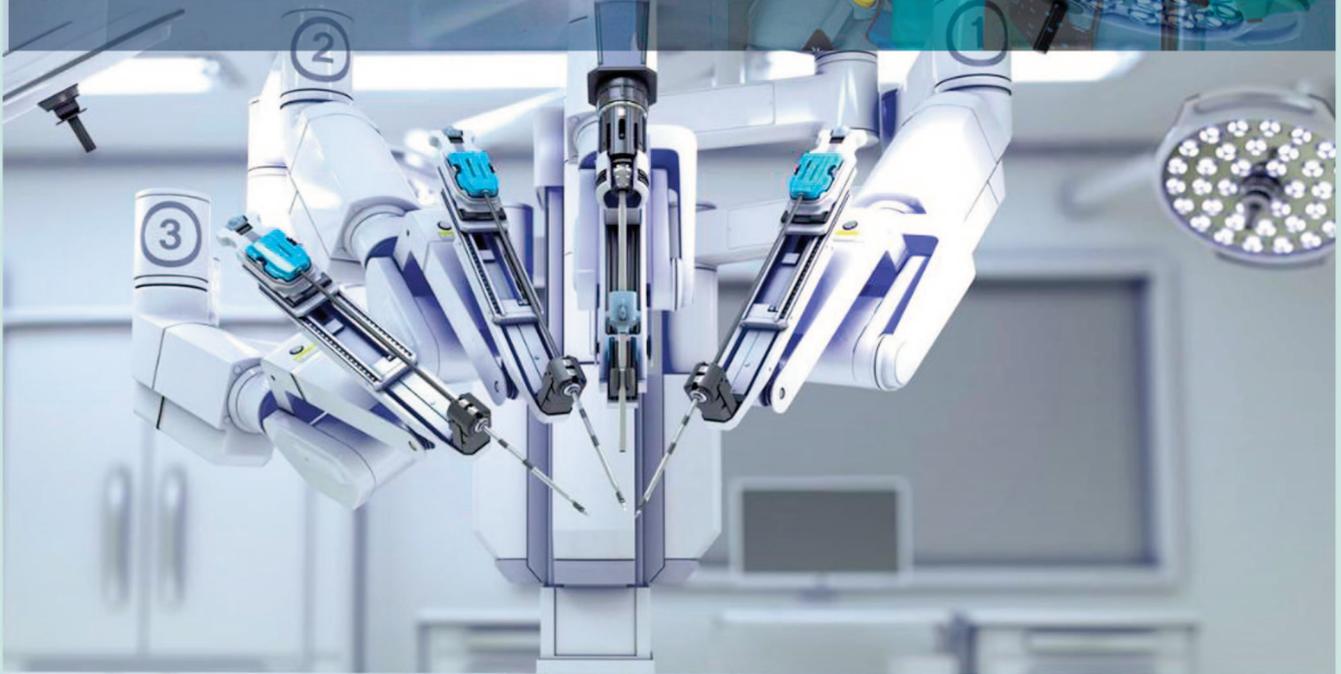
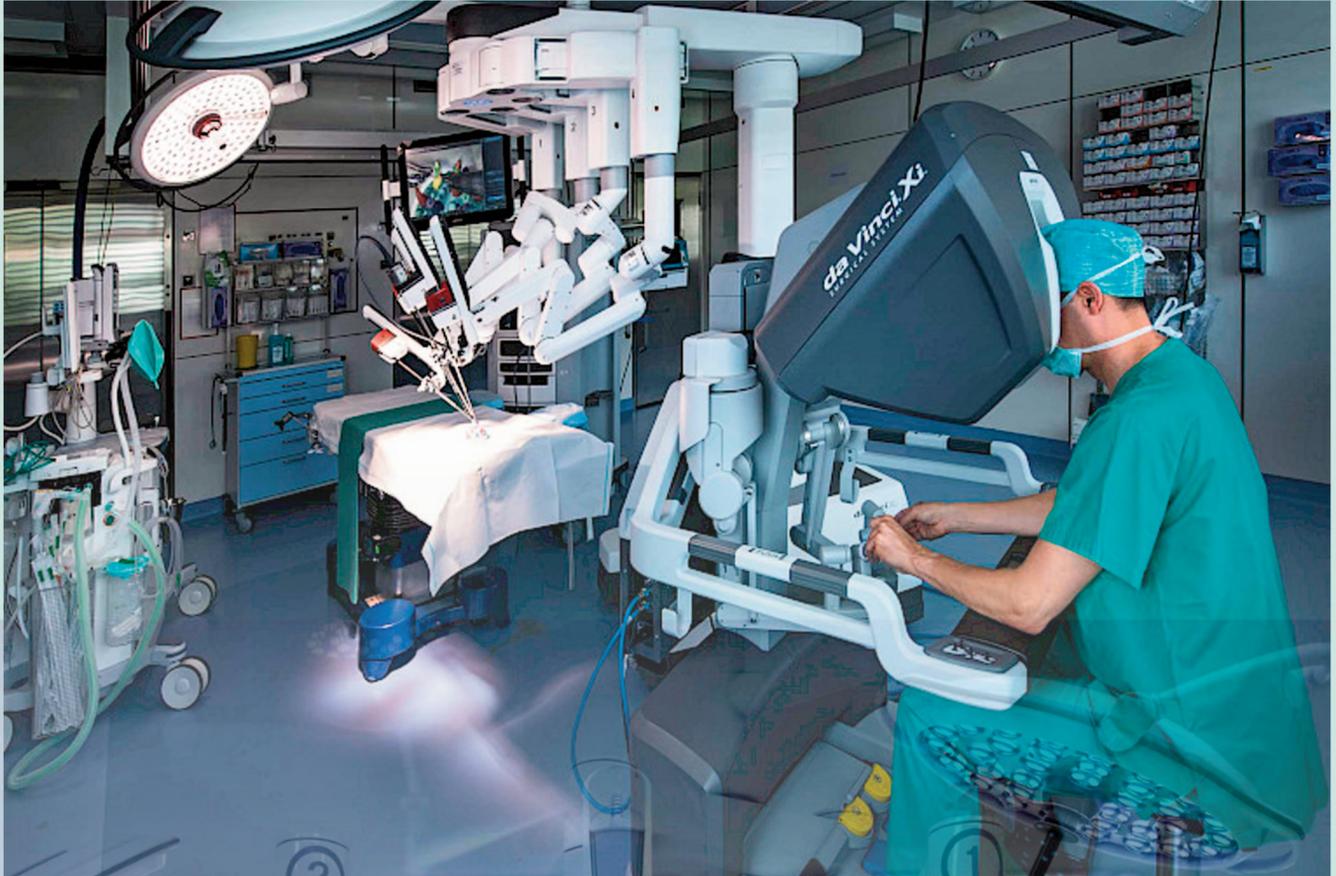




Bollettino

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena
n. 2 2025



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

**La sanità pubblica nel terzo millennio:
cosa non va e cosa aspettarci** *pag.* 3

Le serate dell'Ordine

**Sindrome di Beckwith-Wiedmann: pediatri consapevoli
del proprio ruolo e della propria importanza** *pag.* 4

**Incontriamoci:
Medicina Interna e Medicina Generale
insieme per il percorso di malattie di fegato** *pag.* 6

**La gestione della patologia tiroidea e paratiroidea:
dalla diagnosi al follow up** *pag.* 9

Il percorso Stroke nella provincia di Forlì-Cesena *pag.* 11

**L'approccio robotico in chirurgia
oncologica gastrointestinale** *pag.* 15

**Prime center: una realtà da scoprire
la medicina integrata al servizio del malato oncologico** *pag.* 16

**Malattia renale cronica oggi:
epidemiologia, gestione e prospettive** *pag.* 18

Aggiornamento

Cosa i campioni olimpionici possono insegnarci sul dolore *pag.* 21

Vita dell'Ordine

LXXIII° Congresso Nazionale della AMSI *pag.* 24

LA SANITÀ PUBBLICA NEL TERZO MILLENNIO: COSA NON VA E COSA ASPETTARCI

Il salone comunale di Forlì ha ospitato il 12/6/2025 il convegno *'La sanità pubblica: cosa non va e cosa aspettarci'*. Questo evento è stato organizzato dalla sezione forlivese della Fondazione GIMBE, il dr Marco Dori è il referente principale. La Fondazione GIMBE, il cui presidente nazionale è il dr Nino Cartabellotta, ha lo scopo di monitorare il sistema sanitario pubblico.

Il responsabile del nucleo GIMBE di Forlì ha aperto i lavori spiegando che il SSN non risponde più adeguatamente ai servizi richiesti pertanto lo scopo delle sezioni territoriali è quello di intercettare i bisogni sanitari dei cittadini e farsene quindi portavoce.

