



Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena
n. 1 2026



Bollettino dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia
di Forlì-Cesena

Organo ufficiale
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena

Direttore: Stefano Benzoni
Coordinatore della Redazione: Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Segreteria di Redazione: Michele Gavelli, Laila Laghi, Elisabetta Leonelli

Consiglio Direttivo dell'Ordine
Presidente: Dott. Michele Gaudio
Vice Presidente: Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Segretario: Dott. Francesco Pignatosi
Tesoriere: Dott. Fabio Balistreri
Consiglieri: Dott. Enrico Maria Amadei, Dott.ssa Sara Cangialeoni, Dott. Angelo Castellini, Dott. Luigi Ceccaroni, Dott.ssa Simona Di Cesare, Dott. Giorgio Ercolani, Dott. Cosimo Ludovico, Dott. Massimiliano Macacchi, Dott.ssa Giorgia Musacchia, Dott. Paolo Paganelli (Cons. Od.), Dott. Mario Raspini (Cons. Od.), Dott.ssa Tognali Daniela

Commissione Odontoiatrica:
Presidente: Dott. Paolo Paganelli
Vice Presidente: Dott. Mario Raspini
Componenti: Dott. Andrea Alberti, Dott. Domenico D'Arcangelo, Dott.ssa Daniela Zanetti

Revisori dei Conti:
Presidente: Dott.ssa Barbara Rossi
Componenti: Dott. Giovanni Fabbroni, Dott.ssa Paola Possanzini
Revisore supplente: Dott. Marco Seconi

Periodico distribuito
a tutti gli iscritti
all'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena
e a tutti gli Ordini d'Italia.

È organo ufficiale di stampa dell'Ordine
e pertanto le notizie pubblicate
hanno carattere di ufficialità
e di avviso per tutti i colleghi.

Editoriale

Qualcosa si muove... *pag.* 3

Le serate dell'Ordine

**Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
delle demenze ad esordio giovanile** *pag.* 4

**Ortodonzia chirurgica e chirurgia ortognatica:
50 anni di esperienza** *pag.* 7

Fibrosi cistica: uno sguardo oltre l'età evolutiva *pag.* 8

La violenza sugli operatori sanitari *pag.* 9

La salute dei migranti e la loro presa in carico *pag.* 10

**La riforma della disabilità nella provincia di Forlì-Cesena:
un anno dopo l'avvio** *pag.* 12

**Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)
Auslromagna sul carcinoma gastrico
tra pubblico e convenzionato** *pag.* 13

**Giocattoli Eco-Friendly, liberi di giocare
senza PFAS e Bisfenoli, è possibile?** *pag.* 14

Aggiornamento

Chiedere scusa: difficile, ma importante anche in medicina *pag.* 18

L'ascolto del paziente nella pratica clinica *pag.* 20

**Le abbreviazioni stanno danneggiando
la comunicazione medica?** *pag.* 22

**Quando l'assistenza sanitaria non è uguale per tutti:
la sfida dei migranti in Europa** *pag.* 25

**Il trattamento del dolore mediante ossigeno ozono terapia
nel paziente operato di protesi totale al ginocchio** *pag.* 27

QUALCOSA SI MUOVE...

L'anno nuovo porta una grande novità, da tempo attesa, la riforma del Servizio Sanitario Nazionale. Per il momento il Consiglio dei Ministri ha approvato un Disegno di Legge delega che affida al governo il compito di adottare entro il prossimo 31 dicembre uno o più decreti legislativi per, e direi, finalmente, aggiornare il Decreto Legislativo 502 del 1992 in tema di riordino della disciplina in materia sanitaria.

Una riforma da più parti invocata.

E' del tutto evidente che la 502, vecchia ormai di oltre 33 anni, non è più idonea nella sua datata architettura a gestire i profondi cambiamenti di bisogno di salute e di transizione demografica occorsi negli ultimi decenni.

Già l'art. 1 esplicita l'intento fondamentale della norma: rafforzare l'inviolabile diritto alla salute in attuazione dell'art. 32 della nostra Costituzione nel solco dell'equità, della continuità assistenziale e dell'umanizzazione delle cure.

Ma il vero punto fondamentale del provvedimento che tende a riscrivere l'architettura dell'assistenza territoriale ed ospedaliera è l'art. 2.

In esso viene declinato ancora una volta il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio anche aggiornando e superando gli standard fissati dal DM 77 del 2022 sull'assistenza territoriale con l'obiettivo di superare la frammentazione dei percorsi, migliorare la gestione dell'emergenza-urgenza e creare modelli organizzativi che consentano carriere adeguate ed integrate ai professionisti sanitari. Ed ancora è prevista una profonda revisione del DM 70 del 2015 sul tema della classificazione delle strutture ospedaliere introducendo due nuove categorie: gli ospedali di terzo livello, strutture di eccellenza a valenza nazionale o sovranazionale e gli ospedali elettivi, privi di pronto soccorso, chiamati ad operare in rete con l'emergenza-urgenza.

E' prevista l'introduzione di nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche nell'ottica di garantire risposte qualificate e di prossimità riducendo la mobilità sanitaria.

Il disegno di legge delega dedica ampio spazio a temi fondamentali come le fragilità, la cronicità e le cure palliative.

Non meno importante e alquanto problematica è la previsione di un riordino della disciplina che riguarda i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con l'intento di rafforzare il ruolo dell'assistenza territoriale.

Infine si dedica spazio a bioetica, integrazione sociosanitaria e salute mentale.

Concludo con un paio di riflessioni.

La prima è più che altro una stranezza. Ricordo l'entusiasmo dei professionisti ai tempi della 502.

L'aziendalizzazione e la trasformazione manageriale crearono forte partecipazione sebbene in un processo che col tempo si rivelò non del tutto coerente con le aspettative.

Colgo qui invece oggi, a mio parere, un pericoloso disinteresse a questa legge delega che spero non porti ad una esclusione dei professionisti sanitari ad una necessaria partecipazione alla stesura dei testi definitivi.

Infine desta preoccupazione il contenuto dell'art. 3 che pone un vincolo stringente sulla neutralità finanziaria fatto salvo che il Parlamento stanzi risorse aggiuntive con provvedimenti dedicati.

Rafforzare e migliorare il SSN senza un adeguato rifinanziamento mi sembra una classica chimera.

Portarci a casa questa riforma sarà una sfida tutt'altro che semplice.

Basta pensare ai tanti disegni di legge delega che giacciono in Parlamento a cominciare dal testo sul riordino delle professioni sanitarie.

Dott. Michele Gaudio
Presidente OMCeO Forlì-Cesena

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE DELLE DEMENZE AD ESORDIO GIOVANILE

11/09/2025

Sintesi intervento su Inquadramento EOD

Con Demenza ad esordio giovanile o Early Onset Dementia (EOD) si intende un quadro di deterioramento cognitivo che interessa, per definizione, le persone di età inferiore ai 65 anni.

Secondo alcuni studi l'incidenza è di 11-13/100.000/anno, con tendenza all'incremento.

In Italia si stima che attualmente siano affette più di 45.000 persone.

Rispetto alle demenze ad esordio tardivo (Late Onset Dementia, LOD), le EOD presentano alcune specificità, tra cui: una diversa tipologia di diagnosi prevalente (forme ad esordio atipico di malattia di Alzheimer, demenza frontotemporale, forme rare metaboliche o genetiche); una tendenza a ritardo nella diagnosi per prevalenza di disturbi psichiatrici/dell'umore o la presenza di patologie rare; un decorso più rapido rispetto alle forme tardive; il coinvolgimento di pazienti spesso in età lavorativa, con conseguente impatto psicologico e finanziario, ed impatto sui familiari (coniugi o figli spesso giovani e/o lavoratori); la incompleta adeguatezza dei servizi sanitari proposti rispetto alle esigenze dei pazienti e dei familiari.

I principali fattori di rischio riconosciuti per EOD sono: esposizione ad agenti chimici e pesticidi, storia di FA, elevato consumo di alcool, storia di traumatismo cranico, storia di disturbo psichiatrico (in particolare depressione, disturbo bipolare, schizofrenia e disturbo post traumatico da stress).

Fattori protettivi, analogamente alle LOD, sono regolare attività fisica, elevata scolarizzazione, adesione alla dieta mediterranea, partecipazione ad attività cognitivamente stimolanti.

In occasione della prima visita neurologica appare necessario in primis individuare, mediante adeguati anamnesi, esame obiettivo neurologico e breve testistica neuropsicologica, se il paziente presenti un quadro di possibile deterioramento cognitivo. A questo punto, a fini diagnostici e terapeutici, è molto importante definire se il decorso clinico sia acuto/subacuto o più lentamente ingravescente. Nel primo caso, infatti, potrebbe essere necessario escludere con urgenza cause secondarie (infettive, disimmuni, neoplastiche, prioniche) del quadro clinico.

Nel caso di disturbo più lentamente evolutivo, è necessario prescrivere al paziente indagini di neuroimaging ed esami ematici di screening.

Le EOD riconoscono cause primariamente neurodegenerative (malattia di Alzheimer, spettro delle demenze frontotemporali, demenza a corpi di Lewy, demenza associata malattia di Parkinson o Corea di Huntington, angiopatia amiloide) e cause secondarie (demenza vascolare, HIV dementia complex, neuroleue, da abuso alcolico, da malassorbimento, encefalopatia epatica/uremica).

Una volta formulata la diagnosi il più possibile accurata, la presa in carico del paziente interessa la eventuale terapia farmacologica, i corsi di stimolazione cognitiva, la presa in carico socio-assistenziale, il coinvolgimento delle Cure Palliative.

Dott.ssa Francesca Preda

Neurologo specialista ambulatoriale convenzionato AUSL Romagna

Il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale delle demenze ad esordio giovanile nell'AUSL Romagna

E' dedicato a persone per le quali sia stato formulato il sospetto o diagnosticato un disturbo cognitivo-comportamentale esordito in età antecedente i 65 anni. Nonostante le dimensioni epidemiologiche limitate rispetto alle forme ad esordio più tardivo, le peculiarità che le caratterizzano hanno indotto a sviluppare in tutti gli ambiti territoriali della AUSL Romagna un approccio differenziato e "cucito" sulle specifiche esigenze di questa ristretta popolazione.

Considerando la più ampia espressione clinica di questa patologia nelle persone più giovani e la maggiore possibilità di intercettare forme "reversibili", le ricadute di una diagnosi precoce e precisa sul singolo paziente, sulla sua famiglia e sull'intero tessuto sociale appaiono rilevanti e oggetto di una vasta letteratura internazionale.

In attuazione al PDTA EOD dell'AUSL Romagna, nell'ambito territoriale di Forlì-Cesena in particolare è stato istituito un ambulatorio dedicato, che si svolge una volta alla settimana e prevede: 4 prime visite prenotabili CUP con richiesta SSN di visita neurologica di primo livello recante la dicitura "disturbi cognitivi" o "deterioramento cognitivo" (codice 438.0), della durata di 45 minuti ciascuna;

4 visite di controllo, a prenotazione CUP autogestito per i follow up dei pazienti presi in carico, della durata di 30 minuti ciascuna;

una visita urgente con priorità B dedicata a pazienti con declino cognitivo rapidamente ingravescente o con disturbi del comportamento in fase di scompenso, della durata di un'ora.

E' previsto inoltre uno spazio dedicato alla redazione dei Piani Terapeutici dei Neurolettici Atipici e la possibilità di effettuare una televisita quando la logistica o il tipo di disturbo (per esempio comportamentale) rendono difficili un accesso in presenza.

E' importante considerare che questo ambulatorio non è dedicato a persone con disturbi cognitivi della fase evolutiva che abbiano raggiunto l'età adulta e quindi non siano più di competenza dell'UO Neuropsichiatria Infantile, né a persone con patologia psichiatrica in trattamento farmacologico inveterato che abbiano sviluppato secondariamente un decadimento cognitivo.

Inoltre non può avere esclusive finalità certificative per i benefici di Legge.

Per facilitare un accesso appropriato a questo ambulatorio è stato redatto un piccolo elenco di situazioni cliniche che più facilmente possono essere espressione di iniziale coinvolgimento cognitivo-comportamentale, che non richiede la somministrazione di alcun test preliminare ma può aiutare ad indirizzare correttamente il sospetto diagnostico. In un contesto sociale sempre più multietnico è fondamentale prendere in considerazione l'aspetto del gap linguistico, per cui il paziente deve essere aiutato a tradurre i propri sintomi all'interlocutore attraverso una mediazione formale o informale.

Qualora si riveli fondato il sospetto diagnostico per cui è stato inviato, il paziente viene preso in carico dell'equipe del CDCD Neurologico attraverso lo strumento burocratico del DS vs DH (raramente ricovero ordinario, in alcune situazioni altrimenti non gestibili legate alla condizione clinica o al contesto ambientale) e sottoposto agli accertamenti necessari coordinati dal neurologo di riferimento. Al termine di tale iter il paziente verrà destinato al percorso per lui più idoneo e indirizzato al follow up nell'ambulatorio di competenza territoriale.

