obbligo formativo ECM. Tale comunicazione equivale a rinuncia dell'esenzione.

Per richiedere l'esenzione o l'esonero si deve entrare nel sito del Co.Ge.A.P.S. come indicato nel paragrafo SITUAZIONE CREDITI ECM AL 2023 accedendo con SPID o CIE alla propria pagina personale.

*I provider accreditati sono enti, istituzioni, università, ordini professionali, società e case editrici scientifiche, agenzie ed enti pubblici e privati etc. che hanno ottenuto l'accreditamento dalla Commissione Nazionale o dalle Regioni per effettuare attività formative riconosciute idonee per l'ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

Il Co.Ge.A.P.S.(Consorzio per la gestione anagrafica delle professioni sanitarie) gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti formativi E.C.M. riconosciuti a tutti i professionisti sanitari, raccogliendo dai provider i report delle partecipazioni E.C.M.; fornisce gli strumenti ad Ordini, Collegi ed Associazioni professionali e in casi particolari alla Commissione Nazionale, per certificare l'adempimento dell'obbligo formativo dei professionisti sanitari; fornisce supporto tecnico informatico alla Commissione nazionale anche al fine della costruzione e gestione del dossier formativo individuale e di gruppo; **garantisce a ogni singolo professionista sanitario l'accessibilità tramite un portale informatico all'anagrafe nazionale dei crediti formativi E.C.M. riconosciuti a tutti i professionisti sanitari; rende disponibile ad Ordini, Collegi, Associazioni professionali e alla Commissione nazionale strumenti di gestione dei crediti E.C.M. individuali e strumenti per la gestione di esoneri ed esenzioni.

ATTIVITÀ FORMATIVE E ACQUISIZIONE DEI CREDITI

Le attività formative da cui Il professionista sanitario consegue il diritto al riconoscimento dei crediti ECM sono di due tipi: attività formative organizzate dai provider accreditati e attività di formazione individuale.

Le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari ed individuati dalla CNFC in condivisione con le Regioni e le Province Autonome.

Le attività formative organizzate dai provider possono essere:

- di tipo residenziale (es. convegni, congressi, seminari);
- a distanza (Fad);
- sul campo (es. gruppi di miglioramento, training individualizzato ecc.);

- blended;
- docenza, tutoring ed altro.

Per ogni tipologia di attività formativa sono stabiliti dalla normativa i criteri per l'assegnazione dei crediti al programma ECM e quindi al professionista sanitario che avrà seguito un evento o un programma formativo accreditato ed avrà soddisfatto i momenti di valutazione.

La formazione individuale è costituita da attività non erogate dai provider che consistono in:
a) attività di ricerca scientifica: pubblicazioni scientifiche; studi e ricerca; i corsi obbligatori per lo svolgimento di attività di ricerca scientifica; b) tutoraggio individuale, c) attività di formazione individuale all'estero; d) attività di autoformazione che consiste nella lettura di riviste scientifiche, di capitoli di libri e di monografie, manuali tecnici per attrezzature di alto livello tecnologico, ecc.
Rimane ferma la facoltà di Federazioni, Ordini, di prevedere ulteriori tipologie di autoformazione sulla base delle esigenze delle specifiche professioni.
Il riconoscimento di crediti per attività di formazione individuale è subordinato alla presentazione, da parte del professionista sanitario, della documentazione attestante l'attività svolta. Per la richiesta di inserimento dei crediti, si deve utilizzare il portale del Co.Ge.A.P.S, a meno di diversa indicazione da parte del proprio Ordine di appartenenza
Competenti al riconoscimento dei crediti formativi sono gli Ordini.

RECLUTAMENTO DEI DISCENTI

Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario. Il professionista sanitario non può assolvere a più di un terzo del proprio obbligo formativo mediante reclutamento

DOSSIER FORMATIVO

È uno strumento che consente al singolo professionista di creare un'agenda formativa personalizzata in base al proprio fabbisogno.
Esiste anche il Dossier Formativo di gruppo che viene costituito per una crescita professionale in una logica di lavoro di squadra, coniugando bisogni professionali dell'individuo, esigenze del gruppo e necessità dell'organizzazione.
La funzione informatica per la compilazione del dossier formativo individuale è presente sul portale del Co.GeA.P.S., nella scheda del singolo professionista; anche quella per la compilazione del dossier formativo di gruppo è presente presso lo stesso portale, ma dovrà essere attivata tramite la richiesta delle credenziali di accesso alla Commissione nazionale per la formazione continua.