Durante il convegno sono emersi i molti punti forti che caratterizzano la sanità in Emilia-Romagna ma sono emerse altrettante criticità in primis l'imminente carenza dei medici sia a livello territoriale che ospedaliero. Ad aprire i lavori è stato proprio il sindaco Gianluca Zattini il quale si è presentato da subito come collega medico anche se non più esercitante, ribadendo l'importanza di evidenziare le problematiche ma anche il riconoscimento della qualità ai professionisti visto che l'ospedale Pierantoni-Morgagni di Forlì è stato da poco indicato tra i migliori d' Italia.

La chiusura del convegno è stata affidata al dr Nino Cartabellotta il quale ha concluso che «..Il diritto alla salute è quello che condiziona tutti gli altri, perché la libertà, lo studio, il lavoro non sono possibili se non siamo in buona salute...»

A questo evento importante è stato invitato anche l'Ordine dei Medici di Forlì-Cesena e il presidente, dr Michele Gaudio, mi ha individuato come rappresentante. L'incipit della mia relazione è stato quello di ricordare l'origine che ha segnato il cambio di passo della sanità: la legge 23 dicembre 1978, n. 833 proposta da Tina Anselmi, che trasformava il sistema sanitario da mutualistico in socio-sanitario conferendo così un carattere di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle cure. Nella mia relazione ho esposto gli ultimi D.M. il 70 e il 77, decreti che portano al potenziamento il primo del sistema emergenza-urgenza e il secondo del sistema territorio-ospedale che prevede tra le altre cose l'incremento, già avviato, di infrastrutture come le Case di comunità e i CAU. Ho riportato in modo giornalistico, i recenti dati ISTAT ed AGENAS che documentano come nei prossimi anni ci sarà una carenza di personale medico sia territoriale che ospedaliero. Le cause maggiori sono legate al percorso formativo difficoltoso e poco stimolante, e dello scarso riconoscimento sia economico che di carriera. Questo "spopolamento di professionisti" potrebbe portare ad un ulteriore indebolimento del SSN a favore di una gestione privatistica. Da qui l'esigenza di rendere attrattivo il lavoro in ospedale e nei servizi territoriali, migliorare i carichi di lavoro, potenziare la telemedicina e digitalizzazione intesi come strumenti essenziali per l'integrazione tra ospedale e territorio, e individuare un sistema di incentivi e di valorizzazione del lavoro medico nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico. Al centro resta la necessità di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni e di rispondere in maniera più coerente ai bisogni di salute degli assistiti.

Ho affidato la conclusione del mio intervento alle parole del nostro Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, il quale nel discorso fatto nel 2025 durante la celebrazione della Giornata del Medico ha detto che «.. il nostro Ssn è un bene prezioso, di grande valore ed è anche uno straordinario strumento di crescita economica, di progresso, di stabilità sociale del nostro Paese. Il diritto alla salute è una conquista della nostra civiltà, frutto di decenni di impegno civile e mobilitazione popolare, riforme sociali e progressi scientifici. La recente esperienza pandemica ha evidenziato come la salute globale sia vulnerabile e quanto sia cruciale investire in sistemi sanitari robusti, pronti a fronteggiare le emergenze..» .

Dott.ssa Simona Di Cesare

***Membro del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Forlì-Cesena
Segretario Commissione Albo Medici OMCEO FC***

SINDROME DI BECKWITH-WIEDMANN: PEDIATRI CONSAPEVOLI DEL PROPRIO RUOLO E DELLA PROPRIA IMPORTANZA

11/01/2025

Esiti cognitivi, sociali ed emotivo-comportamentali in bambini e adolescenti con BWSp

Lo spettro della sindrome di Beckwith-Wiedemann (BWSp) non si associa a disabilità intellettiva, ad eccezione di rari casi in cui sono presenti altre condizioni di rischio, quali ipoglicemia grave non trattata o nascita prematura.

Tuttavia, uno studio su bambini in età prescolare ha riportato che una parte significativa di essi presentava difficoltà nel linguaggio e nelle funzioni motorie grossolane, probabilmente a causa della macroglossia e dell'iperaccrescimento lateralizzato (Butti et al., 2022).

In bambini con queste caratteristiche lo sviluppo linguistico e motorio dovrebbe essere monitorato.

Uno studio più recente su bambini in età scolare con BWSp ha evidenziato che, sebbene la maggior parte dei partecipanti ottenesse risultati adeguati nei test cognitivi, presentavano una lettura più lenta e difficoltà nei calcoli mentali (Butti et al., 2024).

In linea con questi risultati, ad un questionario somministrato online quasi il 20 % dei pazienti adulti con BWSp riferiva di aver avuto difficoltà di apprendimento (Drust et al., 2023).

Si suggerisce quindi uno screening standardizzato delle abilità scolastiche nei bambini con BWSp, al fine di fornire strumenti adeguati e mitigare le conseguenze sociali ed emotive delle difficoltà di apprendimento non rilevate.

Oltre al possibile impatto delle difficoltà di apprendimento, le frequenti ospedalizzazioni, le limitazioni nelle attività quotidiane e le preoccupazioni per i problemi medici e per l'aspetto fisico possono influenzare il benessere psicologico e l'adattamento psicosociale dei bambini con BWSp e delle loro famiglie.

Un crescente numero di studi ha infatti evidenziato problemi emotivo-comportamentali, in particolare problematiche di internalizzazione quali ansia, bassa autostima e ritiro sociale (Kent et al., 2008, Butti et al., 2024). Queste difficoltà sembrano intensificarsi con l'età, probabilmente a causa dell'impatto del feedback sociale e dell'esperienza del "sentirsi diversi", con potenziali conseguenze a lungo termine fino all'età adulta (Drust et al., 2023).

Per questo motivo, appare utile monitorare il benessere psicologico del bambino con BWSp e delle loro famiglie.

I questionari somministrati ai genitori possono essere utilizzati come strumenti di screening non invasivi, in modo da valutare la presenza di problemi emotivo-comportamentali senza aumentare lo stress legato alle cure. Identificare bambini e famiglie a rischio permetterebbe di fornire un supporto psicologico tempestivo e interventi mirati, migliorandone così la qualità della vita.

Dott. Niccolò Butti
Psicologo, Psicoterapeuta, PhD
Istituto Scientifico IRCCS E. Medea, Bosisio Parini, Lecco

Legge 104/1992: a chi si rivolge, cosa prevede e come applicarla: vademecum per MMG e Pediatri

La Legge 104/1992 tutela i diritti delle persone con disabilità (art.3) promuovendone l'autonomia e l'integrazione sociale tramite programmi e interventi del servizio pubblico a sostegno anche delle famiglie. Il medico di medicina generale e il pediatra svolgono un ruolo chiave nell'attivazione del percorso di riconoscimento dell'handicap e nel supporto informativo al paziente.

L'iter per l'ottenimento della certificazione (art.4) infatti, si avvia con la compilazione, da parte del medico, del certificato SS3/AP68 da trasmettere telematicamente all'INPS, con il quale il sanitario attesta in maniera precisa e dettagliata la sussistenza di handicap, invalidità o non autosufficienza.

Entro 90 giorni, l'interessato presenta la domanda all'INPS, allegando ad essa la ricevuta del certificato medico e la documentazione sanitaria in suo possesso. L'accertamento viene effettuato da una Commissione medica della ASL, che può riconoscere non solo lo stato di handicap (lieve o grave) ma anche una percentuale di invalidità, l'inabilità al lavoro o la non autosufficienza, con eventuale diritto all'indennità di accompagnamento.

Lo stato di handicap e/o d'invalidità o inabilità risultante dal verbale può essere soggetto a revisione – a seguito di ulteriore visita o sulla base di successiva documentazione medica fornita (messaggio INPS 926/2022) – oppure ad aggravamento – su richiesta dell'interessato e mediante lo stesso iter.

Nei minori, l'invalidità è riconosciuta in base a difficoltà persistenti nello svolgimento delle attività proprie dell'età.

La Commissione medica, diversamente che per gli adulti, non attribuisce una percentuale all'invalidità, ma valuta le condizioni per il riconoscimento dei due benefici erogabili alternativamente, ovvero l'indennità di accompagnamento (per chi necessita di assistenza continua) e l'indennità di frequenza (in caso di inserimento scolastico o riabilitativo).

Quest'ultima può proseguire automaticamente al compimento dei 18 anni, se la domanda è presentata nei sei mesi precedenti al compimento della maggiore età, mentre l'indennità di accompagnamento comporta il riconoscimento delle prestazioni economiche erogabili agli invalidi maggiorenni senza ulteriori accertamenti sanitari, ferma restando la sussistenza degli altri requisiti previsti dalla normativa di settore (art. 25, l. 114/14).

Il percorso non varia in caso di malattie rare poiché esse non danno automaticamente diritto al riconoscimento dell'handicap o dell'invalidità né dei conseguenti benefici. Ciò nonostante, in caso di mancato riconoscimento, è prevista l'esenzione dal ticket per le prestazioni finalizzate alla diagnosi, per gli esami genetici, per il monitoraggio della patologia e la prevenzione degli aggravamenti nonché l'esenzione per la terapia farmacologica necessaria per la cura della malattia rara (Piano Terapeutico). Da notarsi anche che la riabilitazione (Progetto Riabilitativo Individuale) e l'assistenza domiciliare sono gratuite.