E' stata messa a punto una rete multidisciplinare e multiprofessionale che ha lo scopo di accompagnare il paziente e la sua famiglia nel lungo e difficile percorso di una malattia che cambia continuamente "aspetto" modificando ripetutamente i loro bisogni e le loro priorità.

Certamente vi sono alcune criticità che solo l'attuazione del percorso dalla "carta" alla "vita reale" ha permesso di evidenziare, sulle quali stiamo cercando di lavorare attraverso una revisione del percorso stesso.

Dott.ssa Susanna Malagù
Responsabile UOS Neurologia Forlì,
Referente Aziendale del Progetto Regionale Demenze,
AUSL Romagna

La diagnostica di “II e III livello” nelle demenze giovanili: significato e prospettive future

L'avvento dei biomarcatori ha rivoluzionato la diagnosi di demenza: sono attualmente a disposizione strumenti sempre più sofisticati che ci supportano nel formulare una diagnosi precoce.

È diventato ormai irrinunciabile nelle demenze giovanili il ricorso all' esame liquorale e alle indagini di Medicina Nucleare.

Attraverso il dosaggio di markers di neurodegenerazione (beta-amiloide, proteina Tau, neurofilamenti e i loro rapporti) è possibile confermare o meno una diagnosi di Malattia di Alzheimer presentando tale patologia un preciso profilo di riconoscimento.

La PET-FDG encefalo è ormai largamente usata per determinare la presenza di aree di ipometabolismo cerebrale potendo fornire anche delle mappe che, nelle forme più tipiche, aiutano nella diagnosi differenziale tra vari tipi di demenza.

La PET-amiloide, di più recente acquisizione, utilizza un tracciante che si lega alla proteina beta-amiloide depositata nell' encefalo dei pazienti con Malattia di Alzheimer ed è diventata di fondamentale importanza nel contesto dell'avvento degli anticorpi monoclonali per tale patologia che arriveranno a breve a disposizione.

Si tratta di Lecanemab e Donanemab, approvati nel 2025 dall'EMA e a breve a disposizione anche in Italia per il Mild Cognitive Impairment dovuto a malattia di Alzheimer, con la promessa di ridurre il declino cognitivo del 30%.

Ad una indicazione così ristretta corrispondono tuttavia numerose controindicazioni (riguardanti soprattutto il profilo cerebrovascolare), aspetto che sottolinea la necessità di una diagnosi il più possibile precoce e precisa.

I nuovi farmaci rappresentano un orizzonte sfidante che modificherà l'organizzazione e le risorse dei CDCD dovendo essere supportati da uno stretto monitoraggio strumentale, in particolare di RM encefalo anche in urgenza.

I nuovi farmaci, infatti, possono portare ad alterazioni neuroradiologiche sia in senso edemigeno che emorragico (Amyloid-related imaging abnormalities) il cui monitoraggio è fondamentale per preservarne la safety.

Da ultimo, ma non meno importante, è da segnalare l'avvento dei biomarcatori su sangue che renderà più semplice la diagnostica ma la cui diffusione ci metterà davanti a questioni etiche: che conseguenze potrebbe avere l'introduzione su larga scala di un semplice prelievo di sangue per la diagnosi di malattia di Alzheimer? Come sempre spetta al clinico (e in questo caso agli specialisti dei CDCD) dirimere l'appropriatezza degli esami ed inserirli nel contesto clinico del paziente.

Dott.ssa Sara Mazzoli

Dirigente Medico UOS Neurologia Forlì, AUSL Romagna

ORTODONZIA CHIRURGICA E CHIRURGIA ORTOGNATICA: 50 ANNI DI ESPERIENZA

25/09/2025

L'incontro, tenutosi il 25 settembre 2025 e intitolato "Ortodonzia chirurgica e chirurgia ortognatica: 50 anni di esperienza", ha avuto come obiettivo l'aggiornamento professionale sui più recenti sviluppi tecnico-scientifici in ambito ortodontico e ortognatico, supportati da mezzo secolo di esperienza clinica e dati di letteratura.

La prima parte dell'evento ha approfondito il rapporto tra ortodonzia e chirurgia, evidenziando il frequente invio tardivo di adolescenti con denti inclusi all'ortodontista. Tale ritardo riduce le possibilità di trattamento intercettivo e aumenta il rischio di riassorbimenti radicolari o cisti dentigere. Queste ultime, spesso asintomatiche, derivano dall'espansione del follicolo pericoronale e possono provocare danni ossei e dislocamento dentario.

Il trattamento standard è l'enucleazione chirurgica associata all'estrazione, ma negli adolescenti può risultare eccessivamente demolitivo. È stata pertanto proposta la marsupializzazione come alternativa conservativa: una tecnica meno invasiva che permette di mantenere la potenzialità eruttiva dei denti coinvolti, facilitando successivi interventi ortodontici. Resta comunque necessaria la verifica istologica del tessuto prelevato.

Sono stati illustrati protocolli di trattamento per agenesie dentarie volti a evitare soluzioni protesiche invasive. A questo proposito l'autotrapianto dentario e le occlusioni terapeutiche sono risultati validi strumenti nei giovani pazienti.

Esempi clinici hanno mostrato l'efficacia di approcci combinati in casi complessi: inclusioni, trasposizioni, autotrapianti e recupero di denti inglobati in cisti di grandi dimensioni. La seconda parte ha riguardato le moderne strategie di chirurgia ortognatica nei pazienti con dismorfosi facciali, sottolineando la necessità di collaborazione tra ortodontista e chirurgo. È stato ricordato che l'estetica, sebbene importante, non deve essere l'unica motivazione all'intervento.

Gli obiettivi prioritari restano una corretta occlusione funzionale, la stabilità articolare, la salute parodontale e l'armonia complessiva del volto.

Oggi, protocolli innovativi come il "surgery first" consentono in casi selezionati di intervenire chirurgicamente senza la preparazione ortodontica pre-operatoria, limitando il trattamento ortodontico alla sola fase di rifinitura. Sono stati discussi esempi di chirurgia bi-mascellare per pazienti affetti da OSAS e casi complessi di labio-palatoschisi, che richiedono un approccio multidisciplinare con ortodontista, chirurgo e protesista.

Cinquant'anni di esperienza hanno dimostrato che il successo terapeutico in casi complessi nasce dall'integrazione tra ortodonzia e chirurgia e al tempo stesso tecniche conservative, unite alla sinergia interdisciplinare, permettono oggi trattamenti personalizzati, meno invasivi e orientati sia alla conservazione della funzionalità occlusale che all'estetica del viso.

Dott. Ivano Maltoni
Medico-Chirurgo, Specialista in Ortodonzia
Libero professionista

FIBROSI CISTICA: UNO SGUARDO OLTRE L'ETÀ EVOLUTIVA

16/10/2025

La Fibrosi Cistica (FC) ha conosciuto negli ultimi decenni un'importante svolta, passando da malattia prevalentemente dell'età pediatrica a patologia che interessa in misura significativa una popolazione adulta. Grazie alle innumerevoli terapie sviluppate e implementate con la progressiva conoscenza della fisiopatologia della malattia, alla creazione di centri specializzati nella ricerca e nella cura della FC e soprattutto alle nuove terapie che modulano la produzione della proteina CFTR mutata, oggi più del 60% dei pazienti affetti da FC in Italia è maggiorenne.

La popolazione FC cresce progressivamente soprattutto per l'aumento della sopravvivenza, che si stima possa nei prossimi anni addirittura raggiungere quella della popolazione generale.

Ma anche una maggiore attenzione alla diagnosi in età adulta porta a identificare nuovi pazienti affetti, che in qualche modo erano sfuggiti alla diagnosi in età pediatrica.

Infatti, se dal 2001 (in Emilia Romagna) la diagnosi di FC è possibile grazie allo screening neonatale, bisogna ricordare che precedentemente l'identificazione dei pazienti affetti da FC si basava sulla comparsa di sintomi (soprattutto respiratori e legati a disidratazione e scarsa crescita).

La diagnosi di FC nei pazienti adulti va quindi ipotizzata ed esclusa in presenza di sintomi e segni clinici compatibili.

Dai dati del Registro Italiano FC, emerge infatti come addirittura il 20% delle diagnosi riguardino persone maggiorenti.

Spesso si tratta di forme di malattia lieve-moderata, in quanto le forme più severe si manifestano già nei primissimi anni di vita.

Nel 50% dei maschi la diagnosi tardiva di FC viene posta a partire dal riscontro di infertilità, per l'ostruzione dei dotti deferenti che interessa il 98% dei malati.

Trattandosi di una patologia multiorgano e caratterizzata da estrema variabilità fenotipica, la FC va sospettata anche in caso di poliposi nasali o sinusopatie croniche, pneumopatia bronchiectasica, malnutrizione, pancreatiti ricorrenti, subocclusioni intestinali, epatopatia e altre manifestazioni, spesso in varia combinazione tra loro.

La diagnosi va esclusa naturalmente anche in caso di parentela con pazienti affetti, per l'ereditarietà genetica (trattandosi di malattia a trasmissione autosomica recessiva).

Di fronte a un sospetto clinico, il test del sudore rimane a tutt'oggi il gold standard per la diagnosi. In caso di risultato borderline (Cl 30-59 mmol/L) è indicato approfondimento genetico con test molecolare (NGS) del gene CFTR.

I casi con forte sospetto clinico è opportuno vengano comunque valutati da un centro specializzato nella diagnosi e cura della FC, in quanto vi sono varianti genetiche causative di malattia ma associate a test del sudore normale.

Dott.ssa Elena Spinelli
Dirigente medico SSI Fibrosi Cistica Cesena
Ospedale M. Bufalini - AUSL Romagna

LA VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI

25/10/2025

LE MODIFICHE LEGISLATIVE IN MATERIA DI VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI

(Legge 14.08.2020 n. 113 e D.L. 1.10.2024 n. 137)

Per arginare il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari, sono state approvate varie riforme legislative.

La Legge n. 113/2020 ed il D.L. n. 137/2024 hanno apportato varie modifiche al testo di alcuni articoli del Codice Penale ed a quello di Procedura Penale, per rendere più facile la punizione degli autori delle condotte violente nei confronti dei sanitari.

In particolare, la Legge 113/20 aveva per la prima volta introdotto il reato definito dall'art. 583 quater c.p. come lesioni personali ai danni di personale sanitario, accanto a quella rivolta a danno del personale delle forze dell'ordine.

Si è attualmente stabilito che a chi provochi lesioni personali a danni di un operatore sanitario si applichi la pena della reclusione da due a cinque anni, aumentata da quattro a dieci anni di reclusione per le lesioni gravi e da otto a sedici anni di reclusione per le lesioni gravissime.

Per l'applicazione di queste pene è richiesto che le lesioni siano provocate a danno "nell'esercizio o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso (...)". È quindi necessario che la vittima dell'atto violento stia svolgendo attività assistenziali e quindi sia "in servizio".

È inoltre prevista anche una particolare forma di danneggiamento che si realizza all'interno delle strutture sanitarie (socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali) con violenza o minaccia alle persone: in questo caso è prevista una pena da uno a cinque anni e la multa fino a diecimila euro.

Infine il trattamento sanzionatorio è completato anche dalla norma di procedura penale che estende alle ipotesi sopra descritte anche l'obbligo di arresto.

Un'ultima fattispecie di illecito, di minore gravità e quindi estranea alle ipotesi di reato è quella dell'illecito amministrativo previsto dall'art. 9 della legge 113/2020, che prevede una sanzione amministrativa da 500 a 5.000 euro per chi tiene comportamenti che, pur non costituendo reato, sono comunque "violenti, ingiuriosi, offensivi o molesti", nei confronti del personale sanitario in servizio.

Sono poi previsti anche strumenti non repressivi, come l'istituzione di un osservatorio nazionale sulla sicurezza degli operatori sanitari e socio – sanitari, che dovrebbe avere lo scopo di monitorare il fenomeno e promuovere la ricerca di possibili soluzioni.

Sempre in quest'ottica la norma prevede l'istituzione di una "giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e sociosanitari", fissata per il 12 marzo di ciascun anno.

Avv. Francesco Farolfi
Legale OMCEO FC

LA SALUTE DEI MIGRANTI E LA LORO PRESA IN CARICO

30/10/2025

Equità in salute e determinanti sociali: evidenze e implicazioni operative

La salute delle persone è influenzata da molteplici fattori che vanno oltre la dimensione biologica e l'offerta di assistenza sanitaria.

I modelli teorici sui determinanti di salute e i lavori dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno dimostrato come le condizioni sociali, economiche e ambientali incidano in modo sostanziale sugli esiti di salute. Le disuguaglianze osservate non rappresentano un dato naturale, ma il risultato di processi sociali strutturati e riproducibili nel tempo.

In questo quadro, il concetto di equità in salute si distingue da quello di uguaglianza. L'uguaglianza garantisce pari diritti e pari offerta di servizi, mentre l'equità mira a una giustizia sostanziale, capace di riconoscere e affrontare bisogni differenti.