CERTIFICAZIONE DEI CREDITI

Il professionista sanitario può chiedere in qualsiasi momento l'attestazione del numero di crediti formativi effettivamente maturati e registrati e la certificazione del pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio. Come già segnalato per vedere la propria situazione rispetto ai crediti maturati si deve entrare nel portale Co.Ge.A.P.S. alla propria pagina personale mentre competenti al rilascio della certificazione sono gli Ordini e i Collegi professionali che si avvalgono delle anagrafi gestite dal Co.Ge.A.P.S.

ORDINI PROFESSIONALI E OCM

Gli Ordini, Collegi, Federazioni nazionali e Associazioni professionali hanno un ruolo importante nel sistema ECM. Infatti vigilano sull'assolvimento dell'obbligo formativo da parte dei loro iscritti; emanano, ove previsti dalla normativa vigente, i provvedimenti di competenza in caso di mancato assolvimento dell'obbligo formativo; attestano, agli iscritti che ne facciano richiesta, il numero di crediti formativi effettivamente maturati e registrati e certificano il pieno soddisfacimento dell'obbligo formativo del triennio
Inoltre propongono alla Commissione nazionale, alle Regioni e alle Province Autonome gli obiettivi formativi che ritengono strategici o le tematiche di particolare rilevanza tecnico-professionale e possono conseguire l'accreditamento come provider. Sono competenti a riconoscere gli esoneri, le esenzioni e i crediti acquisiti tramite formazione individuale previa presentazione, da parte del professionista sanitario, della relativa documentazione.

SITUAZIONE CREDITI ECM AL 2023

I crediti da ottenere nel **triennio 2023 - 2025** sono 150. Il triennio parte dal 1 gennaio 2023.
Per quanto riguarda la situazione crediti del triennio **2020-2022**, è stata prorogata al 31 dicembre 2023 la possibilità di recuperare i crediti ECM non conseguiti entro la scadenza prevista dello scorso anno (31 dicembre 2022).
Poiché però sia il numero di crediti da ottenere nel triennio 2020 - 2022 che quelli da ottenere nel triennio 2023-2025 hanno subito variazioni in diminuzione, legate soprattutto al Covid, per conoscere la propria situazione rispetto ai crediti da effettuare nel triennio 2023-2025 e quelli maturati nei trienni precedenti è sufficiente entrare nel sito Co.Ge.A.P.S.
Entrare nel sito CoGeAPS è molto semplice:

- Si deve entrare nel sito **application.cogeaps.it** che compare nella schermata quando si digita COGEAPS e che è una applicazione riservata ai professionisti
- Si effettua il log in usando lo SPID o la CIE (Carta di Identità Elettronica).
- Compare una pagina intestata al professionista collegato allo SPID in cui è visibile la sua situazione crediti riferita sia al triennio attuale che ai trienni precedenti.
- Viene inoltre segnalato per i trienni precedenti se la situazione è certificabile, cioè se il professionista ha assolto il proprio debito formativo.

Nella stessa pagina inoltre è possibile:

- **Inserire i crediti individuali**, cioè quelli ottenuti da attività formative non organizzate da un provider (autoformazione, tutoraggio, attività all' estero, studi e ricerca, corsi obbligatori per lo svolgimento dell'attività di ricerca).
- **Effettuare la domanda per l'esonero o l'esenzione.** È qui che si può fare la domanda di **esenzione per pensionamento.**
- **Richiedere il riconoscimento di crediti mancanti** perché il provider non ha provveduto a segnalarli.

Da ultimo si segnala che al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, **a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina.**
L'emendamento riguarda l'articolo 10 della legge Gelli, che prevede l'obbligo assicurativo per gli esercenti la professione sanitaria, e decorre dal triennio formativo 2023-2025. La verifica per il triennio 2023-2025 non potrà avvenire prima del 01/04/2026.