La Legge 104, agli artt. 12-17, 18-22, 23-29, 33, prevede anche agevolazioni fiscali, lavorative e per l'acquisto di veicoli ed ausili e protesi. In quest'ultimo caso, l'interessato deve rivolgersi al proprio MMG o pediatra richiedendo la prescrizione di una visita specialistica o direttamente la prescrizione degli ausili (per bisogni assistenziali non complessi). Il dispositivo viene poi autorizzato e fornito dall'ufficio protesi della Azienda USL di residenza dell'utente. Dal 2024 tra i destinatari degli ausili protesici sono state incluse anche le persone affette da alcune malattie rare.

Al medesimo scopo è previsto un contributo al 50% della spesa da parte della Regione secondo le modalità sancite dalla Legge Regionale n. 29/1997.

Il medico o il pediatra ricoprono un ruolo centrale nella corretta applicazione della Legge 104/92 poiché, oltre al fondamentale onere certificativo, svolgono anche un ruolo di supporto informativo ed è proprio attraverso una corretta informazione, una diagnosi tempestiva ed un supporto costante che il sanitario può contribuire a migliorare significativamente la qualità della vita della persona con handicap/invalidità.

**INCONTRIAMOCI:
MEDICINA INTERNA E MEDICINA GENERALE
INSIEME PER IL PERCORSO DI MALATTIE DI FEGATO**

08/02/2025 - 15/03/2025

EPATITE E ISTOLOGIA. Criteri diagnostici del danno autoimmune e della steatosi epatica

L'epatite cronica viene definita, dal punto di vista del patologo, come una infiammazione prevalente linfocitaria che parte dagli spazi portali; si parla di **epatite cronica attiva** quando c'è necrosi degli epatociti, sotto forma di epatite di interfaccia e/o di necrosi lobulare. La quantità e la diffusione della necrosi definiscono il **grado** dell'epatite, mentre la progressione della fibrosi (fino alla cirrosi) definisce lo **stadio** della malattia.

L'**epatite autoimmune** è una malattia con alta prevalenza nelle donne, e rappresenta un modello paradigmatico di epatite cronica attiva, anche se può esordire come epatite acuta o con un quadro di c.d. *acute-on-chronic*, in cui la diagnosi sierologica e istologica avviene dopo anni di malattia subclinica, con quindi una fibrosi già avanzata.

Le linee guida EASL (Associazione Europea per lo Studio del Fegato) includono la biopsia tra i criteri obbligatori per la diagnosi di epatite autoimmune, suggerendo anche i criteri diagnostici (epatite di interfaccia, emperipolesi e rosettamento), ma precisando anche che nessun criterio morfologico è specifico per la diagnosi, e che questa rimane una diagnosi concertata tra clinico e anatomo patologo. La **steatosi epatica**, o SLD (*steatotic liver disease*) e la sua evoluzione necro-infiammatoria, cioè la **steatoepatite** (SH), rappresentano una patologia epatica con elevatissima prevalenza mondiale, e con un'eziologia collegata al dismetabolismo e all'eccessivo introito di cibo e alcool.

I segni morfologici distintivi della SLD/SH sono la steatosi (accumulo di lipidi nel citoplasma dell'epatocita), la c.d. degenerazione balloniforme e l'infiltrato infiammatorio granulocitario. La fibrosi iniziale nella SH è prevalentemente lobulare, ma l'evoluzione verso la cirrosi segue le medesime tappe dell'epatite cronica.

Inoltre, nei pazienti con SLD/SH, esiste un rischio maggiore di sviluppare epatocarcinoma anche prima della cirrosi completa.

Queste malattie rappresentano problematiche quotidiane sia nella diagnostica sia nella gestione terapeutica, soprattutto i quei pazienti con *overlap syndrome*, ovvero che presentano diverse patologie epatiche contemporaneamente.

LA CIRROSI EPATICA PER IL PATOLOGO: una diagnosi banale?

La cirrosi rappresenta lo stadio terminale di molte patologie croniche del fegato, e per l'anatomo patologo non rappresenta generalmente una difficoltà diagnostica o classificativa, in quanto è definita come la sostituzione del parenchima epatico da parte di **noduli rigenerativi epatocellulari circondati da setti fibrosi densi**. L'infiammazione cronica e la necrosi progressiva degli epatociti portano infatti all'attivazione delle cellule stellate epatiche (HSC, o cellule di Ito), con il rimodellamento della matrice extracellulare e la finale deposizione di collagene.

A parte rare eccezioni, quindi, tutte le cirrosi hanno simili caratteristiche morfologiche, indipendentemente dall'eziologia di partenza, anche se qualche segno della patologia di base può permanere (steatosi/glicogenosi, accumuli di ferro o rame, colestasi, lipofuscinosi, plasmacellule, etc.).

Il discorso diventa più complesso quando si parla della **diagnosi differenziale dei noduli** nel fegato cirrotico: il modello oncogenetico oggi maggiormente riconosciuto prevede la **progressione** dal nodulo rigenerativo epatocellulare, al nodulo displastico di basso e alto grado, fino all'*early* HCC

(carcinoma epatocellulare) e al *progressed* HCC. Ciascuno di questi passaggi mostra un progressivo accumulo di mutazioni e di atipie citologiche e architetturali, che vanno di pari passo con le alterazioni vascolari e contrastografiche osservate dal radiologo.

La diagnosi istologica su biopsia è richiesta in casi selezionati e, nonostante esistano pannelli di immunoistochimica validati con alta specificità (ma non altrettanta alta sensibilità), non è sempre una diagnosi semplice.

Altre lesioni possono poi insorgere nel contesto della cirrosi, primo tra tutti il **colangiocarcinoma**, cioè la neoplasia maligna del dotto biliare, la cui biopsia è importante non solo per definire la diagnosi, ma anche per acquisire tessuto per la ricerca di alterazioni molecolari, come mutazioni a carico di IDH1, c-Met, Her2, e fusioni di FGFR2, che possono essere bersaglio di terapia target anche nei pazienti non candidabili a chirurgia.

Dott. Francesco Vasuri

Anatomia Patologica, Ospedale Santa Maria delle Croci, Ravenna.

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna

CIRROSI EPATICA E POLITERAPIA FARMACOLOGICA: interazioni pericolose

Il paziente affetto da cirrosi epatica è generalmente un paziente in polifarmacoterapia.

Oltre ai farmaci antivirali ad azione diretta (DAAs) mirati ad eradicare il virus dell'epatite C, il paziente cirrotico può dover assumere, specialmente nella forma scompensata, numerose terapie che vanno dai farmaci che agiscono sul SNC (es. ipnotici e antidepressivi) agli antinfiammatori e ai farmaci per il trattamento delle complicanze a livello di organi e sistemi extraepatici come l'ascite, l'encefalopatia epatica e l'ipertensione portale.

La "polifarmacoterapia", definita come la "somministrazione di 5 o più farmaci (ATC IV livello) assunti nello stesso mese per almeno 6 mesi, anche non consecutivi, nel corso dell'anno" è direttamente correlata all'aumento degli effetti collaterali, delle interazioni tra farmaci, delle prescrizioni di farmaci potenzialmente inappropriati, della riduzione dell'aderenza, che si traduce in un aumento dei ricoveri e della mortalità, specialmente nei pazienti fragili e complessi come quelli affetti da cirrosi.

La conoscenza puntuale della terapia farmacologica assunta risulta, pertanto, un elemento fondamentale in tali pazienti per prevenire gli errori in terapia e le reazioni avverse al farmaco, realizzare l'appropriatezza delle cure prescritte e monitorarne l'aderenza.

La Medication Review è un processo finalizzato all'ottimizzazione terapeutica, che prevede una valutazione critica, sistematica e periodica dei trattamenti farmacologici in corso. Alla base di tale processo c'è il confronto multidisciplinare tra farmacisti ospedalieri e clinici nell'ottica di migliorare la sicurezza delle cure e promuovere la salute e la qualità di vita del paziente.

Gli strumenti principali a supporto di una corretta prescrizione medica sono le banche dati per la rilevazione delle interazioni, le linee guida aziendali, i documenti di indirizzo prodotti da società scientifiche, le evidenze di letteratura e le schede tecniche dei farmaci.

Relativamente alle interazioni, le classi di farmaci da evitare in associazione ai farmaci DAAs sono le statine per aumentato rischio di rabdomiolisi, gli antiaritmici (amiodarone), tra gli antitrombotici il dabigatran per aumentato rischio di gravi emorragie, tra gli ormoni sessuali l'etinilestradiolo per severa epatotossicità.

Va posta particolare attenzione anche ai farmaci inibitori di pompa (per diminuito assorbimento dei DAAs), agli antidiabetici (in associazione ad empagliflozin rischio di severe ipoglicemie), tra i beta-bloccanti preferire altre molecole al carvedilolo.