Le evidenze europee mostrano un chiaro gradiente socioeconomico: a livelli più bassi di istruzione, reddito e accesso alle risorse corrispondono peggiori indicatori di mortalità, morbilità e benessere, sia negli adulti sia nei bambini. In assenza di interventi mirati, tali differenze tendono a persistere e ad ampliarsi lungo il corso della vita.

Le analisi condotte nell'ambito dell'AUSL della Romagna confermano queste dinamiche. In gravidanza, l'eccessivo incremento ponderale e il fumo risultano più frequenti tra le donne con basso livello di istruzione.

Le donne straniere e socialmente più fragili presentano inoltre un rischio maggiore di accesso tardivo ai servizi prenatali e una minore partecipazione ai corsi pre-parto, evidenziando la presenza di barriere informative, culturali e organizzative. Analoghe disuguaglianze emergono nei programmi di screening oncologico. L'adesione agli screening cervicale, mammografico e coloretale è più bassa tra le persone con difficoltà economiche e di cittadinanza straniera.

Il consiglio attivo del professionista sanitario si conferma un fattore determinante per aumentare la partecipazione, sottolineando il ruolo centrale della relazione di cura nel contrasto alle iniquità. Anche l'accesso alle vaccinazioni mostra associazioni con variabili socio-demografiche, indicando come i meccanismi organizzativi possano contribuire a generare differenze evitabili.

Queste evidenze richiamano la necessità di un cambiamento di prospettiva nei servizi sanitari. Un'offerta esclusivamente universalistica rischia di migliorare la salute media senza ridurre il gradiente sociale, mentre interventi limitati ai gruppi più svantaggiati risultano insufficienti. L'approccio dell'universalismo proporzionale, che combina servizi per tutti con una redistribuzione delle risorse in base ai bisogni, rappresenta una strategia più efficace per ridurre le disuguaglianze, con una attenzione particolare ai gruppi più vulnerabili, come ad esempio migranti forzati e senza fissa dimora.

Promuovere l'equità in salute significa infine riconoscere la responsabilità dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie nel monitorare le disuguaglianze, orientare la programmazione e collaborare in modo intersettoriale, al fine di garantire una salute più giusta e accessibile per l'intera popolazione.

Dott.ssa Giulia Silvestrini
Direttore Unità Operativa Complessa
Igiene e Sanità Pubblica AUSL Romagna Sede di Ravenna,
Referente Aziendale Equità AUSL Romagna

MODALITA' DI ACCESSO DEI MIGRANTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'intervento si propone di fornire gli elementi essenziali per il corretto inquadramento dei cittadini comunitari e stranieri rispetto al Servizio Sanitario Nazionale e vederne le modalità di accesso con particolare riferimento ai soggetti particolarmente fragili.

Si è fatto il focus sulle seguenti tipologie di cittadini:

- **Minori stranieri non accompagnati (MSNA):** l'accesso al SSN è garantito da subito attraverso il tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente) con la scelta del medico o del pediatra. Le prestazioni sono erogate in regime di esenzione ticket attraverso il codice di esenzione X24.

Una volta ottenuta la ricevuta della richiesta del permesso di soggiorno per Minore Età, il minore è iscrivibile al SSN con scelta del medico o del pediatra e mantiene l'esenzione ticket X24.

- **Minori comunitari non accompagnati:** l'accesso al SSN viene garantito con l'iscrizione obbligatoria e la scelta del medico o del pediatra e le prestazioni sono erogate in regime di esenzione ticket attraverso il codice di esenzione X24.

- **Richiedenti Protezione Internazionale/Richiedenti Asilo:** l'accesso al SSN dei richiedenti Protezione internazionale inseriti nelle strutture di accoglienza viene garantito fin da subito attraverso il rilascio del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Le prestazioni sono erogate in regime di esenzione ticket attraverso i codici di esenzione X01o X23 a seconda dell'età. Una volta ottenuta la ricevuta della richiesta del permesso di soggiorno per Richiesta Asilo lo straniero è iscrivibile al SSN con scelta del medico e gode dell'esenzione X02 per un periodo di due mesi dalla data di rilascio della ricevuta.

- **Stranieri irregolarmente soggiornanti:** l'accesso al SSN viene garantito attraverso il rilascio del tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente). Sono state illustrate le prestazioni a cui tali cittadini hanno diritto.

- **Cittadini ucraini provenienti dai territori del conflitto:** l'accesso al SSN è garantito da subito attraverso il tesserino STP (Straniero Temporaneamente Presente). Una volta ottenuta la ricevuta della richiesta del permesso di soggiorno per Protezione Temporanea Emergenza Ucraina sono iscrivibili al SSN con scelta medico e godono dell'esenzione X22 tutti coloro che non svolgono attività lavorativa.

- **Cittadini comunitari non iscrivibili:** per cittadini bulgari e rumeni in particolare condizione di fragilità socio-sanitaria può essere rilasciato il tesserino ENI (Europeo Non Iscrivibile) e sono state illustrate le prestazioni a cui tali cittadini hanno diritto.

- **Cittadini italiani senza dimora:** la Legge regionale n. 10/2021 ha riconosciuto a questi cittadini la possibilità di iscriversi al SSN e di scegliere il medico a seguito di presentazione agli sportelli Asl di apposita attestazione dei Servizi Sociali che accertano la condizione prevista dalla normativa.

Sono stati trattati anche i seguenti argomenti:

Iscrizione obbligatoria dei cittadini stranieri e comunitari

Iscrizione volontaria dei cittadini stranieri e comunitari

con illustrazione della documentazione necessaria all'iscrizione SSN rispetto alle varie tipologie

Dott.ssa Rossella Segurini

Referente amministrativa per l'Assistenza Sanitaria agli Stranieri Ausl Romagna

LA RIFORMA DELLA DISABILITÀ NELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA: UN ANNO DOPO L'AVVIO

15/11/2025

TAKE HOME MESSAGE - WHODAS 2.0 e il D.Lgs. 62/2024: un nuovo paradigma nella valutazione della disabilità

Il Decreto Legislativo 62/2024, attuativo della Legge Delega 223/2021, segna un'evoluzione significativa nella valutazione della disabilità, introducendo ufficialmente nella Commissione per la Valutazione di Base il WHODAS 2.0 (con esclusione dei minori) e adottando il modello biopsicosociale dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il WHODAS 2.0, strumento validato a livello internazionale, misura l'impatto delle condizioni di salute sul funzionamento della persona in una prospettiva funzionale, centrata sulle limitazioni nelle attività e nelle restrizioni alla partecipazione. Supera l'approccio nosografico tradizionale, valorizzando l'interazione tra stato di salute, fattori ambientali e personali.

Le risposte sono riferite agli ultimi trenta giorni e possono essere raccolte tramite intervista diretta, autosomministrazione o proxy. Il punteggio, espresso su scala da 0 a 100, viene successivamente convertito in scala da 1 a 5 nella sintesi multidisciplinare delle Unità di Valutazione di Base (UVB).

Tra le principali caratteristiche distintive del WHODAS 2.0 si segnalano:

- neutralità diagnostica (non legato a patologie specifiche)
- approccio universale e multidimensionale
- adattabilità a tutte le condizioni di salute (fisiche, mentali, croniche, acute)
- struttura standardizzata in sei domini di funzionamento
- modalità di somministrazione flessibile (intervista, auto, proxy)
- riferimento temporale degli ultimi 30 giorni
- scala di valutazione soggettiva da 1 (nessuna difficoltà) a 5 (massima difficoltà)
- punteggio totale da 0 a 100, convertibile in scala 1-5 per UVB
- validità transculturale e alta affidabilità psicometrica ($\alpha > .90$)
- durata contenuta (5-20 minuti)
- impiego in équipe multidisciplinari

Dal punto di vista normativo, il certificato medico introduttivo deve includere il WHODAS 2.0 compilato, qualora l'accertamento venga richiesto sulla base degli atti.

Lo strumento non sostituisce la valutazione clinica, ma ne rappresenta un'integrazione significativa, valorizzando la percezione soggettiva della persona e contribuendo alla costruzione di un quadro complesso e condiviso del funzionamento.

L'esperienza operativa della sede INPS di Forlì-Cesena ha mostrato l'efficacia dell'utilizzo del WHODAS 2.0 in quadri clinici complessi come diabete mellito tipo 2, disturbi dello spettro autistico e sclerosi multipla. Lo strumento è stato percepito come utile e accogliente, pur con alcune criticità legate a deficit cognitivi, difficoltà comunicative o alterazioni della consapevolezza.

In sintesi, il WHODAS 2.0 rappresenta uno dei pilastri applicativi della riforma della disabilità. Favorisce una valutazione centrata non solo sulla malattia, ma sul modo in cui la persona vive nel proprio contesto. Permette di promuovere una presa in carico più equa, funzionale, partecipativa e interprofessionale, in linea con i principi della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità e con una medicina orientata alla complessità individuale.

Dott.ssa Arianna Piermarini
Psicologa UVB INPS FC

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) AUSLROMAGNA SUL CARCINOMA GASTRICO TRA PUBBLICO E CONVENZIONATO

20/11/2025

Il 20 novembre, nell'ambito degli incontri dell'Ordine dei Medici, si è svolto l'incontro di presentazione del PDTA aziendale sulla diagnosi e trattamento del carcinoma gastrico ed esofageo. Il percorso è nato dalla collaborazione di 67 professionisti provenienti da Forlì, Cesena, Rimini e Ravenna che hanno partecipato a incontri separati per patologia e successivamente ad incontri comuni per dialogare sui punti che interessavano più branche. Il percorso è stato presentato in forma non ufficiale, ma largamente condiviso, a colleghi delle strutture private convenzionate che erano anche attivamente coinvolti nell'incontro (nello specifico l'endoscopia digestiva di Villa Serena).

Il PDTA è stato poi pubblicato ed è raggiungibile sul sito dell'azienda documenti e pdta: <https://rr.auslromagna.it/trasversale/qualita-governo-clinico-accreditamento/tutti-i-documenti/details/121/1757>

Nel corso della serata, abbiamo discusso assieme a diversi specialisti che hanno contribuito alla creazione del percorso ed ai medici intervenuti all'incontro, a proposito dei pregi e difetti di questo strumento. Sicuramente migliorabile, già ora fotografa lo stato della presa in carico e del trattamento del cancro gastrico che era un tempo estremamente frequente nella nostra area ed ora in calo, con una incidenza di 38 uomini e 20 donne per 100000 abitanti nel 2016, rispetto ai 120 e 68 del 1998.

Il calo sensibile dell'incidenza delle vallate, si è comunque ora ridotto ed osserviamo in area vasta il dato di 116 operati nel 2024 in lieve incremento rispetto al 2023 ma in tendenza alla riduzione. A fronte di questo dato positivo sui pazienti operati, notiamo però un netto aumento delle neoplasie metastatiche, di quelle al terzo superiore dello stomaco ed esofagee che viene rilevato dalla pratica clinica, ma che ancora non è documentato dai dati ufficiali.

Il calo percentuale non ha comunque coinvolto i giovani ora apparentemente in aumento come riportato dai dati di letteratura. Dalla discussione è stato valutato positivamente l'obiettivo della immediata presa in carico del paziente con biopsia positiva, nell'ambito dei day service chirurgico, oncologico o gastroenterologico nei grossi ospedali pubblici per il completamento della diagnosi prima della discussione in ambito multidisciplinare. Grande attenzione deve essere fatta nella richiesta di esami senza le caratteristiche descritte nel PDTA; per esempio l'esecuzione di una TAC senza riempimento gastrico con acqua, rende l'esame inutile e deve essere ripetuto non potendo definire lo stadio della malattia. Anche l'esame istologico senza l'esecuzione dei test di biologia molecolare necessari alla scelta del trattamento oncologico, rallenta il percorso dovendo essere poi nuovamente richiesti presso un altro centro. E' stato presentato lo strumento del gruppo multidisciplinare che si svolge periodicamente e coinvolge oncologi, chirurghi, gastroenterologi, radiologi e si avvale della partecipazione dei nutrizionisti e patologi. Il gruppo multidisciplinare raccoglie pazienti da Forlì-Cesena, mentre altri due gruppi sono presenti a Ravenna e Rimini.

La discussione porta alla definizione dei percorsi diagnostico terapeutici. Nel corso della serata sono stati poi presentati due progetti aziendali; il primo è il progetto Pollicino che coinvolge i pazienti operati allo stomaco invitati a partecipare a 3 incontri al PRIME di Pievesestina per uno scambio di consigli dietetico- nutrizionali con cucina didattica e chef stellati per la ripresa della regolare attività domiciliare mentre il secondo progetto coinvolge i pazienti avviati ad un trattamento oncologico preoperatorio. Questo secondo percorso di preabilitazione viene attivato dall'oncologo. La discussione è stata efficace ed ha concretizzato delle proposte interessanti per il prossimo futuro.

Dott. Paolo Morgagni

**Dipartimento di Chirurgia Generale Ospedale G B Morgagni L Pierantoni Forlì
Coordinatore Aziendale del Gruppo Multidisciplinare su Carcinoma gastrico Auslromagna**

GIOCATTOLI ECO-FRIENDLY, LIBERI DI GIOCARE SENZA PFAS E BISFENOLI, È POSSIBILE?