SPID

Lo SPID è un'identità digitale composta da una coppia di credenziali (username e password), strettamente personali, con le quali è possibile accedere ai servizi on line della pubblica amministrazione e dei privati.
Dal 1-10-21 lo SPID è obbligatorio per accedere ai servizi telematici dell'agenzia delle entrate ed in particolare per l'accesso all' area Mynps
ORDINE DEI MEDICI.
Non ci sono sanzioni per chi non lo possiede.

COME OTTENERE LO SPID

Per attivare SPID, è necessario avere a disposizione:

- un documento di riconoscimento italiano;
- la tessera sanitaria o il codice fiscale;
- un indirizzo email e un numero di cellulare;
- accedere al sito di uno dei gestori di identità digitale (Identity Provider) riconosciuti e vigilati da AgID.

Lo SPID presenta differenti i livelli di sicurezza:

- livello 1 username e password;
- livello 2 username e password con l'inserimento di un codice OTP che viene generato al momento ed inviato via app o sms;
- livello 3 è quello più sicuro che consiste nell' inserimento delle credenziali associato all"utilizzo di un sistema di identificazione fisico come, ad esempio, una smart.

Per procedere all'attivazione si deve individuare uno tra i gestori di identità digitale abilitati (identity provider) e **registrarsi** sul sito del gestore scelto, seguendo i passaggi indicati:

1. inserire i propri dati anagrafici;
2. creare le proprie credenziali SPID;
3. effettuare il riconoscimento scegliendo tra le modalità gratuite o a pagamento offerte dai gestori di identità, da conoscere prima di procedere all'attivazione.

In alternativa ci si può recare presso una delle pubbliche amministrazioni che possono svolgere gratuitamente le procedure per identificazione e consentire il rilascio successivo di SPID. I tempi di rilascio dell'identità digitale dipendono dai singoli gestori.

Una volta ottenuto, **l'utilizzo di SPID per i cittadini è gratuito** e si può usare da qualsiasi dispositivo: pc, tablet, smartphone ogni volta che, su un sito o una app di servizi, si trova il pulsante "entra con Spid"

La nuova normativa evidenza il fatto che per coloro i quali sono in possesso della carta di identità elettronica, tale documento, sostituisce lo SPID.

PEC

La **Posta Elettronica Certificata** o **PEC** è un tipo particolare di posta elettronica che permette di dare a un **messaggio di posta elettronica lo stesso valore legale di una tradizionale raccomandata** con **avviso di ricevimento**, garantendo così la prova dell'invio e della consegna.

Il termine "Certificata" si riferisce al fatto che il gestore del servizio rilascia al mittente una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio ed eventuali allegati. Allo stesso modo, il gestore della casella PEC del destinatario invia al mittente la ricevuta di avvenuta consegna.

La PEC è obbligatoria per tutti i professionisti iscritti ad un albo professionale (anche se non svolgono



alcuna attività professionale). Tale obbligo decorre dal I ottobre 2020. Le sanzioni per gli inadempienti vanno da un minimo di 60 euro per i professionisti ad un massimo di 2.064 euro nel caso delle società.

Inoltre per i professionisti inadempienti è obbligatoria la sospensione dall'albo professionale.

Avendo la PEC lo stesso valore legale di una raccomandata r.r., tutte le comunicazioni postali della pubblica amministrazione (es. multe, ammende, atti giudiziari) possono essere inviate per suo tramite e pertanto diventa un pericolo avere la PEC e non controllarla con regolarità. Una volta inviata ad una casella di posta certificata, la comunicazione risulta recapitata in termine di legge e non averla letta per qualsivoglia motivo non è mai una giustificazione valida per non aver ottemperato a quanto richiesto.

di Andrea Giacometti
Caporedattore

NEOLAUREATI IN MEDICINA E PROFESSORI PRONUNCIANO IL GIURAMENTO DI IPPOCRATE ALL'INSUBRIA

Sono stati ventotto gli studenti che hanno conseguito la laurea in Medicina all'Università dell'Insubria. Un importante traguardo professionale e umano che ha consentito agli studenti di entrare a pieno titolo nel mondo dei camici bianchi e che è stato celebrato, il 12 aprile, con una cerimonia presso l'Aula Magna dell'Università di via Ravasi a Varese.