Inoltre, a causa delle alterazioni patofisiologiche e delle conseguenti modifiche sulla farmacocinetica, il paziente con cirrosi dovrebbe evitare l'assunzione di FANS che compromettono ulteriormente la funzionalità renale oltre ad indurre sanguinamento G.I., dei PPI per aumento del rischio di infezioni da Clostridium difficile e delle benzodiazepine che possono far precipitare una encefalopatia epatica. In casi specifici, quando il rapporto beneficio-rischio di un farmaco non è favorevole va considerata la deprescrizione mediante l'ausilio di specifici algoritmi oppure la riduzione del dosaggio. In conclusione, per ottimizzare la terapia nei pazienti fragili e complessi affetti da cirrosi, risultano fondamentali:

- la collaborazione e la comunicazione in rete tra specialista, farmacista clinico e MMG nella continuità ospedale-territorio;
- il consolidamento del processo di Medication Review ogni qualvolta si intenda prescrivere un nuovo farmaco valutando eventuali interazioni con i farmaci già in uso e, nel caso, optare per un cambio di farmaco o un aggiustamento posologico, consultando sempre il farmacista in caso di dubbi;
- definire strategie condivise per la deprescrizione dei farmaci.

Dott.ssa Daniela Zavalloni

Dirigente Farmacista Assistenza Farmaceutica Territoriale Forlì-Cesena

Dott.ssa Maria Rita Pirrera

Dirigente Farmacista U.O. Farmacia Ospedale Morgagni - Pierantoni Forlì

LA GESTIONE DELLA PATOLOGIA TIROIDEA E PARATIROIDEA: DALLA DIAGNOSI AL FOLLOW UP

03/04/2025

FISIOLOGIA TIROIDEA E ALTERAZIONI MORFOFUNZIONALI

Le patologie tiroidee comprendono un insieme di disturbi morfofunzionali che interessano la ghiandola tiroidea.

L'ipotiroidismo primitivo è caratterizzato da una ridotta produzione di ormoni tiroidei con riscontro di incremento dei livelli di TSH associati o meno alla riduzione dei livelli di FT4 (che va a distinguere la forma franca dalla forma subclinica). Le cause più frequenti sono la tiroidite cronica autoimmune e l'ipotiroidismo postchirurgico. Valori di TSH incrementati ma comunque inferiori a 10 mU/L, se associati a livelli di FT4 nei limiti, non rivestono carattere di urgenza anche se meritevoli di valutazione specialistica ed in alcuni casi non necessitano di trattamento specifico. In caso di assunzione di integratori contenenti biotina i valori di TSH reflex sono da ricontrollare dopo wash out per interferenza nel dosaggio.

L'ipertiroidismo primitivo è caratterizzato da un'incrementata produzione di ormoni tiroidei con riscontro di riduzione dei livelli di TSH associati o meno all'incremento dei livelli di FT4 (che va a distinguere la forma franca dalla forma subclinica) e può essere causato da malattie autoimmunitarie tiroidee (morbo di Basedow, Hashitossicosi) o da autonomia funzionale nodulare o malattia infiammatoria (tiroidite subacuta) o assunzione di alcuni farmaci tra cui per frequenza di utilizzo possiamo citare l'amiodarone.

Il gozzo tiroideo è caratterizzato da un incremento volumetrico ghiandolare che può essere privo di noduli (gozzo semplice), uninodulare o multinodulare. Nella maggior parte dei casi i noduli tiroidei sono di natura benigna ma in una ridotta percentuale dei casi possono essere di natura maligna (carcinoma tiroideo papillare, midollare, scarsamente differenziato, anaplastico). In caso di patologia nodulare è consigliato il dosaggio della calcitonina, la cui normalità esclude la presenza di un carcinoma midollare (il dosaggio della calcitonina è falsamente incrementato da alcuni fattori tra i quali i più frequenti sono la concomitante assunzione di inibitori di pompa protonica, l'assunzione di alcolici e l'insufficienza renale).

Necessario per la corretta funzionalità tiroidea è un adeguato apporto iodico, implementato nel tempo grazie alla fortificazione del sale da cucina con iodio, il cui utilizzo è raccomandato nella popolazione generale e grazie alla cui introduzione negli anni 90 è stato progressivamente raggiunto lo stato di sufficienza iodica nella maggior parte delle regioni italiane, in particolare l'Osservatorio Regionale dell'Emilia Romagna ha recentemente confermato lo stato di iodio sufficiente nella nostra Regione. In condizioni particolari come lo strato gravidico valori ormonali anche lievemente al di fuori dei target per età gestazionale devono essere inquadrati a breve per valutazione di eventuali indicazioni terapeutiche.

Importante è assicurarsi che i pazienti in terapia sostitutiva con levotiroxina assumano correttamente la terapia (a digiuno al risveglio, attendendo almeno 20 minuti prima di fare colazione o assumere altri farmaci, con l'eccezione degli inibitori di pompa protonica che devono essere distanziati di almeno 4 ore dalla levotiroxina in quanto ne riducono significativamente l'assorbimento, inoltre da evitare l'assunzione di soia al mattino).

Nel caso di pazienti in terapia con metimazolo/propiltiuracile, terapie che non richiedono particolari indicazioni di somministrazione per il loro assorbimento, è da tenere presente la possibilità di alterazione delle transaminasi o la possibile, anche se rara, insorgenza di aplasia midollare (in caso di comparsa di febbre/faringodinia o sospetto di alterazione della funzione epatica in corso di tali terapie sono da effettuare quanto prima una valutazione dell'emocromo e il dosaggio delle transaminasi).

Nella diagnostica tiroidea di primo approccio è consigliabile la valutazione anamnestica, l'esame

obiettivo, l'esecuzione del dosaggio del TSH reflex e degli AbTPO.

L'approccio specialistico si basa sull'esecuzione di ecografia, scintigrafia e/o agoaspirato con successiva valutazione personalizzata dell'approccio terapeutico o di follow up.

FISIOLOGIA PARATIROIDEA E ALTERAZIONI MORFOFUNZIONALI

Le patologie paratiroidi riguardano le ghiandole paratiroidi, quattro piccole strutture situate dietro la tiroide, le quali regolano il metabolismo fosfocalcico attraverso la secrezione del paratormone (PTH). Il PTH regola i livelli di calcio nel sangue agendo su ossa, reni e intestino.

La patologia più comune è l'iperparatiroidismo, che può essere primario, causato da un adenoma paratiroideo, un'iperplasia ghiandolare o, molto raramente, un carcinoma paratiroideo, oppure secondario, legato a condizioni come l'insufficienza renale cronica o il deficit di vitamina D, oppure terziario. L'iperparatiroidismo può essere normocalcemico o ipercalcemico ed in quest'ultimo caso può comportare sintomi come astenia, calcolosi renale, disturbi neurologici e gastrointestinali. La sintomatologia oltre che dai livelli di calcemia è influenzata anche dalla rapidità di insorgenza dell'ipercalcemia, presentandosi in alcuni casi come emergenza medica (valori di calcemia superiori a 15 associati a sintomi neurologici sono da considerarsi in ogni caso un'emergenza medica). Valori di calcemia superiori a 11 sono meritevoli di valutazione specialistica a breve per impostazione terapeutica. La terapia comprende l'idratazione, l'utilizzo di diuretici dell'ansa, bifosfonati, cinacalcet e nei casi più gravi pronta dialisi.

L'ipoparatiroidismo è caratterizzato da una produzione insufficiente di PTH e provoca ipocalcemia. I sintomi che si presentano quando i livelli di calcemia scendono al di sotto degli 8 mg/dl includono spasmi muscolari (dallo spasmo carpo-podalico fino allo spasmo della glottide nei casi più gravi), formicolii, crampi, convulsioni e alterazioni dell'umore. L'ipoparatiroidismo può essere congenito, autoimmune o post-chirurgico (in seguito all'asportazione accidentale delle paratiroidi durante un intervento alla tiroide). Un'altra possibile causa di ipocalcemia è di tipo funzionale, legata alla presenza di ipomagnesia, di cui una delle possibili cause è l'assunzione di inibitori di pompa protonica. Nella diagnostica tiroidea di primo approccio è consigliabile la valutazione anamnestica, l'esame obiettivo, l'esecuzione del dosaggio di calcio, albumina, fosforo e PTH.

I livelli di calcemia dovrebbero essere corretti per il valore di albumina per eliminare possibili bias nel dosaggio (disponibile calcolatore al seguente link: <https://endowiki.it/index.php/calcemia-corretta>).