27/11/2025

VACCINI E MICROPLASTICHE, UN PROBLEMA POCO CONOSCIUTO

La presentazione si focalizzava su una sintesi tossicologica ed epidemiologica, mirata a presentare le evidenze disponibili di come le microplastiche ingerite e incontrate nell'ambiente, possano compromettere i meccanismi biologici necessari per l'efficacia dei vaccini che somministriamo ai pazienti.

1. Il Legame Stabilito: PFAS e Immunosoppressione

L'associazione tra esposizione a PFAS e ridotta risposta vaccinale è confermata e riconosciuta da vari enti regolatori:

Evidenza epidemiologica Studi condotti su umani dimostrano una riduzione quantitativa e dose-dipendente delle concentrazioni anticorpali, in particolare per i vaccini contro tetano, difterite e rosolia.

Quantificazione del rischio Un raddoppio di esposizione ai PFAS (che può provenire da giocattoli e altre plastiche nella vita del bambino/a) nella prima infanzia è correlato a un calo del 19-29% degli anticorpi anti-tetano.

Finestra di vulnerabilità I primi 6 mesi di vita rappresentano il periodo critico (coincidenza tra vaccinazioni e trasferimento materno tramite latte di PFAS).

Validazione agenzie regolatorie L'EPA utilizza la «risposta anticorpale soppressa» come endpoint per stabilire i limiti legali di PFAS nell'acqua potabile.

2. La Minaccia Emergente: disregolazione immunitaria da Microplastiche (MP)

Su queste mancano studi epidemiologici diretti sull'uomo (nessun comitato etico li approverebbe!), l'evidenza meccanicistica (in vitro/in vivo) indica che le MP inducono una disfunzione immunitaria sistemica.

Meccanismi di tossicità Le MP non sono inerti. Causano stress ossidativo, attivazione dell'inflammasoma NLRP3 e uno stato di infiammazione cronica di basso grado («inflamed baseline»).

Compromissione cellulare I macrofagi fagocitano le MP, alterando la loro funzione metabolica; le popolazioni di linfociti T e B (essenziali per la memoria vaccinale) subiscono alterazioni fenotipiche.

Prova di concetto (Citando uno studio su murini) L'esposizione a MP sopprime la risposta innata precoce (giorni 0-2) ed esaspera l'infiammazione tardiva (giorni 6-8), deragliando la sequenza immunitaria necessaria per l'efficacia vaccinale.

3. Vie di Esposizione e Traslocazione

L'impatto diventa sistemico attraverso due vie principali:

Disbiosi intestinale L'ingestione di MP altera il microbioma intestinale, aumentando la permeabilità (leaky gut) e guidando l'infiammazione sistemica.

Accumulo negli organi Le particelle più piccole (nanoplastiche) traslocano dall'intestino al flusso sanguigno, accumulandosi in fegato, reni e cervello.

4. L'Effetto Vettore: tossicità sinergica

L'esposizione real-life è combinata. Le microplastiche agiscono come 'Cavalli di Troia' per altri inquinanti.

Sinergia Le MP adsorbono e concentrano i PFAS sulla loro superficie. Il complesso PFAS-MP risulta

significativamente più tossico dei singoli contaminanti isolati, esacerbando l'immunotossicità e i disturbi metabolici.

Ruolo delle nanoplastiche Le particelle più piccole aggravano la tossicità dei co-contaminanti penetrando le barriere biologiche e rilasciando il carico tossico direttamente nelle cellule.

Conclusione

L'esposizione ubiquitaria a PFAS e microplastiche crea un ambiente immunitario compromesso e disregolato. Questo stato biologico riduce (nei più esposti) la probabilità di una risposta ottimale alla vaccinazione, trasformando un problema ambientale in una minaccia diretta per la salute pubblica e l'efficacia delle campagne di immunizzazione.

L'approccio one-health e l'attenzione all'ambiente è probabilmente l'arma più importante che abbiamo per evitare le disregolazioni immunitarie esposte che mettono a rischio l'efficacia dei vaccini. Infine, proprio per tutto quello che abbiamo visto, non è proprio logicamente possibile che i vaccini siano contaminati con microplastiche, dato che altrimenti non se ne spiegherebbe la loro enorme efficacia e sicurezza quando vengono studiati e commercializzati.

Dott. Angelo Capodici

***Dirigente Medico in Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
AUSL Romagna***

ESPOSIZIONE ALLA PLASTICA E RISCHI PER LA SALUTE

La plastica è onnipresente nelle nostre vite e la sua produzione continua a crescere a livello globale: se oggi viaggiamo intorno ai 450 milioni di tonnellate all'anno, si stima che, in assenza di una regolamentazione adeguata nel 2060 la produzione sarà tre volte l'attuale.

La plastica ha cambiato in meglio la nostra quotidianità purtroppo il 79% di essa viene dispersa nell'ambiente.

La plastica è un materiale organico derivato dal petrolio costituito da polimeri. E' un materiale sintetico non presente in natura, estremamente eterogeneo sia per il monomero di partenza che per una moltitudine di additivi che vengono incorporati nel polimero.

A volte il monomero di partenza è fortemente tossico ed inquinante come il cloruro di vinile e il bisfenolo A. Gli additivi conferiscono specifiche proprietà: colore, flessibilità, stabilità, idro e/o olio-repellenza, la non infiammabilità, la resistenza agli ultravioletti ecc.

Queste innumerevoli molecole veicolate dal materiale plastico sono molto tossiche includono cancerogeni, neurotossine, interferenti endocrini, ftalati, PFAS, ritardanti di fiamma bromidati e organofosfati.

La plastica non è biodegradabile, sono gli agenti fisici, la luce solare, l'acqua, l'usura da frizione, l'abrasione che la frantumano continuamente in particelle più piccole.

La plastica scompare alla vista ma persiste nell'ambiente in particelle inquinanti sempre più piccole. Per convenzione le particelle della dimensione tra 1 micron e 5 millimetri vengono chiamate microplastiche (MP) e quelle di dimensione minore nanoplastiche (NP).

Le microplastiche che interferiscono con la biologia dei mammiferi sono inferiori a 150 micron. Si tratta di piccoli frammenti che negli anni si sono accumulati nell'ambiente creando un grave problema di inquinamento ed un potenziale rischio per la salute.

E' noto che sono presenti in massa in ogni punto del pianeta, sono entrate nella catena alimentare, sono assorbite dalle radici delle piante.

Gli studi sulle acque hanno dimostrato una relazione inversa tra dimensione e numero di particelle, quanto più piccole sono più aumenta il loro numero.

La geometria informa che la riduzione della dimensione della particella aumenta in modo esponenziale la sua superficie di esposizione con potenziale interferenza con recettori e proteine.

Studi recenti hanno dimostrato che particelle di MNP entrano nel nostro corpo attraverso il cibo, l'acqua l'aria e la pelle. Micronanoplastiche sono state riscontrate nel sangue, nella placenta, nel polmone nel fegato, colon, testicoli, così come nelle feci, urine e latte materno.

Allo stato attuale studi in vitro e su animali da laboratorio mostrano che MP e NP causano infiammazione per attivazione del sistema immunitario innato, stress ossidativo ed apoptosi. Questo meccanismo patogenetico è coinvolto in numerose condizioni: invecchiamento, aterosclerosi, Alzheimer, Parkinson, cancro in fase promotiva e progressiva.

Queste plastiche sono vettori per sostanze contaminanti come metalli pesanti, PFAS, interferenti endocrini e microfilm batterico che può aderisce alle particelle.

E' stato pubblicato un importante studio italiano che mostra la presenza di microplastiche nelle placche ateromasiche delle carotidi e come questa presenza possa essere un fattore di rischio per infarto e ictus. Data l'enorme diffusione delle microplastiche e la costante e inevitabile esposizione è urgente rivedere le nostre politiche e le nostre abitudini e puntare ad una drastica riduzione dell'uso e della produzione della plastica.

Dott. Giuseppe Timoncini

Allergologo e Pediatra

**Componente Commissione Ambiente e Salute, Sicurezza Ambienti di lavoro
e Stili di vita, OMCEO Forlì-Cesena**

RUOLO DEI GIOCHI NELLO SVILUPPO INFANTILE, CAMBIAMENTI DOVUTI ALLA TECNOLOGIA DIGITALE E RISCHI PER LA SALUTE

Attraverso il gioco, i bambini acquisiscono competenze fondamentali quali creatività, capacità intellettive e problem solving. Il gioco viene quindi considerato uno spazio privilegiato per l'apprendimento, favorendo l'esplorazione libera, la manipolazione degli oggetti, la sperimentazione e l'ampliamento della conoscenza.

Questo processo permette ai bambini di sviluppare capacità di ragionamento e pensiero deduttivo, critico e creativo.

Negli ultimi trent'anni, lo sviluppo tecnologico ha determinato cambiamenti significativi nel mondo del gioco. I rischi e/o benefici derivanti dall'utilizzo dei Dispositivi Tecnologici dipendono dall'età, dal modo e dal tempo di utilizzo, oltre che dalla qualità delle applicazioni dei videogiochi.

Quando i DT vengono utilizzati in modo corretto e soprattutto con la supervisione dei genitori possono rappresentare uno strumento per potenziare e favorire abilità cognitive e processi di apprendimento, tuttavia, un uso non appropriato è stato associato all'insorgenza di diverse patologie, tra cui ritardi del linguaggio, disturbi cognitivi, del sonno, socio emozionali (aggressività – ansia – irritabilità), osteoarticolari, oltre alla comparsa di malattie cardiovascolari, metaboliche croniche (diabete tipo 2) e obesità.

Appare indispensabile costruire, insieme al genitore, la prima palestra di gioco che diverrà l'elemento caratterizzante la promozione dello sviluppo sensomotorio, valorizzando sempre l'interazione sociale e i giochi di movimento, scegliendo attività semplici, come muoversi, inventare, immaginare e interagire, in modo tale che gli schermi digitali non siano i soli protagonisti dei bambini, promuovendo ad esempio iniziative come: "nati per leggere", che incoraggia la lettura in famiglia sin dalla nascita in modo da influenzare positivamente lo sviluppo intellettuale, linguistico, emotivo e relazionale.

I dispositivi tecnologici non possono che interferire sui processi di crescita psicomotoria: considerando la loro intrusività e la difficoltà a eliminarli del tutto, può essere utile promuovere una genitorialità

responsabile e consapevole. Consigliare ai genitori, di prestare attenzione alle reazioni del proprio bambino (cambiamenti di umore – alterazioni del ritmo sonno/veglia – perdita di interesse per altre attività in particolare scolastiche).

Un suggerimento utile è di stabilire sin dall’inizio delle regole chiare, a partire dal tempo di gioco (evitare l’uso al di sotto dei 18 mesi, limitare l’uso: 20/30 minuti al giorno tra i 6 e i 9 anni, 60 minuti nelle età successive, evitando l’uso prima di andare a dormire).

Il percorso di alfabetizzazione digitale, strutturato e condiviso in ambito familiare, può rappresentare un importante contributo durante la fase prescolare e scolare.

Tale intervento risulta particolarmente utile nell’attivazione di potenziamenti educativi, nella promozione delle competenze linguistiche e nel supporto dei processi di apprendimento, soprattutto nei bambini che manifestano una maggiore vulnerabilità e sono esposti a elevato rischio neuroevolutivo, non dimenticando di riaffermare il **gioco tradizionale, libero e creativo** per una crescita sana e armoniosa dei bambini, fondamentale per mitigare gli effetti negativi dell’esposizione precoce alla tecnologia che d’altro canto offre indubbiamente anche vantaggi e opportunità.

Dott.ssa Isabella Agnoletti

Pediatra di Libera Scelta

***Componente Commissione Ambiente e Salute, Sicurezza Ambienti di lavoro
e Stili di vita, OMCEO Forlì-Cesena***

CHIEDERE SCUSA: DIFFICILE, MA IMPORTANTE ANCHE IN MEDICINA

(da Univadis - Paolo Spriano) Le scuse sono genericamente definite come ‘un riconoscimento rammaricato di un’offesa o di un fallimento; una dichiarazione formale e pubblica di rammarico’. Le scuse fatte con la dovuta trasparenza rappresentano una componente importante per affrontare gli errori medici (1). Le scuse includono il riconoscimento dell’evento e del proprio ruolo in esso, nonché un’espressione sincera di rammarico per la difficile situazione del paziente. Le scuse possono avere profondi effetti curativi per tutte le parti coinvolte. Per il medico, le scuse possono contribuire ad attenuare i sensi di colpa e di vergogna. Per il paziente, possono facilitare il perdono e fornire le basi per la riconciliazione (1). I pazienti danneggiati da incidenti medici sono spesso spinti a ricorrere alle vie legali a causa della mancanza di scuse e di sincerità, piuttosto che dal desiderio di un risarcimento economico. Nonostante i tentativi in diversi Paesi di riformare il concetto di negligenza clinica, i pazienti continuano a ricevere risposte insoddisfacenti e i medici citano il timore di responsabilità legale come motivo principale per non presentare le scuse (2). Una legislazione sulle scuse è stata proposta in Inghilterra e in Galles come possibile soluzione per incoraggiare le scuse, rendendole inammissibili come prova di responsabilità, riducendo così i rischi legali (2). Tuttavia, i critici sostengono che una legislazione sulle scuse potrebbe incoraggiare risposte strategiche e stereotipate anziché un supporto compassionevole incentrato sul paziente.