Il presidente dell'Ordine dei Medici di Varese, dottoressa Giovanna Beretta, ha rivolto ai nuovi medici un breve messaggio: "Rivolgo a tutti i giovani neo-laureati qui presenti i miei saluti e le congratulazioni da parte dell'Ordine dei Medici di Varese. Da oggi, a guidare il vostro cammino, non saranno più i professori che vi hanno accompagnato in questi anni, ma i vostri pazienti, che saranno per voi l'unico, vero punto di riferimento. Ascolto, competenza, rispetto, aggiornamento continuo – devono essere queste le qualità che vi devono accompagnare in ogni momento".



"La professione medica è oggi al centro di una grande rivoluzione tecnologica, e sta cambiando ogni giorno sotto la spinta dei rapidi progressi di scienza e ricerca – ha continuato il presidente - . Ma non può e non deve mai dimenticare le sue radici, la sua natura di scienza a servizio dell'uomo, della sua domanda di salute, tanto più in una fase come quella che abbiamo attraversato dell'emergenza sanitaria."

"Da oggi darete un contributo prezioso, fatto di professionalità, impegno, creatività. Un compito difficile, ma che - ne sono certa - saprete assolvere al meglio".

Al termine della cerimonia neolaureati e professori hanno pronunciato il giuramento di Ippocrate, interpretato, in un video, dall'attrice Angela Dematté.

MARIO GIROLA
“IL SOGNO. ESPLORIAMO LA METÀ NOTTURNA DELL’UOMO”

Vi ricordate, cari colleghi, con quanta sicurezza i nostri professori di fisiologia umana ci spiegavano quel che dovevamo conoscere della complessità della macchina organica e dei meccanismi vitali degli organi sani? Sembrava volessero condividere con noi studenti l’orgoglio del progresso della ricerca scientifica, capace oramai di penetrare nel minuto funzionamento del cuore, del polmone, del rene… Ma la robusta sapienza dei professori non avrebbe soddisfatto il nostro desiderio di sapere se la avessimo interrogata sul contenuto del sognare, se le avessimo chiesto di rispondere alla curiosità più comune, alla domanda che ognuno si pone: perché sogniamo, cosa sogniamo e perché ritorna spesso lo stesso sogno? La irrealtà del sogno è essenziale, le sue meraviglie sono fuggevoli, appaiono e si cancellano d’un soffio.
Si sogna nel momento di abdicazione della coscienza e l’illusione indotta è intensa anche quando è fugace e talvolta si organizza per tornare da un sonno all’altro, si ripresenta con costanza, procurandoci dubbi che scompigliano anche le certezze della coscienza sveglia. La potenza del sogno, capace di mantenere oltre il sonno un’influenza sul nostro pensiero e sulle nostre azioni, è seducente e da sempre si è cercato di svelarne i misteri. Tuttavia, ancora resiste tenacemente alle capacità di esplorazione dell’intelletto. Uomini di pensiero acuti e profondi, in ogni età, ad ogni latitudine e civiltà, si sono interrogati sulle immagini enigmatiche che compongono il sognare e dopo tanto ondeggiare incerto nelle suggestioni della metafisica la stessa scienza moderna si è ingarbugliata, senza riuscire a svelarne il significato.
La ricerca di una spiegazione non ha trovato ancoraggi nella fisiologia e nella psicologia sperimentale. Si sono interrogate anche le neuroscienze, ma ogni sforzo è rimasto deluso: il sognare continua a metterci di fronte sempre agli stessi dubbi.
Affidiamoci allora alle pagine di questo libro del collega Mario Girola che ci conduce su strade percorribili con un riflettere all’intersezione tra diverse culture scientifiche. Una lunga esperienza psichiatrica e psicoanalitica permette a Girola di considerare le “concezioni e teorie interpretative che hanno caratterizzato in diverse epoche storiche il rapporto dell’uomo con il sogno” (p. 5), senza decampare dall’ancoraggio nelle discipline medico biologiche.
I tentativi di chiudere in spiegazioni razionali tutto lo smisurato materiale sognato e di rendere probabili o intellegibili le interpretazioni dimostrano che la discussione occupa molto spazio, diramandosi in numerose direzioni.
Se la coscienza non è capace di penetrare con sicurezza la profondità del pensiero in cui nascono le immagini oniriche, intime e spesso sconcertanti, non si può rifiutare