Il trattamento dell'iperparatiroidismo può essere medico o chirurgico (asportazione della ghiandola iperfunzionante), mentre l'ipoparatiroidismo viene gestito con supplementi di calcio e vitamina D (nella sua forma attiva, colecalciferolo), recentemente approvata dall'AIFA inoltre la palopegteriparatide. Una corretta diagnosi e monitoraggio sono essenziali per prevenire le complicanze a lungo termine, come osteoporosi o danni renali.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Risulta di importanza fondamentale una sanità integrata realizzata da chi lavora sul territorio con i centri ospedalieri di riferimento, di pari dignità nell'organizzazione: è disponibile al seguente link il manuale in cui sono contenute le informazioni utili per accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale endocrinologica attivabili con priorità U e B nell'ambito di Forlì-Cesena: <https://rr.auslromagna.it/trasversale/qualita-governo-clinico-accreditamento/tutti-i-documenti/details/121/1581>

Dott.ssa Giulia Busonero
Dirigente Medico U.O. di Endocrinologia
Ospedale Morgagni Pierantoni Forlì, Auslromagna

IL PERCORSO STROKE NELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA

10/04/2025

L'incontro ha offerto un aggiornamento completo e operativo sul percorso diagnostico-terapeutico dell'ictus, con particolare riferimento alla gestione nella provincia di Forlì-Cesena. Di seguito i messaggi chiave della prima relazione del corso, dal titolo "*Ictus: come si manifesta, fattori di rischio, trattamento*" circa le caratteristiche generali dell'ictus e le potenzialità terapeutiche offerte in AUSL Romagna:

1. Riconoscere tempestivamente l'ictus è cruciale.

Il riconoscimento precoce dei segni d'allarme (asimmetria facciale, debolezza a un arto, difficoltà di parola – Cincinnati Stroke Scale) rappresenta il primo anello della catena tempo-dipendente. È essenziale promuovere training continui per il personale sanitario, poiché nessuna scala clinica ha sensibilità perfetta.

2. La gestione dell'ictus è tempo-dipendente: "Time is Brain".

Ogni minuto risparmiato equivale a circa 2 milioni di neuroni salvati. Il trattamento tempestivo riduce mortalità e disabilità: ogni 15 minuti in meno nel tempo di trattamento si traduce in un 4% di riduzione della mortalità e aumento della sopravvivenza indipendente.

3. Trattamento iperacuto disponibile nella rete locale.

In Romagna è attiva una rete Stroke HUB & SPOKE:

- Le **Stroke Unit di I livello (SPOKE)** garantiscono trombolisi sistemica EV.
- Le **Stroke Unit di II livello (HUB)** (es. Ospedale Bufalini di Cesena) offrono anche trombectomia meccanica.
- Il trasporto secondario dal centro SPOKE all'HUB deve essere organizzato tempestivamente per massimizzare l'efficacia terapeutica.

4. I trattamenti efficaci includono:

- **Trombolisi EV** con rt-PA, indicata fino a 4,5 ore dall'esordio.
- **Trombectomia meccanica**, possibile fino a 24 ore in casi selezionati (occlusione di grosso vaso).
- **Riabilitazione precoce**, che ha dimostrato di migliorare gli esiti funzionali.

5. La prevenzione resta la chiave.

Solo il 10% dei pazienti con ictus è eleggibile per trombolisi, e circa il 4% per trombectomia. Tuttavia, **il 100% della popolazione è target della prevenzione primaria**, e ogni paziente con ictus deve essere inserito in un percorso di prevenzione secondaria strutturata. Questa include anche controllo del peso corporeo e attività fisica moderata, da implementare a livello di popolazione.

L'incidenza dell'ictus cardioembolico è in crescita, mentre si osserva una riduzione di quello aterotrombotico, grazie al miglior controllo dei fattori di rischio (ipertensione, dislipidemia, diabete, fumo).

Conclusione:

Il percorso Stroke efficiente si fonda su tre pilastri: **rapidità, integrazione e formazione**. Tutti gli attori del sistema (territorio, 118, pronto soccorso, Stroke Unit, riabilitazione, MMG) devono agire come un unico "*Stroke Team*", con l'obiettivo comune di ridurre l'impatto dell'ictus sulla popolazione.

Michele Romoli

*Dirigente medico UO Neurologia e Stroke Unit, Dipartimento di Neuroscienze
PO "M. Bufalini" Cesena, IT – AUSL Romagna*

IL PERCORSO STROKE DELLA PROVINCIA DI FORLÌ – CESENA, IL SISTEMA HUB E SPOKE

La rete Stroke dell'Emilia-Romagna è costituita da:

5 HUB (Bologna, Cesena, Ferrara, Modena e Parma) dotati di stroke unit di II livello neuroradiologia interventistica e neurochirurgia e 12 centri per trombolisi (tra cui Forlì, Ravenna e Rimini).

In AUSL Romagna il paziente con patologie cerebrovascolari viene generalmente ricoverato all'interno dei 4 presidi ospedalieri dotati di degenza Neurologica (Cesena, Forlì, Ravenna, Rimini) di cui 3 dotati di Stroke Unit di 1° livello, ed 1 di 2° livello (Cesena).

Nella popolazione generale dell'AUSL Romagna si verificano circa 2100 ictus/anno, di cui 1600 ischemici e 500 emorragici.

Organizzazione dello stroke a Forlì (dal 2020):

Percorso Drip and Ship diurno: il paziente con codice ictus accede dal territorio con il 118 presso il PS di Forlì dove viene avviato al percorso diagnostico e terapeutico e se indicato trasferito a Cesena per effettuare il trattamento endovascolare

Mothership notturno: il paziente con codice ictus viene indirizzato dal 118 direttamente al pronto soccorso di Cesena dove viene avviato al percorso diagnostico e terapeutico farmacologico e se indicato al trattamento endovascolare.

Dal 1 Maggio 2025 è stato avviato il progetto di Mothership per il territorio di Forlì attivo 24/7

Le strategie di intervento per ottimizzare i percorsi ictus includono:

Prenotifica dal territorio

Protocolli rapidi per il triage in PS e la notifica dell'ictus

Attivazione per singola chiamata dello stroke team e dei protocolli di imaging cerebrale

Utilizzo di strumenti di supporto per la decisione clinica

Acquisizione e interpretazione rapida degli studi di imaging cerebrale

Preparazione dell'agente trombolitico

Accesso rapido alla trombolisi E.V.

Percorsi standardizzati e protocolli efficaci

Sistema di monitoraggio e feedback tempestivo

Timeline percorso stroke iperacuto – Forlì Cesena:

Il paziente/care giver/testimoni attivano il 118 che, nel sospetto di codice ictus contatta il neurologo di Cesena e se confermato il sospetto evento cerebrovascolare trasferisce in urgenza il paziente presso l'ospedale di Cesena. In caso di mancata conferma del codice ictus il paziente viene avviato presso l'ospedale più prossimo dotato di neurologia.

In PS il paziente viene valutato da medico dell'urgenza e dal neurologo ed avviato rapidamente allo studio neuroradiologico (TC encefalo ed AngioTC).

Se candidato alla terapia farmacologica inizia rapidamente la trombolisi ev ed in caso di occlusione di un grosso vaso arterioso cerebrale viene trasferito in sala angiografica per essere sottoposto al trattamento endovascolare.

Il percorso iperacuto si conclude con il ricovero in Stroke Unit dove viene avviata la terapia di prevenzione delle recidive, viene effettuato un monitoraggio multiparametrico per garantire la stabilità con l'eventuale correzione dei parametri vitali alterati (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, glicemia, temperatura corporea, ossigenazione ematica) ed iniziata precocemente la riabilitazione motoria.

Volumi di attività Cesena Forlì (anno 2024):

Cesena: 515 ricoveri per ictus, 153 trombolisi, 246 trombectomie. Forlì: 202 ricoveri per ictus, 41 trombolisi.

Centralizzazione per trattamento endovascolare

Da Rimini (incluso San Marino) 82 pz, da Ravenna 86 pz.

Decentralizzazione da Hub verso centro Spoke (Media GG)
FO 2,9-3,8; RA 1,5-3,2; RN 3,7-5,1; FUORI AZ. 3,5-7,7; FUORI REG. 2,8-6,7

Conclusioni (THM):

Il modello organizzativo ideale per la gestione dello stroke acuto non esiste ma i vari modelli devono essere scelti sulla base del contesto geografico e delle risorse disponibili.

La flessibilità organizzativa è strategica per poter passare da un modello di cura ad un altro in funzione delle variazioni di contesto.

L'organizzazione dipende dai professionisti.

Misurare la propria performance è fondamentale e permette di avere la consapevolezza di poter cambiare

Dott. Marco Longoni

*Direttore SC Neurologia e Stroke Unit Cesena e Forlì, Dipartimento di Neuroscienze
P.O. M. Bufalini Cesena, P.O. Morgagni-Pierantoni Forlì – AUSL Romagna*

L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO NEURORADIOLOGICO DELL'ICTUS IN FASE ACUTA: TAKE HOME MESSAGES

Lo scopo dell'imaging è la diagnosi dello stroke ischemico acuto e delle lesioni sub-acute e croniche. L'imaging è importantissimo per la selezione del paziente (finestra precoce e tardiva) per il trattamento (medico e/o meccanico) che consenta di salvaguardare il tessuto cerebrale recuperabile (penombra). La diagnostica TC di base è un esame rapido, disponibile in tutti gli ospedali e molto sensibile che permette di identificare i segni precoci dello stroke ischemico acuto e di differenziarlo da quello emorragico:

- segno dell'arteria iperdensa
- oscuramento del nucleo lenticolare
- iniziale perdita di differenziazione tra sostanza bianca e sostanza grigia
- affastellamento dei solchi cerebrali.