L’importanza del chiedere scusa

Prove internazionali suggeriscono che ricevere delle scuse ha un impatto positivo sui pazienti e sulle famiglie colpite, perché i pazienti spesso considerano le scuse come la parte più significativa della comunicazione di un errore medico (3). Nonostante ciò, i medici possono ancora temere di offrire delle scuse, pur comprendendo il loro obbligo etico di comunicare che si è verificato un errore. A confermare quanto questi meccanismi abbiano effetti ulteriormente rovinosi è l’illuminante racconto, pubblicato sul Canadian Medical Association Journal, di una madre che descrive la sua straziante esperienza lunga 13 anni nel cercare un risarcimento in seguito al trauma subito dal figlio alla nascita, con successive gravi disabilità neurologiche e fisiche e con conseguenze devastanti per la sua famiglia a livello emotivo e finanziario (4).

L’enorme dolore provato per il figlio ferito in modo catastrofico è stato acuito dall’incapacità della medicina di parlare in modo costruttivo di errori medici con le persone che hanno subito danni e dall’incapacità dei medici di ammettere un errore e scusarsene. Al punto da far concludere il racconto dalla donna con parole su cui riflettere: “Mio figlio, la mia famiglia e io siamo stati profondamente feriti da una professione che ci ha deluso e che poi ha impiegato i mezzi meno costruttivi e più conflittuali possibili per rimediare all’errore.... Venticinque anni dopo, gran parte del danno è irreparabile, ma non tutto. La professione medica potrebbe ancora chiedere scusa” (4).

Questo conferma quanto sia inevitabile per una persona che subisce un torto e non riceve un riconoscimento e delle scuse, provare risentimento e sofferenza, e che questi sentimenti possono inasprirsi nel tempo. Prima si presentano delle scuse, maggiori sono le probabilità di riparazione, perché ai pazienti e alle famiglie non importa molto delle acrobazie mentali che medici e istituzioni sanitarie mettono in atto per evitare contenziosi legali; l’interesse prioritario è che la loro sofferenza venga vista, riconosciuta e compresa (5).

Scuse e responsabilità medica: una relazione conflittuale

Tradizionalmente, individui e organizzazioni sono riluttanti a chiedere scusa in ambito sanitario dopo un evento negativo e, in molti casi, gli avvocati sconsigliano di farlo (6). In diversi contesti sanitari (es. Canada e Stati Uniti) le scuse sono considerate rischiose per due motivi principali: in primo luogo, il rischio che le scuse vengano percepite come un’ammissione di colpa o di responsabilità e, in secondo luogo, il rischio che le scuse annullino la copertura assicurativa di responsabilità civile (6). Tuttavia, è ampiamente riconosciuto che rivelare gli eventi avversi e scusarsi con i pazienti danneggiati sia la cosa

etica da fare, indipendentemente dal fatto che ciò riduca o aumenti i tassi di contenzioso (6). Per far fronte alle esigenze contrastanti tra gli imperativi etici e di sicurezza della divulgazione delle scuse e il forte istinto a rimanere in silenzio per paura di incitare ad azioni legali per negligenza, in diverse realtà sanitarie sono state progettate leggi sulle scuse finalizzate a ridurre le preoccupazioni relative alle implicazioni legali conseguenti. Dal 2006, in Canada, è stata introdotta una Legge sulle scuse che, se applicata in ambito clinico, impedisce che le scuse fornite dai medici a pazienti e familiari a seguito di un evento avverso vengano prese in considerazione in qualsiasi determinazione di colpa o responsabilità, e che annullino, compromettano o influiscano in altro modo sulla copertura assicurativa di responsabilità civile (3). Poiché la definizione di «scuse» include «parole o azioni [che possono] ammettere o implicare un'ammissione di colpa», la legge tutela non solo le dichiarazioni di solidarietà o rammarico dei medici («Mi dispiace che ti sia successo»), ma anche le dichiarazioni di colpa («Abbiamo commesso un errore e ci dispiace per la sofferenza che ti ha causato»). Tuttavia, c'è molto scetticismo sul fatto che la legislazione sulle scuse possa portare a miglioramenti sostanziali nell'esperienza dei pazienti a seguito di un evento avverso (3).

Scuse curative per chi le riceve e per chi le fa

L'esistenza di una legislazione sulle scuse non fa sì che automaticamente i medici si sentano liberi di chiedere scusa quando accade qualcosa di brutto, soprattutto in una cultura che utilizza «i mezzi meno costruttivi e più conflittuali possibili per affrontare... l'errore» come ha affermato McGregor nel racconto della sua tragica esperienza (4). Sarebbe necessario un cambio di paradigma centrato sulla consapevolezza che le scuse possono essere curative anche per chi le offre, e che il consiglio di proteggersi non scusandosi potrebbe deludere chi ha sbagliato. Ciò che servirebbe è l'accettazione da parte di medici, enti regolatori e leader del sistema sanitario dell'importanza delle scuse per tutte le parti coinvolte in un errore medico (5). Ossia, accettare il fatto che le scuse riducono il danno aggravato per le vittime primarie, ma possono supportare il benessere mentale di chi ha sbagliato (secondo vittime) e che potrebbero ridurre i loro errori futuri (5). Il concetto di «seconda vittima» è emerso più di vent'anni fa per riconoscere che gli operatori sanitari coinvolti in incidenti in cui i pazienti vengono danneggiati da errori umani o di sistema, a loro volta possono essere influenzati negativamente e danneggiati psicologicamente (7). Per un medico scusarsi per un errore è una delle conversazioni più complesse e difficili da affrontare nell'assistenza sanitaria ed è improbabile che, senza una buona formazione e un adeguato supporto, la legislazione sulle scuse abbia un impatto significativo sul comportamento dei professionisti sanitari (3, 5).

1. MacDonald N, Attaran A. Medical errors, apologies and apology laws. *CMAJ*. 2009 Jan 6;180(1):11, 13. doi: 10.1503/cmaj.081997

2. Sim SW, Krishna LKR, Porter G. Saying 'I'm sorry' at the bedside: when and why should apologies following medical mishaps be protected from legal liability? *Med Law Rev*. 2025 Jan 4;33(1):fwaf011. doi: 10.1093/medlaw/fwaf011

3. McLennan S, Rich LE, Truog RD. Apologies in medicine: legal protection is not enough. *CMAJ*. 2015 Mar 17;187(5):E156-9. doi: 10.1503/cmaj.131860

4. McGregor L. Unspoken wounds: a mother's experience of medical error. *CMAJ*. 2025 Aug 10;197(27):E815-E816. doi: 10.1503/cmaj.250081

5. Patrick K. The importance of saying sorry when things go wrong in health care. *CMAJ*. 2025 Aug 10;197(27):E813-E814. doi: 10.1503/cmaj.251210

6. Schiff G, Griswold P, Ellis BR, Puopolo AL, Brede N, Nieva HR, Federico F, Leydon N, Ling J, Wachenheim D, Leape LL, Biondolillo M. Doing right by our patients when things go wrong in the ambulatory setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2014 Feb;40(2):91-6. doi: 10.1016/s1553-7250(14)40011-4

7. Vanhaecht K, Seys D, Russotto S, Strametz R, Mira J, Sigurgeirsdóttir S, Wu AW, Pölluste K, Popovici DG, Sfetcu R, Kurt S, Panella M; European Researchers' Network Working on Second Victims (ERNST). An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 15;19(24):16869. doi: 10.3390/ijerph192416869

L'ASCOLTO DEL PAZIENTE NELLA PRATICA CLINICA

(da Univadis - Paolo Spriano) L'ascolto in medicina (ma non solo) è un elemento essenziale per una comunicazione efficace e rappresenta un processo attivo e dinamico che richiede uno sforzo intenzionale affinché i segnali verbali e non verbali non vengano fraintesi (1). L'ascolto si distingue dal processo fisiologico dell'udito, una semplice risposta cerebrale automatica con una richiesta di sforzo minimo, perché è intenzionale, attivo e finalizzato alla comprensione del significato.

L'ascolto attivo richiede di prestare attenzione non solo a ciò che viene raccontato (la storia), ma anche all'uso sfumato del linguaggio, della voce e del corpo (1). In campo medico, la potente influenza dell'ascolto nel relazionarsi con gli altri lo rende un elemento fondamentale per migliorare la qualità del servizio sanitario e l'esperienza complessiva di cura dei pazienti (2).

Tuttavia, un ascolto attento e senza fretta non è un'abilità semplice da implementare nella pratica clinica, in particolare per professionisti che si trovano ad operare in contesti di cura ambulatoriali o ospedalieri frenetici dove la relazione con il paziente si struttura su tempi sempre più brevi di visite e colloqui in nome di una maggior efficienza dei processi sanitari (3). Un'assistenza medica compressa comporta il rischio reale di fornire un trattamento inefficace o indesiderato, perdendo potenzialmente la prospettiva del paziente, il che potrebbe alterare un piano di trattamento, oltre a far sentire l'individuo inascoltato e non apprezzato (4).

Il valore dell'ascolto

L'ascolto, in campo sanitario, mira a riconoscere i sentimenti e le esperienze dei pazienti e a incoraggiarli a continuare a comunicare, rafforzando così la relazione medico-paziente. I momenti di ascolto che caratterizzano la professione medica sono svariati come, ad esempio ascoltare durante la raccolta dell'anamnesi o l'esecuzione dell'esame fisico. Quando i medici cercano e ascoltano i pazienti e i loro suggerimenti, adottano uno spirito di collaborazione, mettendo in comune l'esperienza del medico con l'autoconoscenza, le preferenze e i valori del paziente per raggiungere un processo decisionale e una fiducia reciproci (5).

Ascolto: modelli possibili nella pratica

L'ascolto attivo basato sui valori è stato analizzato in un articolo pubblicato sui *Mayo Clinics Proceedings* sui diversi modelli possibili nella pratica clinica (3). Il pensiero degli autori alla base della riflessione è stato che integrare l'ascolto basato sui valori nei sistemi sanitari non è solo un ideale teorico ma una necessità pratica, poiché la fiducia è essenziale nell'assistenza sanitaria e dipende da questo.

L'ascolto diretto - Ciò che una persona può condividere, che si tratti di un paziente o di un medico, cambia in base alla vicinanza fisica e alla disponibilità percepita dell'ascoltatore. Non c'è confronto tra ciò che un medico può apprendere nella privacy di una sala visita, con un ascolto di prossimità, rispetto a quello che può essere comunicato tramite una cartella clinica elettronica (3).

L'ascolto curioso - Coinvolgere la curiosità nell'ascolto dei pazienti consente una risoluzione dei problemi realmente collaborativa. Questo valore può essere trasmesso non solo attraverso un linguaggio misurato, ma anche prestando attenzione ai segnali non verbali. I medici che utilizzano un linguaggio del corpo positivo nelle interazioni con i pazienti (avvicinandosi, annuendo, sedendosi quando possibile, mantenendo il contatto visivo), evitano interruzioni premature e pongono le domande giuste nel modo giusto, facilitano un dialogo sincero e senza fretta, elementi chiave per un'assistenza attenta e gentile (6).

L'ascolto terapeutico – Saper ascoltare rafforza il senso di sicurezza dei pazienti. L'ascolto terapeutico è caratterizzato dal saper valorizzare l'autoconoscenza e le emozioni dei pazienti, dall'offerta di un'attenzione incondizionata, dall'assenza di giudizi, dal porre domande aperte, dal mostrare

comprensione riassumendo i punti chiave, consentendo ai pazienti di esprimersi (1).

L'ascolto in ambiente dedicato – E' l'importanza del design e dello spazio per l'ascolto. Stanze condivise e spazi ristretti possono rendere difficili le conversazioni private, ma anche in queste condizioni, un gesto come il sedersi può avere un impatto profondo. I medici che si siedono per ascoltare i loro pazienti sono considerati più premurosi, educati e informati; percepiti come ascoltatori migliori e come se avessero dedicato più tempo all'ascolto (7).

Punti di attenzione per la pratica

L'ascolto caratterizzato da genuina curiosità, prossimità e compassione permette ai medici di costruire fiducia e migliorare la qualità dell'assistenza.

L'ascolto basato sui valori riflette un approccio gentile e nessun servizio più dell'assistenza sanitaria richiede gentilezza.

Danaher TS et al. Improving How Clinicians Communicate With Patients: An Integrative Review and Framework. *J Serv Res* 2023;26(4):493-510.

Balik B et al. "10 Years After to Err is Human: Are We Listening to Patients and Families Yet?" *Focus on Patient Safety* 2010;13 (1) : 1-8.