quel che suggerisce la psicologia del profondo e si è creduto di leggere nei contenuti del sognare i segreti inconfessabili anche alla stessa esperienza del sognante. Ma è pur vero che la simbologia della psicoanalisi si trova ad intrecciare i suoi significanti anche con certi modelli dell’oniromanzia tradizionale, soprattutto quelli dell’immaginazione popolare, con chiavi di lettura che aprono visioni semplificate dell’indistinzione tra la realtà della coscienza e l’irrealtà della esperienza onirica.
Questo volume ci accompagna lungo la storia delle interpretazioni, dalle primitive manifestazioni di genti indotte, per attraversare poi la sapienza della classicità e arrivare lungo i secoli alla modernità. Nei riti, nelle credenze e nei simboli si sono cercati i significati dell’esperienza sognante, si è indagata la linea di confine tra vita cosciente e fantasie oniriche.
Si sono organizzati strumenti concettuali per dare un fondamento all’incertezza che i sogni proiettano sulla realtà. Le incoerenze palesi, la confusione, l’imprecisione e la mancanza di nessi tra immagini oniriche, hanno sempre fatto sentire la necessità di una guida verso il disvelare dei misteriosi significati e nella stratificazione delle testimonianze più popolari ed anche superstiziose, ha prosperato la credenza nel carattere profetico del sognare. Come strumento per la rivelazione del futuro, il sogno può essere buono o cattivo secondo una tradizione asseverata da rigorosi canoni interpretativi. Così si sono costruiti molti fertili *libri dei sogni*, che continuano ad interessare, perché combinano le immagini e il loro presentarsi in un universo di interpretazioni, di concetti, di azzardate combinazioni. Ma l’intelletto dell’uomo razionale contemporaneo vuol tenersi distante dalle pagine di quei libri. Affermando la concezione naturalistica dell’origine del sognare, si è andati verso una progressiva critica della interpretazione onirica e dei suoi messaggi ingannevoli. Giovanni Papini accomunava i manuali di oniromanzia alle ciance dei creduloni e molti uomini del suo e del nostro tempo si sono allineati su queste posizioni. I sogni sono un’imbarazzante realtà soggettiva e possono certamente essere illusori, ma non sono solo un’arborescenza della persona o una “muffa dell’Io”, come sembrava dire un brillante e provocante saggista, Roger Caillois, che li riteneva segni arbitrari e neppure significanti della natura o della coscienza, attribuendo loro lo stesso valore della forma che assumono le nuvole, incapaci sia di preannunciare, sia di svelare alcunché. Questo francese era ben convinto che la chiave dei sogni corrisponde a una delle più nobili manie dell’animo umano, che è quella di trovare un senso alle cose che non ne hanno, in modo da rendere significativo tutto ciò che non ha significato.

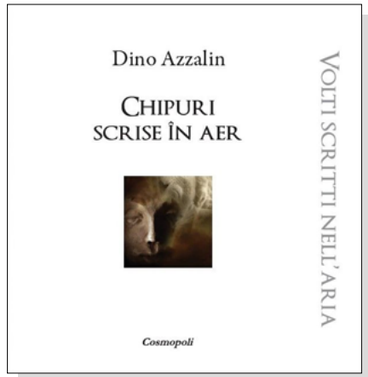
FULVIO BEATI
“UN AMORE MALATO”

Un ingegnere giunto all’età della pensione nota un cambiamento significativo nella qualità della propria vita. Una crisi ormai cronica con la moglie, la frequentazione periodica di una prostituta, il folle innamoramento per una ex compagna di università, creano particolari situazioni a cui si associa uno stato depressivo e una crisi esistenziale. Nel frattempo una patologia in modo subdolo sta modificando i suoi comportamenti e la sua vita. Un romanzo, “Un amore malato” firmato da Fulvio Beati, nato a Varese nel 1954, laureato in Medicina e Chirurgia, ha esercitato per circa quarant’anni la professione di medico di medicina generale. Specializzato in Geriatria e Gerontologia si è occupato principalmente delle patologie delle persone anziane con interesse particolare per le malattie neurodegenerative (demenze, Malattia di Alzheimer, Malattia di Parkinson). Questo è il primo libro che pubblica influenzato dalla propria attività e da una moltitudine di pazienti affetti da demenza in modo più o meno severo.