Purtroppo la TC perde di sensibilità nella fossa cranica posteriore.

Il territorio d'irradiazione di arteria cerebrale media viene diviso secondo la scala ASPECT in 10 punti a seconda della gravità dell'ictus in fase acuta, ma la scala è molto variabile inter-operatore.

Lo step diagnostico successivo è lo studio Angio-TC mediante somministrazione di mezzo di contrasto iodato e.v. che permette di individuare l'occlusione vasale e i circoli collaterali mediante una tecnica di ripetizione della scansione per 3 volte analizzando anche la fase artero-venosa e venosa (TRIFASICA).

I circoli collaterali sono un valore predittivo per l'outcome del paziente.

L'Angio-TC permette inoltre di individuare inoltre stenosi vasali, eventuali dissezioni o malformazioni vascolari.

Ultimo step diagnostico in TC è la TC perfusionale che serve a ricavare informazioni sulla emodinamica cerebrale soprattutto nei casi non databili o al risveglio, così eventualmente da permettere un trattamento efficace.

I dati acquisiti durante la scansione rapida vengono elaborati mediante software dedicati così da ricostruire mappe colorimetriche che andranno ad analizzare diversi parametri:

-FLUSSO EMATICO CEREBRALE (CBF) = quantità di sangue che attraversa un certo volume di tessuto in un dato tempo

-VOLUME EMATICO CEREBRALE (CBV) = la quantità di sangue che attraversa un certo volume di tessuto

-TEMPO DI TRANSITO MEDIO(MTT) = tempo di circolo (A-letto capillare-V).

La perfusione quindi permette di identificare secondo mismatch MTT-CBV il territorio ischemico già perso, il CORE ISCHEMICO, e quello ancora salvabile PENOMBRA e OLIGOEMIA, anche con valori quantitativi, per permettere i trattamenti di trombolisi e trombectomia meccanica sia in finestra precoce (entro le 4,5 h) e in finestra tardiva (sino a 24 h).

La Rmn anche riveste un ruolo di fondamentale importanza per la diagnostica dello stroke ischemico e per la sua differenziazione dai mimicks ma risulta essere meno diffusa.

Sequenze cardine per la diagnosi sono la DWI che identifica il CORE ISCHEMICO dopo circa 3 ore dall'esordio dei sintomi e la sequenza FLAIR che si positivizza entro le 4,5 ore tanto da permettere, tramite il mismatch DWI-FLAIR, l'eventuale trattamento trombolitico e/o meccanico.

E' possibile studiare l'occlusione vasale e l'anatomia vascolare (stenosi, dissezioni o malformazioni) anche in RM con sequenze Angio, ad esempio nei pazienti con allergia al mdc iodato, ma purtroppo sono meno sensibili e specifiche dello studio Angio-TC.

Anche in RM è possibile eseguire uno studio perfusionale, in questo caso esclusivamente qualitativo.

- TC Encefalo di base

- Angio-TC trifasica

- TC perfusionale nei casi dubbi, stroke al risveglio e non databili

- e in casi selezionati RM encefalo negli stroke di circolo posteriore, casi dubbi, stroke non databili e al risveglio.

Dott.ssa Ilaria Traluci

*Dirigente medico di UO Neuroradiologia Diagnostica di Forlì-Cesena,
Dipartimento di Neuroscienze, P.O. M. Bufalini Cesena, P.O. Morgagni-Pierantoni Forlì
AUSL Romagna*

L'APPROCCIO ROBOTICO IN CHIRURGIA ONCOLOGICA GASTROINTESTINALE

15/05/2025

Negli ultimi 20 anni, la chirurgia robotica ha avuto un progressivo sviluppo in tutti gli ambiti chirurgici ed in particolare nello sviluppo della chirurgia mini-invasiva oncologica.

Dal 2007 il centro di Forlì ha introdotto questa tecnologia nella pratica clinica, accumulando un'ampia esperienza applicata a diversi distretti dell'apparato digerente. La piattaforma robotica mostra diversi vantaggi rispetto alla laparoscopia, mantenendone tutti i miglioramenti a confronto della tecnica tradizionale "open", e ormai numerose sono le evidenze a supporto del suo utilizzo in ambito oncologico.

Nell'ambito del tratto gastroenterico, la chirurgia robotica ha trovato particolare indicazione nelle neoplasie dello stomaco, del colon e del retto, dove la qualità della dissezione, la preservazione delle strutture nobili e la migliore precisione tecnica nelle anastomosi giocano un ruolo fondamentale.

L'esperienza maturata negli anni e i risultati delle pubblicazioni scientifiche prodotte dal nostro gruppo indicano come l'approccio robotico consenta: un'ottimale linfadenectomia in caso di neoplasie gastriche avanzate, un miglior controllo della pelvi profonda nella chirurgia del retto, una maggiore ergonomia e precisione nei casi complessi di resezione colica.

Già note in letteratura, sono la possibilità di ridurre i tassi di conversione rispetto alla laparoscopia, la riduzione delle trasfusioni e la riduzione delle complicanze post-operatorie.

La curva di apprendimento più favorevole rispetto alla laparoscopia avanzata e il miglioramento continuo dei sistemi robotici rendono oggi questa metodica un'opzione sempre più solida all'interno del percorso terapeutico multidisciplinare.

Negli ultimi 10 anni, la chirurgia robotica ha dimostrato un notevole impulso anche nell'ambito della chirurgia epatobiliopancreatica. Le evidenze scientifiche dimostrano che la chirurgia robotica è sicura e fattibile per i pazienti con metastasi coloretali, poiché è associata a basso tasso di conversione e ad una degenza ospedaliera ridotta. In molti lavori non vi è alcuna differenza significativa rispetto alla chirurgia laparoscopica, ma rispetto a quest'ultima sembra ridurre i tassi di conversione ed aumentare gli interventi R0 (cioè con margini negativi) soprattutto nel trattamento delle lesioni dei segmenti posterosuperiori e nelle procedure difficili.

Anche nel trattamento degli epatocarcinomi presenta risultati sovrapponibili alla chirurgia laparoscopica, anche in termini oncologici.

Ultimamente anche a Forlì abbiamo implementato l'approccio robotico nella chirurgia pancreatico e in particolare nelle duodeno-cefalopancreaectomie dove mostra migliori risultati alla laparoscopia, mostra simile fattibilità e sicurezza rispetto alla tecnica tradizionale "open", ma sono in corso studi per verificarne la stessa efficacia oncologica nei risultati a lungo termine.

Inoltre, la chirurgia robotica offre numerose opportunità di integrazione con nuove tecnologie, quali i modelli 3D, le applicazioni dell'uso del verde indocianina, l'intelligenza artificiale. Tali applicazioni probabilmente caratterizzeranno il futuro della chirurgia epatobiliopancreatica ed in un futuro prossimo è ipotizzabile che renderanno più precisa e veloce la pianificazione preoperatoria, aumentandone progressivamente il suo utilizzo ed impatto clinico sul paziente

Dott. Leonardo Solaini

*Ricercatore a tempo determinato c/o Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC),
Università di Bologna con incarico assistenziale c/o Chirurgia Generale e Terapie Oncologiche
Avanzate Ospedale Morgagni-Pierantoni, Ausl Romagna*

Dott. Giuliano La Barba

Chirurgia generale Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì - Emilia-Romagna

PRIME CENTER: UNA REALTÀ DA SCOPRIRE LA MEDICINA INTEGRATA AL SERVIZIO DEL MALATO ONCOLOGICO

22/05/2025

Il cancro è una sfida sanitaria globale e nei prossimi vent'anni l'incidenza attesa di nuovi casi nel mondo aumenterà di circa il 50%. L'Organizzazione Mondiale della Sanità da anni invita alla ricognizione dell'uso di farmaci e di approcci terapeutici tradizionali, complementari ed integrativi all'interno dei Sistemi Sanitari Nazionali.

La medicina integrata rappresenta una disciplina innovativa e centrata sulla persona, in cui le terapie convenzionali oncologiche si affiancano a pratiche complementari, basate su evidenze scientifiche - oltre 39.000 sono i lavori presenti sul tema su PubMed - con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente. In oncologia questo significa considerare non solo la malattia, ma l'intero vissuto della persona.