Berry LL et al. The Value - and the Values - of Listening. *Mayo Clin Proc.* 2025 Jul 28:S0025-6196(25)00311-8.

Awdish RL et al. Making time to really listen to your patients. *Harvard Business Review*, 2017;9.

Barry MJ et al. Shared decision making—pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 2012 Mar 1;366(9):780-1.

Ballard DI et al. Unhurried Conversations in Health Care Are More Important Than Ever: Identifying Key Communication Practices for Careful and Kind Care. *Ann Fam Med.* 2024 Nov-Dec;22(6):533-538.

Orloski CJ et al. Grab a Seat! Nudging Providers to Sit Improves the Patient Experience in the Emergency Department. *J Patient Exp.* 2019 Jun;6(2):110-116.

LE ABBREVIAZIONI STANNO DANNEGGIANDO LA COMUNICAZIONE MEDICA?

(da Univadis - Carla Vorsatz) Nella medicina esiste una certa fissazione per l'economia linguistica. Cartelle cliniche piene di acronimi incomprensibili, articoli scientifici che sembrano zuppe di lettere, presentazioni a congressi in cui metà del pubblico cerca di decifrare il significato di quella specifica combinazione di consonanti con o senza vocali, con la raffinatezza di mescolare maiuscole e minuscole ovunque, all'inizio, nel mezzo e/o alla fine. Niente di più estraneo alle lingue latine.

È come se esistesse un tacito accordo secondo cui scrivere per esteso sarebbe una perdita di tempo, un lusso o un'inutilità, quasi uno spreco di inchiostro o di pixel. Il problema è che questo accordo non è mai stato realmente concordato. Almeno non con chi conta davvero: il lettore.

La fretta ha le sue ragioni. Quando un medico sta prendendo appunti personali alle tre del mattino durante un turno di guardia, abbreviare ha perfettamente senso. È una scrittura per se stessi, veloce, funzionale e utilitaristica.

Nessuno oltre a chi scrive ha bisogno di capire ciò che è scritto. Il problema inizia quando questa abitudine, nata da una necessità pratica e legittima, migra in territori dove non dovrebbe essere: testi scientifici, articoli di revisione, protocolli istituzionali, materiali didattici, cartelle cliniche dei pazienti, risposte a pareri, referti medici eccetera.

In questi contesti, l'abbreviazione non è più una soluzione, ma diventa il problema, con ripercussioni anche legali.

Ci sono casi di giudici che, trovandosi di fronte a un documento medico contenente solo un acronimo, hanno immediatamente scartato l'intero documento, perché si sono sentiti offesi. Giustamente. È una grave mancanza di considerazione, poiché nessuno ha l'obbligo di decifrare gli acronimi.

Anche perché la caratteristica principale di un testo medico o scientifico non è la sua brevità, bensì la sua comprensibilità. È la trasmissione chiara, inequivocabile e accessibile della conoscenza. E le sigle non trasmettono conoscenza, ma la codificano. Richiedono che il lettore padroneggi già il codice. Chi non lo padroneggia rimane fuori, spettatore di una conversazione alla quale è stato invitato d'onore. Questo è, come minimo, un paradosso.

E c'è qualcosa di profondamente irrispettoso in questo.

Quando un testo è pieno di abbreviazioni, il messaggio implicito è: «Se non sai cosa significa, è un problema tuo». Il lettore — che può essere uno studente del settore sanitario, un professionista di un'altra specialità, un paziente che cerca di capire la propria malattia o un familiare di un paziente che desidera informarsi meglio — si sente sminuito, escluso e disprezzato; in altre parole, trattato senza la dovuta considerazione.

E questo sentimento è giustificato. Il linguaggio ermetico non è segno di sofisticazione, ma di pigrizia intellettuale mascherata da efficienza.

Ogni lingua ha i suoi codici.

E quando pensiamo di aver imparato il codice, sorge un altro problema: la polisemia.

Il numero di acronimi e abbreviazioni in medicina è cresciuto così tanto che il groviglio di lettere ha iniziato a ripetersi, a competere, a significare cose diverse a seconda del contesto e della lingua. Si prende un innocente acronimo di tre lettere e si scopre che può significare dieci cose diverse. In specialità diverse, in Paesi diversi, a volte anche nello stesso reparto. Ciò che dovrebbe semplificare finisce per complicare.

Ciò che dovrebbe far risparmiare tempo finisce per richiedere paragrafi di contestualizzazione. È la soluzione che si è ritorta contro la chiarezza.

Non stiamo esagerando. Prendiamo un acronimo che tutti conoscono: DNA.

La maggior parte dirà che è l'acronimo di acido desossiribonucleico in inglese (*desoxyribonucleic acid*), e molto probabilmente avrà ragione, ma solo nel campo della salute in inglese, potrebbe anche essere:

- Acido desossiribonucleico/Acido desossiribosico (biologia, istologia, embriologia, biologia cellulare, genetica)
- Delaware Nurses Association (infermieristica, rivista scientifica)

- Dermatology Nurses' Association - Associazione infermieri dermatologi (dermatologia, infermieristica, organizzazione)
- Non ha risposto - «Did Not Answer» (chat, e-mail, forum, comunicazione con il paziente)
- Non si è presentato -»Did Not Appear«(medicina, odontoiatria, veterinaria, appuntamento fissato)
- Non arrivato -»Did Not Arrive« (medicina, odontoiatria, veterinaria, appuntamento fissato)
- Non presente -»Did Not Attend«(medicina, odontoiatria, veterinaria, appuntamento fissato)
- Non tentato - «Did Not Attempt» (genetica)

Pubblicità

E se questo accade con il famoso e ormai codificato DNA, che dire allora delle altre sigle meno utilizzate?

Ma il vero pericolo delle abbreviazioni non sta nella confusione burocratica o nel disagio del lettore disinformato; sta nel troncamento del pensiero. Esistono termini per esteso la cui stessa costruzione è descrittiva, informando sul loro motivo d'essere.

Dire che «l'AIDS non è causata dall'HIV» sembra quasi plausibile (in un contesto negazionista) se non ci si ferma a riflettere e, soprattutto, senza spiegare ai meno informati il significato delle sigle. Ma provate a dire: «La sindrome da immunodeficienza acquisita non è causata dal virus dell'immunodeficienza umana».

La contraddizione salta agli occhi.

Scrivere per esteso costringe il cervello a elaborare i termini, collegare i concetti, percepire le incongruenze e dedurre il significato del testo. Le sigle anestetizzano il pensiero critico, poiché possono essere semplicemente saltate, facilitando così il passaggio inosservato di assurdità e distorsioni.

Ciò è particolarmente problematico quando si tratta di termini in altre lingue. Importare acronimi inglesi in testi in altre lingue — una pratica così comune da non destare più alcuno stupore — aggiunge un ulteriore livello di opacità. Il lettore non solo deve sapere cosa significa l'acronimo, ma anche in quale lingua è scritto, da dove proviene e qual è la traduzione corretta.

È chiedere troppo. È trattare la comunicazione scientifica come se fosse un club chiuso dove possono entrare solo coloro che hanno memorizzato il dizionario giusto.

Dire che è esagerato e che tutte le sigle straniere usate in medicina provengono dalla lingua inglese dimostra scarsa cultura medica.

Sicuramente sapete cos'è l'LSD. Ma sapete che l'acronimo deriva dal tedesco? Pochi sanno che è l'acronimo di *Lysergsäurediethylamid*, ovvero dietilamide dell'acido lisergico, che lo caratterizza immediatamente come un **sostantivo femminile** (la dietilamide...) e, quindi, l'acronimo dovrebbe essere preceduto da un articolo determinativo femminile: **la** LSD.

Avete visto la trappola?

Non conoscendo il termine abbreviato dall'acronimo, il medico gli attribuisce un altro genere e lo pronuncia in modo errato: lo LSD. Perché? Perché è un acronimo. Se il termine fosse stato scritto per esteso, gli attori delle pubblicazioni mediche — medici, traduttori specializzati, revisori, correttori di bozze, giornalisti scientifici e redattori — avrebbero già provveduto a tradurre il termine e non ci sarebbero stati equivoci.

Potremmo parlare anche dei termini francesi (*torsades de pointe* o *torsades de pointes*, entrambe le grafie sono corrette), incorporati nel linguaggio medico, ma sono talmente tanti che è meglio tornare al nostro ragionamento.

E qui arriviamo al nocciolo della questione: per chi stiamo scrivendo, o, come direbbe lo specialista di marketing digitale, chi è il nostro avatar?

Se la risposta è «scriviamo per impressionare i colleghi che sanno già tutto» o «per dimostrare che so», allora continuate pure con le vostre sigle, i vostri acronimi impenetrabili, il vostro linguaggio in codice. Ma se la risposta è «per trasmettere conoscenza, per insegnare, per includere, per chiarire e condividere» — come dovrebbe essere —, allora è più che ora di ripensare questa economia linguistica che, alla fine dei conti, risulta molto costosa.

Scrivere per esteso non è una perdita di tempo. È un investimento nella chiarezza. È rispetto per il lettore. È impegno verso una comunicazione efficace. È riconoscere che la medicina non ha bisogno

di ulteriori barriere linguistiche, che ha già abbastanza barriere nella complessità inerente alla conoscenza che produce.

La torre d'avorio

Da tempo ormai è diventata leggendaria l'immagine del medico rinchiuso nella sua torre d'avorio, circondato da campioni di scheletri umani e pezzi immersi nel formaldeide in barattoli di vetro sulla sua libreria piena di libri.

Il medico dispone attualmente di complessi laboratori di analisi cliniche e di esami di imaging per confermare le ipotesi diagnostiche, che a volte portano alla luce risultati insospettabili che possono aiutare a chiarire il caso.

Tuttavia, la sua mentalità non è cambiata. La medicina, nel suo complesso, non dialoga con la società e poco le importa che la società non riesca a dialogare con lei a causa dell'impenetrabilità del suo linguaggio.

Non mi riferisco ai termini tecnici, ma alle espressioni idiomatiche, ai calchi linguistici inadeguati, ai falsi amici che alterano il significato e alle sigle e agli acronimi che vengono utilizzati, rendendo la vita impossibile agli interpreti di conferenze, solo per citare un esempio.

Classicamente, il linguaggio medico nelle lingue romanze, come la nostra, deriva dal greco, passando per il latino classico e assumendo le caratteristiche di ciascuna delle nostre lingue moderne. Questo è naturale. Ogni mestiere ha il suo linguaggio peculiare, e nessuno può lamentarsi se il capitano dice 'dritta', 'manca', 'prua' e 'poppa'. È un linguaggio caratteristico che mira a evitare errori e confusione; questo linguaggio deve essere preservato.

Ma chiamare 'farmaco' una 'droga' significa sovvertire la comunicazione con la società, per la quale 'droga' ha altri significati, alcuni dei quali non molto nobili.

Usare acronimi, diversi per frase, con la scusa di rendere il testo non ripetitivo è un controsenso di fronte alle cattive traduzioni dall'inglese che affollano i testi medici di termini come 'includere', 'sviluppare' e simili, facendo a gara per creare paragrafi che contano il maggior numero di questi vocaboli e dei loro derivati. Questa sì che è ripetizione *ad nauseam*. Ma nessuno protesta per questo: solo contro l'estensione di ciò che può essere abbreviato.

La serietà che ci si aspetta dai medici e dagli operatori sanitari non è l'opposto della gioia, ma l'opposto della leggerezza. L'esercizio della medicina non ammette leggerezza, ma fiorisce nella gioia.

E la scrittura medica non deve essere enigmatica per essere seria. Deve essere inequivocabilmente comprensibile.

QUANDO L'ASSISTENZA SANITARIA NON È UGUALE PER TUTTI: LA SFIDA DEI MIGRANTI IN EUROPA

(da Univadis - Luca Arfini) In un ambulatorio affollato di Milano o nella sala d'attesa di un ospedale di Berlino, nei sistemi sanitari europei si sta delineando una nuova realtà. La popolazione di migranti internazionali del continente, che attualmente conta 94 milioni di persone e continua a crescere, porta con sé innumerevoli storie e una straordinaria varietà di lingue, credenze e aspettative in materia di assistenza sanitaria. L'Europa ospita la più grande comunità di migranti internazionali al mondo, secondo i dati del 2024, e questa comunità sta cambiando il significato stesso di assistenza sanitaria e chi ne beneficia.

La sfida, e la promessa, sono chiare: con l'Europa che diventa ogni anno più diversificata, sarà in grado di costruire sistemi sanitari che non solo siano disponibili per tutti, ma anche accessibili, comprensibili e realmente accoglienti?

Mentre le statistiche ufficiali e le interruzioni causate dalla pandemia rivelano le crepe nella capacità di presa in carico della salute, la prova più profonda è se i sistemi sono in grado di vedere, ascoltare e soddisfare le esigenze dei pazienti che parlano lingue diverse, provengono da tradizioni sconosciute e troppo spesso si sentono esclusi prima ancora di varcare la soglia. La ricerca in corso e l'esperienza vissuta sul campo evidenziano sia ostacoli di lunga data che risposte innovative: lezioni che l'Europa non può permettersi di ignorare.