DINO AZZALIN
“VOLTI SCRITTI NELL’ARIA”

La plaquette “Chipuri Scrise in Aer” (Volti scritti nell’aria) di Dino Azzalin, appena uscita per l’editore Cosmopoli a Bacau, tradotta in lingua rumena con testo a fronte da Eliza Macadan, contiene le tematiche fondamentali della narrazione poetica dell’autore, e cioè quelle riflessioni profonde sul significato dell’esistenza umana che insistono sul tratto “carnivoro” della vita rispetto a quello sentimentale e amoroso legato alla spiritualità.
Frammisti ad ammissioni di vitalità diffusa anche temi d’attualità, per esempio la dilaniante composizione su un naufragio mortale che sembra anticipare con impressionante visionarietà e, ahimè, come impotente profezia, la recente ecatombe di Cutro. Poco importa, infatti, la provenienza dei naufraghi, quando il comune denominatore di vicende accadute anche a italiani, rumeni, albanesi, ucraini e a tanti altri in Europa in cerca di un futuro migliore è soprattutto il dramma dei soprusi che riguarda il loro vissuto. “Volti scritti nell’aria” è un’anticipazione dell’incontro dei versi con la storia invisibile che aleggia su tutti noi, nessuno escluso, tra il dicibile e l’indicibile, la linea che solo la parola poetica sa tracciare e decriptare, così come la musica (bellissima la prosa poetica finale su “Volare” di Domenico Modugno) e le giunture tra vita possibile e vita sognata. Il fil rouge è sempre l’amore con la sua pietas, da quello coniugale a quello per la natura, passando dall’“Alma Venus” di lucreziana memoria. La plaquette, che fa parte di un articolato progetto di ricerca poetica e letteraria, segna il ritorno della poesia di Dino Azzalin, uno dei più originali autori italiani contemporanei, dopo una pausa di concentrazione sulla prosa durata qualche anno.



NUOVE ISCRIZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

• 7 MARZO 2023
COSTA Ilaria di Varese
VALENZIANO Silvia di Varese
BASILICO Vera di Saronno (VA)
BOVA Davide di Legnano (MI)
PAOLUCCI Sonia di Varese

• 4 APRILE 2023
MANTEGAZZA Luca di Gerenzano (VA)
MONTRASIO Mascia Maria Lorenza di Varese
OLIVIERI Federica di Induno Olona (VA)
PARLATO Alice di Ferno (VA)
PIZZO Sara di Vedano Olona (VA)
STURA Michele di Varese
PALA Roberto di Gallarate (VA)
DONATO Francesca di Sesto Calende (VA)

CANCELLAZIONI ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

• 7 MARZO 2023
Per dimissioni
BALDISSERA Elena di Milano
GIANI Giuseppe di Milano
MACCHI Valentina di Varese

Per trasferimento ad altro Ordine
TRUDU Lucia di Modena
ULLO Ines di Bologna

• 4 APRILE 2023
Per dimissioni
HALIMI Ediana di Varese
OPPIZZI Agata di Salorino (Svizzera)

Per trasferimento ad altro Ordine
BABINI Giovanni di Milano
CRENNA Stefano di Milano
MOIOLI Francesca di Zogno (BG)
REVERZANI Marzia di Milano
RIVA Laura di Milano
ZILIANI Vanessa di Milano

RICORDIAMO I COLLEGHI CHE CI HANNO LASCIATO

MAINARDI Ottavio di Cairate (VA)
deceduto il 16/02/2023
MARETTI Maria Anna di Besozzo (VA)
deceduta il 04/03/2023
VANOLI Paolo di Varese
deceduto il 09/03/2023
CATTONI Maria Angela di Olgiate Comasco (CO)
deceduta il 22/03/2023
LUPPINO Vito di Milano
deceduto il 28/03/2023
COLOMBO Sergio Gianni di Gallarate (VA)
deceduto il 26/04/2023

RIEPILOGO DEGLI ISCRITTI AL 4 MAGGIO 2023

Nominativi iscritti all’Albo dei Medici Chirurghi	5145
Nominativi iscritti solo all’Albo dei Medici Chirurghi	4724
Nominativi iscritti all’Albo degli Odontoiatri	986
Nominativi iscritti solo all’Albo degli Odontoiatri	565
Nominativi con Doppie iscrizioni	421
Totale delle iscrizioni	**6131**
Totale delle persone fisiche iscritte	**5710**