L'oncologia integrata viene definita come “un aspetto dell'approccio di cura antitumorale, centrato sul paziente e validato sull'evidenza, che fa ricorso all'uso di pratiche corpo-mente, di prodotti naturali e/o di modificazione degli stili di vita provenienti da differenti tradizioni, e condotto insieme ai trattamenti antitumorali convenzionali. L'oncologia integrata mira a ottimizzare la salute, la qualità di vita e i risultati clinici attraverso una continuità di cura al fine di fornire alle persone gli strumenti per prevenire la malattia tumorale e, nel contempo, rendere i pazienti oncologici più partecipi e coinvolti prima, durante e dopo il trattamento antitumorale”.

In quest'ambito non rientra invece la medicina *alternativa*, che prevede l'utilizzo di trattamenti non convenzionali in sostituzione alla terapia oncologica validata.

L'adozione di una visione comune da parte delle più importanti società scientifiche internazionali, quali la Society of Integrative Oncology (SIO) e l'American Society of Medical Oncology (ASCO), ha portato alla pubblicazione di linee guida mirate per l'applicazione clinica di approcci integrati in specifici ambiti dell'oncologia (ad es. gestione dei sintomi da terapia antitumorale o da malattia, quali dolore cancro correlato, ansietà, depressione, disturbi del sonno, disfunzioni cognitive, reazioni vasomotorie, alterazioni della sfera sessuale, nausea, vomito, anoressia, *fatigue cancro correlata*).

Nello specifico possiamo, ad esempio, confermare che:

- l'esercizio fisico (aerobico, di resistenza o, meglio, combinato) durante la terapia antitumorale mitiga effetti collaterali quali *fatigue*, ansietà, depressione e migliora significativamente la funzionalità motoria e cardiovascolare e complessivamente la qualità della vita;
- la depressione e l'ansietà, che compaiono nel 18-21% delle situazioni oncologiche e che, se non trattate possono essere associate a più alta mortalità, trovano un significativo beneficio anche in pratiche mente corpo come la *mindfulness*;
- la *fatigue cancer correlata*, sia comparsa durante il trattamento antitumorale, sia persistente anche anni dopo il suo termine, può essere ridotta con l'esercizio fisico (aerobico, di resistenza o meglio combinato), le terapie cognitive-comportamentali e i programmi *mindfulness based*.

La conferenza “International perspectives on integrative medicine for cancer prevention and cancer patient management”, promossa a Bethesda nel 2020 dagli Istituti USA NCI-NIH, ha sancito l'inizio di una nuova fase collaborativa in cui lo sviluppo di una ricerca rigorosa, di una solida formazione in materia di istruzione e ricerca, di un'assistenza clinica di alta qualità e di politiche inclusive, rappresenteranno le condizioni necessarie affinché l'oncologia integrata sia parte della soluzione per affrontare le attuali e future sfide globali della cura della malattia tumorale.

In questo contesto si colloca il PRIME CENTER, centro di medicina integrata, riabilitazione e prevenzione fondato a Cesena nel 2021 dall'Istituto Oncologico Romagnolo, ente del Terzo Settore, che dà concreta attuazione alla visione del suo fondatore, il professor Dino Amadori.

Attività come agopuntura, fitoterapia, meditazione, yoga, nutrizione personalizzata, psicoterapia vengono integrate al percorso clinico, sempre sotto la supervisione di professionisti qualificati. Questo

approccio può contribuire alla gestione dei sintomi della malattia e degli effetti collaterali dei trattamenti oncologici, al contenimento dell'ansia e della depressione, al miglioramento del sonno e al rafforzamento del senso di controllo e partecipazione attiva da parte del paziente.

Le attività di medicina integrata del PRIME CENTER si possono raggruppare in tre ambiti principali:

- area fisica: esercizio fisico, fisioterapia, massaggio terapeutico, agopuntura;
- area nutrizione: consulenza nutrizionale, counseling nutrizionale per patologia, corsi di cucina per la prevenzione e specifici per pazienti oncologici;
- area psicologica: psiconcologia e discipline mente-corpo (mindfulness, mindful eating, yoga, arteterapia, musicoterapia, teatroterapia, verdeterapia, terapia forestale, ecc.).

Al fine di accrescere le conoscenze scientifiche in ambito di medicina integrata, tra gli obiettivi del centro vi è anche la produzione di ulteriori evidenze, conducendo, in collaborazione con l'IRST IRCCS e l'Azienda USL della Romagna, progetti di ricerca tra cui:

- studi relativi alla preabilitazione attraverso nutrizione, attività fisica e supporto psicologico in ambito di chirurgia oncologica;
- valutazione della variazione dei livelli di cortisolo salivare nei pazienti del corso di orticoltura terapeutica;
- misurazione del miglioramento della qualità di vita nelle persone che svolgono attività presso il PRIME CENTER.

I pazienti oncologici durante i trattamenti e i loro caregiver, così come i pazienti oncologici lungosopravvissuti, possono accedere ai percorsi personalizzati del PRIME CENTER tramite invio di richiesta di consulenza di medicina integrata da parte del Medico curante oppure contattando autonomamente l'ufficio accoglienza ai seguenti recapiti: PRIME CENTER Cesena, Via San Cristoforo n. 4200, Tel. 05471938016, info@primecenter.it

Dott. Giovanni Luca P. Frassinetti
Medico Oncologo
Consulente Oncologo PRIME CENTER

Dott.ssa Lorella Turrone
Medico Fisiatra
Direttore Sanitario PRIME CENTER

Dott.ssa Elena Prati
Medico di Direzione Sanitaria IRST IRCCS

MALATTIA RENALE CRONICA OGGI: EPIDEMIOLOGIA, GESTIONE E PROSPETTIVE

05/06/2025

Epidemiologia e classificazione

La malattia renale cronica (MRC) costituisce una patologia in costante aumento (6-8% della popolazione italiana); la diffusione risulta ancora maggiore in paesi del Nord Europa e negli Stati Uniti (prevalenza 1 su 7 adulti). L'incremento è legato al progressivo invecchiamento della popolazione ed allo sviluppo di complicanze renali in presenza di patologie sistemiche cardiovascolari. La valutazione periodica dell'esame urina (proteinuria, microalbuminuria, microematuria) e della funzionalità renale (creatinina, eGFR) è importante soprattutto in presenza di fattori di rischio quali ipertensione arteriosa, diabete, patologie dismetaboliche, familiarità per patologie renali, pregressi problemi nefrologici o urologici. La malattia renale cronica viene definita sulla base della presenza di reperti patologici all'esame urina e/o di alterazioni della funzionalità renale da almeno 3 mesi; viene classificata in 5 stadi ingravescenti in rapporto al valore di filtrazione glomerulare (eGFR) ed all'entità della proteinuria, parametri entrambi correlabili con il rischio evolutivo e riferimento tecnico per la gestione integrata nefrologo e medico di medicina generale, come riportato in figura 1.

| | | Categorie di albuminuria | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| | | A1 <30 mg/g <3 mg/mmol | A2 30-299 mg/g 3-29 mg/mmol | A3 ≥300 mg/g ≥30 mg/mmol |
| Categorie di eGFR (mL/min/1,73 m ²) Descrizione e intervallo | Intervallo | | | |
| | ≥90 G1 | Monitorare (1) | Trattare (1) | Trattare e consultare nefrologo (3) |
| | 60-89 G2 | Monitorare (1) | Trattare (1) | Trattare e consultare nefrologo (3) |
| | 45-59 G3a | Trattare (1) | Trattare (2) | Trattare e consultare nefrologo (3) |
| | 30-44 G3b | Trattare (2) | Trattare e consultare nefrologo (3) | Trattare e consultare nefrologo (3) |
| | 15-29 G4 | Trattare e consultare nefrologo (3) | Trattare e consultare nefrologo (3) | Trattare e consultare nefrologo (4+) |
| <15 G5 | Trattare e consultare nefrologo (4+) | Trattare e consultare nefrologo (4+) | Trattare e consultare nefrologo (4+) | |

■ Rischio basso
 ■ Rischio moderato
 ■ Rischio alto
 ■ Rischio molto alto

Figura 1: rischio di evoluzione funzionale, frequenza di monitoraggio (check-up/anno) e indicazione al consulto nefrologico (da Documento di indirizzo per il Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Malattia Renale Cronica, 2025)

Il quadro clinico di esordio è spesso caratterizzato dalla asintomaticità e la diagnosi viene posta già in presenza di quadri avanzati di compromissione funzionale; si stima che fino al 90% delle persone non sappia di avere una malattia renale cronica. La progressione del danno d'organo è multifattoriale e risente della causa primitiva della nefropatia, dell'entità della proteinuria, del controllo pressorio e della presenza di alterazioni metaboliche; un aumentato rischio cardiovascolare è presente in tutti i diversi stadi di insufficienza renale. Nel 2040 la MRC sarà la quinta causa di mortalità al mondo. Si stima che 861 milioni di persone siano affette da malattie renali; negli USA oltre 800.000 persone vivono grazie alla dialisi (69%) o al trapianto (31%); la necessità di trattamenti sostitutivi nelle fasi avanzate di uremia ha un forte impatto sulla sostenibilità economica dei diversi servizi sanitari

nazionali.