Lacune linguistiche, informazioni perse

Chiara Allegri, ricercatrice post-dottorato presso l'Università Bocconi di Milano ha scoperto che la lingua è ancora il primo ostacolo che molti migranti devono affrontare. «Esaminando 22 studi che hanno chiesto direttamente ai migranti quali fossero gli ostacoli all'assistenza sanitaria, abbiamo scoperto che circa il 30% del campione intervistato aveva problemi linguistici», ha spiegato.

Queste difficoltà iniziano molto prima che il paziente si rechi dal medico. Mamata Pandey, ricercatrice presso la Saskatchewan Health Authority in Canada, ha spiegato: «Se non si parla correntemente la lingua locale, può essere difficile scoprire l'intera gamma di servizi sanitari disponibili».

Michael Knipper, professore di Salute globale, migrazione e scienze umane mediche presso l'Università di Giessen, in Germania, ha aggiunto che è un errore comportarsi come se la maggior parte dei pazienti conoscesse, o dovesse conoscere, la lingua nazionale. «Non possiamo aspettarci che parlino la lingua locale, soprattutto quando non stanno bene. Quando si è malati, si è spaventati, nervosi e, anche se si conosce un po' la lingua locale, potrebbe non essere possibile conoscere i termini specifici relativi alla propria malattia», ha affermato.

Le difficoltà di comunicazione vanno oltre la grammatica e il vocabolario. Allegri ha sottolineato che anche i migranti con alcune competenze linguistiche spesso non sanno come trovare un medico di base, a quali servizi hanno diritto o come orientarsi in un nuovo sistema sanitario. «In tutti gli studi che hanno esaminato questa barriera, circa il 60-70% dei migranti ha riferito difficoltà nel comprendere il funzionamento del sistema sanitario. Questa mancanza di informazioni e comprensione è un ostacolo significativo all'accesso alle cure».

Il ruolo della cultura — e il costo della sua mancanza

Per Pandey, la sensibilità culturale può rappresentare un ostacolo tanto grande quanto la lingua. «In alcuni Paesi e culture esistono alternative alla farmacologia standard, come erbe medicinali, rimedi tradizionali e persino esercizi specifici. Se non si proviene da quella cultura, è possibile che non se ne sia a conoscenza. Inoltre, i pazienti potrebbero esitare a menzionarli, temendo che il loro medico non capisca perché desiderano utilizzare questi rimedi insieme ai farmaci prescritti», ha spiegato.

A volte la posta in gioco è particolarmente alta. In Italia, i tassi di mutilazione genitale femminile sono aumentati a causa della migrazione e Allegri avverte che la maggior parte degli operatori sanitari non ha la formazione necessaria per rispondere a questo fenomeno. «Gli operatori sanitari dovrebbero

ricevere una formazione specifica su come comunicare con le donne in modo non giudicante, affinché queste si sentano sicure nel discutere argomenti come la mutilazione genitale femminile. Si tratta di argomenti molto delicati e occorre essere preparati ad affrontarli in modo approfondito».

Competenza, non solo compassione

Cosa serve affinché un sistema sanitario soddisfi realmente le esigenze delle persone? Per Knipper, si tratta di un'autentica autoanalisi e di una riflessione continua. «Competenza culturale significa ascoltare le persone e avere la capacità di riflettere sinceramente sui propri stereotipi, preconetti e pregiudizi. Significa essere aperti al dialogo con gli altri, non solo parlando, ma anche ascoltando e ponendo le domande giuste. Richiede di guardare oltre la cultura stessa per comprendere cosa è in gioco per le persone, comprese le loro paure, preoccupazioni e sofferenze».

Nonostante l'importanza fondamentale di queste competenze, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità osserva che non esiste ancora una formazione coerente e standardizzata in materia di competenza interculturale nei sistemi sanitari. Molte facoltà di medicina offrono alcuni materiali sulla diversità, ma ciò che viene insegnato e il modo in cui viene valutato variano notevolmente.

La lezione da trarre è che i workshop isolati non sono sufficienti. «Dobbiamo riconoscere che le competenze sociali culturali e strutturali, così come le competenze etiche, non sono qualcosa che può essere trattato in un unico corso e poi considerato completo. Si tratta piuttosto di introdurre conoscenze teoriche e altre competenze essenziali, per poi applicarle e ricevere feedback e formazione continua. Questa è la chiave», ha affermato Knipper.

Strumenti pratici e cambiamenti politici

Per rendere reale l'equità occorrono soluzioni pratiche, non solo ideali. Allegrì osserva che molti migranti in Italia non si sottopongono agli screening oncologici perché non sanno che sono gratuiti o disponibili. «Ecco perché fornire informazioni scritte, come opuscoli in più lingue, può essere davvero utile. Anche l'uso di immagini per trasmettere informazioni scientifiche può contribuire a una comunicazione più trasparente, raggiungendo anche coloro che non parlano bene la lingua locale», ha affermato.

Pandey indica soluzioni concrete che fanno la differenza al capezzale del paziente. «Gli operatori sanitari possono usare diagrammi e un linguaggio semplice per spiegare le cose direttamente ai pazienti. Per esempio, quando prescrivono un farmaco, potrebbero usare dei diagrammi per mostrare che due pillole blu devono essere assunte dopo i pasti.

Questo approccio sembra funzionare bene se abbinato a controlli regolari sui pazienti per assicurarsi che abbiano compreso», ha affermato.

L'accesso linguistico richiederà investimenti. Knipper sostiene la necessità di riforme strutturali che garantiscano a tutti i pazienti l'accesso ai servizi di interpretariato, mentre Allegrì suggerisce l'interpretariato telefonico o video per raggiungere più persone in modo efficiente. Per Pandey, è fondamentale che gli interpreti non siano solo bilingui, ma anche culturalmente consapevoli. «Dovrebbero sapere come discutere di termini medici tenendo presente che le informazioni condivise dalle persone possono essere riservate e private», ha affermato.

La sfida dell'assistenza sanitaria ai migranti in Europa può sembrare ardua, ma queste esperienze dimostrano che l'adattamento è possibile e necessario. Solo riconoscendo la complessità del problema e adottando soluzioni flessibili e creative, i sistemi sanitari europei potranno mantenere la promessa di assistenza per tutti.

IL TRATTAMENTO DEL DOLORE MEDIANTE OSSIGENO OZONO TERAPIA NEL PAZIENTE OPERATO DI PROTESI TOTALE AL GINOCCHIO

Introduzione

I pazienti operati di Protesi Totale di Ginocchio seguono un percorso riabilitativo lungo ed impegnativo, solo una parte di essi sviluppano progressive difficoltà e limitazioni nel recupero funzionale. In pratica a 2 mesi dall' intervento una serie di pazienti presentano uno scarso risultato clinico caratterizzato da dolore al carico, limitazione nella escursione articolare, sensazione di rigidità del ginocchio, termotatto positivo e dolore peri cicatriziale.

In tutti questi casi le caratteristiche cliniche sono quelle di una reazione infiammatoria dei tessuti molli peri articolari delle strutture tendinee, ligamentose e sottocutanee peri cicatriziali (CALOR, DOLOR, RUBOR e FUNCTIO LESA).

Bisogna fare una precisazione: fra i pazienti con dolore dopo intervento di protesi di ginocchio sono presenti anche i casi di infezione protesica post chirurgica. Questi pazienti necessitano di terapie assai complesse ed articolate (anche con ossigeno ozono terapia locale e sistemica); proprio per questa fondamentale differenza nosologica (diversa causa del dolore) e prognostica (tempi di guarigione e sequele ben più gravi) questi casi non fanno parte del gruppo di pazienti osservati.

La letteratura scientifica fino ad ora non ha riportato risultati circa il trattamento di questa problematica con l' Ossigeno Ozono terapia, ma ha prodotto numerosi studi scientifici sul trattamento di un' altra condizione infiammatoria del ginocchio: la Osteo Artrosi di Ginocchio (OAG).

Il razionale scientifico di tutti i lavori pubblicati è che l'ossigeno ozono terapia abbia un importante effetto antinfiammatorio ed antidolorifico sui tessuti articolari e peri articolari (§Bibl. da 1 a 27)

Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'efficacia di una tecnica di ozono terapia nel trattamento dei pazienti con protesi dolorosa del ginocchio (non infetta) a breve distanza dall' intervento chirurgico.

Sono state eseguite infiltrazioni sottocutanee peri articolari con la miscela gassosa di Ossigeno Ozono: il gas si spande e diffonde nel sottocutaneo entrando in contatto velocemente con i tessuti molli esplicando le proprie attività terapeutiche, la velocità di diffusione della miscela gassosa è di gran lunga superiore alla infiltrazione locale di farmaci in soluzione liquida.

NON sono invece state eseguite infiltrazioni intra articolari perché una volta impiantata una protesi con componenti metalliche e con spaziatore in polietilene non sono più presenti all' interno della articolazione le superfici cartilaginee e viene quindi a mancare il bersaglio stesso del prodotto infiltrato, ma soprattutto perché è risaputo ed universalmente condiviso in campo ortopedico che le infiltrazioni intra articolari sono bandite in articolazioni protesizzate per il rischio di contaminazione batterica.

La tecnica utilizzata è presente nelle linee guida della SIOOT (§Bibl. 28-29) per il trattamento della OAG presenta caratteristiche di sicurezza indiscutibili e non necessita di apparecchiature ecografiche per essere praticata.

Per ogni paziente è stato eseguito un ciclo di 10 sedute settimanali di infiltrazioni sottocutanee peri articolari di Ossigeno Ozono e ne è stata valutata la efficacia clinica.

Durante questo periodo di trattamento al paziente è stato ovviamente prescritto di proseguire con la terapia fisica (allenamento e rieducazione del passo, esercizi di estensione e di flessione attivi e passivi, massaggi muscolatura , scollamento della cicatrice).

Materiali e metodi

A partire dal settembre 2020 sono giunti alla mia attenzione 48 pazienti (17 maschi e 31 femmine) operati di Protesi Totale di Ginocchio ad una distanza media di 70 gg (minimo 50 giorni - massimo 105 giorni) dall'intervento chirurgico.

Tutti i pazienti lamentavano dolore al carico ed anche a riposo, difficoltà a muovere il ginocchio operato, a camminare, a salire o scendere le scale

All'esame obiettivo le ginocchia apparivano con termotatto positivo, con aderenze cicatriziali e variabile limitazione dolorosa alla completa estensione ed alla flessione

Sono stati raccolti con semplici indici clinici le misurazioni delle manifestazioni tipiche del processo infiammatorio:

-DOLOR.....valutazione del dolore avvertito dal paziente

-CALOR e RUBOR..... valutazione del termotatto

-FUNCTIO LESA valutazione dell'arco di movimento articolare (limitazione della estensione e della flessione)

-Estensione della aderenza della cicatrice chirurgica

Criteri utilizzati per standardizzare i dati raccolti :

Valutazione del dolore al carico utilizzando la scala VAS (Visual Analogue Scale) da 0 a 10

Estensione: considero lo 0° come estensione completa. -5° o -10° o -15° gradi come limitazione rispetto alla estensione completa.

Flessione: considero lo 0° come estensione completa, quindi 80° o 90° o 100 ° sono i gradi di flessione possibile

Termotatto positivo rispetto al controlaterale

+++ intenso

++ discreto

+ accennato

- assente

Aderenza della cicatrice chirurgica

+++ per 2/3 della lunghezza della cicatrice o oltre

++ fra 2/3 ed 1/3 della lunghezza della cicatrice

+ fra 1/3 ed 1/6 della lunghezza della cicatrice

- per 1 cm o meno

I risultati sono stati raccolti all'atto della prima seduta di ozono terapia ed ad ogni seduta successiva fino alla decima poi un ulteriore risultato clinico è stato registrato ad un controllo a due mesi di distanza dall'ultima seduta.

Le caratteristiche della terapia praticata:

Infiltrazioni sottocutanee con siringa da 20 cc con ago 30 G 13 mm (o 27 G 4 mm)

Quantità: 2 cc per punto per un totale di 30 cc

Concentrazione alla seduta iniziale di 4 Microgrammi per Millilitro poi aumentare la concentrazione secondo quanto tollerato dal paziente fino a 10 Microgrammi per Millilitro

Cadenza di 1 volta alla settimana per 10 sedute totali

Sede delle infiltrazioni: Peri cicatriziale

Peri rotulea

Decorso del Collaterale mediale

Decorso del Collaterale laterale

Risultati

Riduzione del dolore rilevato durante le sedute (1-10) ed a 2 mesi dopo (2M)

- 1) 7.1. (max9 min 6)
- 2) 7.1. (max9 min 6)
- 3) 7 (9 6)
- 4) 6,4 (8 5)
- 5) 6,2 (8 5)
- 6) 5,9 (8 5)
- 7) 5,5 (7 4)
- 8) 5 (7 3)
- 9) 3,8 (6 3)
- 10) 2,9 (5 2)

2M) 1,3 (3 0)

Riduzione del deficit di estensione del ginocchio al passare delle sedute

- 1) 11°
- 2) 10,5°
- 3) 10°
- 4) 9°
- 5) 7,5°
- 6) 6°
- 7) 6°
- 8) 4,5°
- 9) 3°
- 10) 2,5°

2M) 1°

Recupero della flessione media del ginocchio

- 95,5°
- 95,5°
- 98°
- 98,5°
- 101,5°
- 103°
- 104,5°
- 106°
- 106°
- 108°

2M) 112,5°

Riduzione media del Termotatto (scala da 0 a 3)

- 2,4
- 2,4
- 1,9
- 1,9
- 1,8
- 1,5
- 1,4

1,1
0,9
0,6

2M) 0

Riduzione della aderenza cicatriziale (scala da 0 a 3)

2,2
2,2
2,2
2
1,9
1,7
1,5
1,3
0,9
0,9

2M) 0,9

Discussione

Quali valutazioni possiamo trarre dall'osservazione dei dati ottenuti?

-Innanzitutto che le sedute di ossigeno ozono terapia praticate hanno avuto un effetto positivo sui pazienti.

-Il risultato clinico delle prime 3-4 sedute è di minore entità su tutti i parametri mentre dalla 4°-5° seduta in poi si registrano miglioramenti significativi e costanti.

-Tutti i parametri valutati sono nettamente migliorati, in particolare il termotatto che alla distanza di 2 mesi dall'ultima seduta è assente in tutti i pazienti. Questo coincide con la capacità antinfiammatoria intrinseca dell'ozono che sul sintomo principe della infiammazione (" calor ") ha avuto il miglior risultato.

- Il vantaggio ottenuto al completarsi della terapia è stato mantenuto al controllo a distanza di 2 mesi per tutti i parametri

-Solo l'aderenza della cicatrice dopo 2 mesi dall'ultima applicazione è sovrapponibile a quella ottenuta alla esecuzione delle ultime sedute, gli altri parametri (arco di movimento e dolore) evidenziavano un ulteriore miglioramento. Anche questo risultato è tipico della capacità curativa dell'ozono a distanza di tempo dal termine della somministrazione.

Conclusioni

Le osservazioni eseguite sono nettamente positive.

Va tenuto presente il tipo di valutazione retrospettivo e non prospettivo, la mancanza di un gruppo di controllo omogeneo a quello trattato, la mancanza di valutazioni laboratoristiche correlate.

Tutti questi fattori rendono ancora lontana una evidenza statisticamente significativa di questa terapia.

Dall'altra parte i risultati ottenuti sono incoraggianti e le motivazioni razionali date dalla disamina degli studi scientifici fino ad ora pubblicati indicano inequivocabilmente l'attività sia antidolorifica che antinfiammatoria dell'Ossigeno-Ozono terapia in patologie articolari e peri articolari assimilabili alla casistica trattata. (§Bibl. da 1 a 27)

Va inoltre sottolineato che il tipo di terapia proposto presenta caratteristiche di semplicità di esecuzione e di sicurezza non trascurabili. La modalità di esecuzione è quella del trattamento peri articolare già presente nei protocolli SIOOT (§Bibl. 28-29). Inoltre si rispetta il principio

fondamentale di non utilizzare alcun accesso intra articolare per la presenza di un impianto protesico. Ci auguriamo che con il tempo ulteriori studi di più ampio respiro possano validare queste osservazioni

Dott. Gianluca Poggi
Specialista in Ortopedia e Traumatologia
Ozonoterapeuta
con Master di 2[^] livello

Bibliografia

- 1) Alexandre A, Borrelli E, Alexandre A, Lliakis E (2015). Disc Herniation and Knee Arthritis as Chronic Oxidative Stress Diseases: The Therapeutic Role of Oxygen Ozone Therapy. J Arthritis; 4: 161.
- 2) Anzolin, A. P., and Bertol, C. D. (2018). Ozonioterapia como terapêutica integrativa no tratamento da osteoartrose: uma revisão sistemática. Br. J. Pain 1, 171–175. doi: 10.5935/2595-0118.20180033.
- 3) Arias-Vázquez, P. I., Tovilla-Zárate, C. A., Bermudez-Ocaña, D. Y., Legorreta-Ramírez, B. G., and López-Narváez, M. L. (2019). Eficacia de las infiltraciones con ozono en el tratamiento de la osteoartritis de rodilla vs. otros tratamientos intervencionistas: revisión sistemática de ensayos clínicos. Rehabilitación. 53, 43–55. doi: 10.1016/j.rh.2018.11.001
- 4) Baeza J., Cabo J. R., Gómez M., Menendez S., Re L.. (2015). WFOTs Review on Evidence Based Ozone Therapy. Brescia: WFOT.
- 5) Carmona, L. (2005). Systematic review: ozone therapy in diseases rheumatic. Clin. Rheumatol. 2, 119–123.
- 6) Costa, T., Rodrigues-Manica, S., Lopes, C., Gomes, J., Marona, J., Falcão, S., et al. (2018). Ozone therapy in knee osteoarthritis: a systematic review. Acta Medica Port. 31, 576–580. doi: 10.20344/amp.10330.
- 7) Delgado, E., and Quesada, J. V. (2005). Intra-articular ozone therapy in arthritic knee disease. Rev. Cuba. Ortop. Traumatol. 19, 23–28.
- 8) Escarpanter, J. C., Valdés, O., Sánchez, R., López, Y., and López, C. (1997). Therapeutic results in osteoarthritis of the knee with ozone infiltrations. Rev. Cuba. Investig. Biomed. 16, 124–132.
- 9) Fernández-Cuadros M. E., Pérez-Moro O., Albaladejo-Florin M. J., Álava-Rabasa S. (2020). El ozono intrarticular modula la inflamación, mejora el dolor, la rigidez, la función y tiene un efecto anabólico sobre la artrosis de rodilla: estudio cuasiexperimental prospectivo tipo antes-después, 115 pacientes. Rev Soc Esp Dolor. 27, 78–88. doi: 10.20986/resed.2020.3775/2019.
- 10) Franzini.M., Valdenassi L., Vaiano F., Richelmi. T. (2023) Manuale di Ossigeno-Ozono Terapia SIOOT , ed. SIOOT International, Capitolo 8: trattamento delle artropatie pag 83-86, Capitolo 41: artrosi pag 228-230
- 11) Giombini, A., Menotti, F., Di Cesare, A., Giovannangeli, F., Rizzo, M., Moffa, S., et al. (2016). Comparison between intrarticular injection of hyaluronic acid, oxygen ozone, and the combination of both in the treatment of knee osteoarthritis. J. Biol. Regul. Homeost. Agents 30, 621–625.
- 12) Hidalgo-Tallón FJ, Torres-Morera LM, Baeza-Noci J, Carrillo-Izquierdo MD, Pinto-Bonilla R. Updated Review on Ozone Therapy in Pain Medicine. Front Physiol. 2022 Feb 23;13:840623. doi: 10.3389/fphys.2022.840623. PMID: 35283802; PMCID: PMC8904924.
- 13) Huanqui, C., Cruz, M., Miranda, A., Poblete, P., and Mamani, R. (2006). Effectiveness and safety of intra-articular ozone in knee osteoarthritis refractory to treatment. UCSM 12, 21–26.
- 14) Lopes de Jesus, C. C., Dos Santos, F. C., de Jesus, L. M. O. B., Monteiro, I., Sant’Ana, M. S. S.

- C., and Trevisani, V. F. M. (2017). Comparison between intra-articular ozone and placebo in the treatment of knee osteoarthritis: a randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *PLoS One* 12:e0179185. doi: 10.1371/journal.pone.0179185.
- 15)Manzi, R., and Raimondi, D. (2002). The role of oxygen-ozone therapy in patellofemoral chondromalacia. *Riv. Ital. Ossigeno-Ozone Ther.* 1, 31–35.
- 16)Menéndez, S. A., González, R., Ledea, O. E., Hernández, F. A., León, O. S and Díaz, M. F. (2008). *Ozone Basic Aspects and Clinical Applications*. Havana: CENIC.
- 17)Moretti, B., Lanzisera, R., Morese, A., Moretti, L., Patella, S., Patella, V., et al. (2004a). O₂-O₃ vs chondroprotectors in the treatment of osteoarthritis of the knee. *Riv. Ital. Ossigeno-Ozone Ther.* 3, 65–72.
- 18)Noori-Zadeh, A., Bakhtiyari, S., Khooz, R., Haghani, K., and Darabi, S. (2019). Intra-articular ozone therapy efficiently attenuates pain in knee osteoarthritic subjects: a systematic review and meta-analysis. *Complement. Ther. Med.* 42, 240–247. doi: 10.1016/j.ctim.2018.11.023.
- 19)Oliviero A, Giordano L, Maffulli N. The temporal effect of intra-articular ozone injections on pain in knee osteoarthritis. *Br Med Bull.* (2019) 132:33– 44. doi: 10.1093/bmb/ldz028
- 20)Raeissadat, S. A., Tabibian, E., Rayegani, S. M., Rahimi-Dehgolan, S., and Babaei-Ghazani, A. (2018). An investigation into the efficacy of intra-articular ozone (O₂-O₃) injection in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *J. Pain Res.* 11, 2537–2550. doi: 10.2147/JPR.S175441.
- 21)Re, L., Sanchez, G. M., and Mawsouf, N. (2010). Clinical evidence of ozone interaction with pain mediators. *Saudi Med. J.* 31, 1363–1367.
- 22)Riva, E. (1989). Knee-joint disorders treated by oxygen-ozone therapy. *EFOMP.* 25, 163–170.
- 23)Sconza, C., Respizzi, S., Virelli, L., Vandenbulcke, F., Iacono, F., Kon, E., et al. (2020). Oxygen-ozone therapy for the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review of randomized controlled trials. *Arthroscopy* 36, 277–286. doi: 10.1016/j.arthro.2019.05.043.
- 24)Siemsen, C. H. (1995). *Ozon-Anwendung bei akuten und chronischen Gelenkerkrankungen. Ozon-Handbuch. Grundlagen. Prävention. Therapie.* Landsberg: Ecomed.
- 25)Viebahn, R. (2007). *The Use of Ozone in Medicine.* 5th Edn. Iffezheim: ODREI Publishers.
- 26)Xue, Y., Wang, X., Wang, X., Huang, L., Yao, A., & Xue, Y. (2023). A comparative study of the efficacy of intra-articular injection of different drugs in the treatment of mild to moderate knee osteoarthritis: A network meta-analysis. *Medicine*, 102(12), e33339. <https://doi-org.bibliopass.unito.it/10.1097/MD.0000000000003339>
- 27)Zhuang, Z. G., Lu, L. J., Peng, B. G., Ma, K., Cai, Z. Y., Fu, Z. J., Liu, G. Z., Liu, J. F., Liu, W. T., Li, X. H., Song, T., Wu, D. S., Yao, J., Yao, P., Yu, J. S., & Liu, Y. Q. (2021). Expert consensus of Chinese Association for the Study of Pain on the application of ozone therapy in pain medicine. *World journal of clinical cases*, 9(9), 2037–2046. <https://doi-org.bibliopass.unito.it/10.12998/wjcc.v9.i9.2037>.
- 28) *Protocolli Medici Terapeutici SIOOT*, rev 01.16 845 pag 10.
- 29) *Protocolli Medici Terapeutici SIOOT*, rev 02.22.1087 pag 15.

Consiglio Direttivo

Presidente: Dott. Gaudio Michele
Vicepresidente: Dott. Pascucci Gian Galeazzo
Segretario: Dott. Pignatosi Francesco
Tesoriere: Dott. Balistreri Fabio

Componenti:

Dott. Amadei Enrico Maria
Dott. ssa Cangialeoni Sara
Dott. Castellini Angelo
Dott. Ceccaroni Luigi
Dott.ssa Di Cesare Simona
Dott. Ercolani Giorgio
Dott. Ludovico Cosimo
Dott. Macacchi Massimiliano
Dott. ssa Musacchia Giorgia
Dott. Paganelli Paolo (Odontoiatra)
Dott. Ragazzini Marco
Dott. Raspini Mario (Odontoiatra)
Dott.ssa Tognali Daniela

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dott. Paganelli Paolo
Vice Presidente: Dott. Raspini Mario

Componenti:

Dott. Alberti Andrea
Dott. D'Arcangelo Domenico
Dott.ssa Zanetti Daniela

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dott. ssa Rossi Barbara

Componenti:

Dott. Fabbbroni Giovanni
Dott. ssa Possanzini Paola
Supplente: Dott. Seconi Marco



Sede

Viale Italia, 153 - scala A - piano 1° - Forlì
Tel. 0543.27157
www.ordinemedicifc.it
info@ordinemedicifc.it
PEC: segreteria.fc@pec.omceo.it

Orario di apertura al pubblico:
dal Lunedì al Venerdì dalle 9.00 alle 14.00
Martedì e Giovedì anche dalle 15.30 alle 18.30