Potenzialità terapeutiche

La possibilità di bloccare o rallentare l'evoluzione del danno renale è tanto maggiore quanto più precoce risulta l'impostazione di un programma terapeutico; esperienze internazionali evidenziano l'importanza di una gestione nefrologica sin dalle fasi iniziali della patologia. Ai farmaci tradizionalmente utilizzati (ace-inibitori, sartani), si sono aggiunte nuove potenzialità terapeutiche in particolare gli inibitori degli SGLT2; altri farmaci come GLP1 o finerenone (antagonista selettivo non steroideo dei recettori dei mineralcorticoidi) offrono ulteriori possibilità terapeutiche. In campo di patologie ereditarie o genetiche (es. rene policistico) sono oggi utilizzati farmaci in grado di rallentare la progressione del danno (vaptani); sviluppi terapeutici molto interessanti si sono registrati anche in presenza di iperossaluria tipo 1 e di malattia di Fabry. La collaborazione interdisciplinare (cardiologia, endocrinologia) permette una più efficace gestione del paziente nefropatico pluricomorbide; in campo urologico lo studio e la gestione delle alterazioni metaboliche urinarie riduce il rischio di recidive della calcolosi. Non va inoltre trascurato l'aumentata prevalenza di insufficienza renale nei pazienti con malattia oncologica, dato che peggiora la prognosi ed impatta su efficacia e sicurezza della terapia; la gestione condivisa con gli specialisti oncologi costituisce una concreta necessità gestionale.

Dal punto di vista di prevenzione i farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) vanno evitati soprattutto in presenza di nefropatia cronica. Di particolare interesse la gestione delle indagini con mezzo di contrasto in pazienti con eGFR <45 ml/min; in ambito ambulatoriale, oltre alla necessaria valutazione del rapporto costo/benefici, risulta essenziale mantenere un'adeguata idratazione associata alla somministrazione di sodio bicarbonato.

L'alimentazione "nefrologica" è solitamente normocalorica con riduzione dell'apporto di proteine, privilegiando proteine vegetali, correlata al livello di filtrazione glomerulare al fine di ridurre il carico di lavoro (ultrafiltrazione) dei singoli nefroni; il primo provvedimento è l'impostazione di una dieta di 0,8 gr di proteine/Kg di peso corporeo che può scendere fino a 0,6 gr di proteine/kg con integrazione di prodotti aproteici. Diete ancor più restrittive (fino a 0,3 gr di proteine per kg) richiedono un'adeguata esperienza ed una stretta collaborazione con nutrizionisti e dietologi, non sempre facilmente praticabile presso tutte le strutture nefrologiche. La quota calorica non va ridotta, se non in casi di marcato sovrappeso, al fine di prevenire quadri di malnutrizione e di ipercatabolismo. Va sempre evitato il rischio di disidratazione che può facilitare quadri acuti di peggioramento funzionale.

Gestione territoriale delle diverse fasi di malattia renale

Sono necessari protocolli condivisi a livello ospedaliero e territoriale (PDTA) per la gestione dei pazienti con malattia renale cronica; sono recentemente uscite linee guida nazionali (aprile 2025) che permettono di definire tempistiche di monitoraggio clinico e funzionale; per il monitoraggio possono essere utili strumenti di supporto quali la telemedicina. La gestione di patologie croniche evolutive richiede un preciso riferimento specialistico per un adeguato intervento terapeutico in corso di problemi intercorrenti. La terapia "nefrologica" deve inoltre tentare di correggere le complicanze che si sviluppano durante la progressione dell'insufficienza renale (anemia, osteodistrofia, ipertensione, neuropatia, prurito, patologia cardiovascolare) con l'ausilio di provvedimenti terapeutici "specialistici" (eritropoietina, vitamina D biologicamente attiva o analoghi sintetici, chelanti del fosforo, chelanti del potassio). Le fasi più avanzate dell'insufficienza renale rendono necessari provvedimenti di trattamento sostitutivo e richiedono una completa presa in carico da parte delle Unità Operative di nefrologia, strutturate con personale medico ed infermieristico dedicato; in provincia di Forlì-Cesena vivono oggi 297 persone grazie alle tecniche dialitiche (numero in crescita). Le possibilità terapeutiche "artificiali" (emodialisi, dialisi peritoneale) risultano tecnicamente diverse per modalità di esecuzione (circuiti extracorporeo per la emodialisi rispetto alla depurazione intracorporea attraverso la membrana peritoneale), tempistiche e sede elettiva di trattamento (prevalentemente ospedaliera o ambulatoriale nel territorio per la emodialisi, domiciliare per la peritoneale). La scelta condivisa e personalizzata del tipo di trattamento è essenziale per il miglioramento dei risultati e necessita di un completo coinvolgimento del paziente e della famiglia. Il trapianto, ipotizzabile per

motivi clinici solo nel 20% circa della popolazione che raggiunge gli stadi terminali dell'insufficienza renale, costituisce il più efficace programma terapeutico in termini di qualità ed aspettativa di vita. La collaborazione con i centri trapianti nazionali risulta un punto di forza della nefrologia di Forlì-Cesena; negli ultimi dieci anni sono stati potenziati percorsi di trapianto pre-emptive (prima dell'inizio del trattamento sostitutivo artificiale) e di trapianto da donatore vivente con un progressivo incremento del numero di pazienti trapiantati seguiti presso gli ambulatori dell'Unità Operativa (al momento 227 di cui 18 eseguiti nel 2024)

Resta essenziale, in ogni diversa fase evolutiva della malattia renale, una collaborazione fra nefrologi e medici di medicina generale strutturata territorialmente e periodicamente aggiornata in grado di dare risposte concrete ed efficaci alle crescenti richieste della popolazione.

Dott. Giovanni Mosconi

*Libero Professionista (Forlì-Cesena)
già Direttore U.O. Nefrologia e Dialisi Forlì-Cesena*

Dott. Claudio Americo

Medico Nefrologo U.O. di Nefrologia e Dialisi di Forlì-Cesena

Dott.ssa Veronica Sgarlato

Medico Nefrologo U.O. di Nefrologia e Dialisi di Forlì-Cesena

Dott. Vittorio Albertazzi

Medico Nefrologo U.O. di Nefrologia e Dialisi di Forlì-Cesena

COSA I CAMPIONI OLIMPIONICI POSSONO INSEGNARCI SUL DOLORE

(da Univadis) Sdraiata in ambulanza, con il naso rotto e le gengive tagliate fino all'osso dopo aver urtato una barricata in bicicletta, Katie Zaferes aveva una sola domanda in testa: quando potrò tornare ad allenarmi?

Mancavano 17 giorni alla World Triathlon Grand Final e Zaferes era anche in lizza per un posto alle Olimpiadi estive di Tokyo. Così, pochi giorni dopo, ha ripreso a gareggiare, sopportando il bruciore del cloro della piscina sui 23 punti di sutura della bocca e il sordo pulsare del viso durante le corse e le gare.

«Non è che ami il dolore, ma in un certo senso lo accetto» spiega Zaferes, 35 anni, che quel mese ha vinto il campionato mondiale e ha portato a casa un argento e un bronzo ai Giochi di Tokyo del 2021. [Ha mancato di poco la qualificazione alle Olimpiadi di Parigi di quest'anno](#), ma ci andrà come sostituta.

Per quanto notevole, la sua storia non è rara nel mondo delle Olimpiadi.

I libri di storia sono pieni di esempi di atleti che hanno trionfato di fronte a infortuni apparentemente insormontabili. E a parte gli infortuni, la pulsione a spingere il corpo fino ai suoi limiti fisici può essere, di per sé, una sofferenza che la maggior parte delle persone non è disposta a sopportare.

«Si potrebbe dire che gli atleti d'élite hanno un rapporto più amichevole con il dolore rispetto alla media delle persone» afferma Jim Doorley, psicologo dello sport presso il Comitato Olimpico e Paralimpico degli Stati Uniti.

In effetti, un numero schiacciante di prove dimostra che gli atleti di alto livello hanno una maggiore [tolleranza al dolore](#): impiegano più tempo ad arrendersi. Alcuni studi suggeriscono che hanno anche una soglia del dolore più alta, il che significa che ci vuole un danno maggiore perché inizino a sentire il dolore, e una sensibilità al dolore più bassa, il che significa che classificano il loro dolore con un 4 su una scala da 1 a 10, quando altri sottoposti allo stesso dolore lo definiscono un 9.

Cosa succede esattamente nel loro cervello e nel loro corpo è una questione di grande interesse per medici, psicologi e fisioterapisti. Prendendo spunto da chi è all'apice dello sport, dicono gli esperti, noi comuni mortali possiamo potenzialmente essere più in forma, affrontare meglio le avversità e persino prevenire o [gestire il dolore cronico](#).

«Gli atleti d'élite sono persone normali che praticano sport» ha dichiarato Colleen Louw, fisioterapista e specialista del dolore, portavoce dell'American Physical Therapy Association. «Hanno la stessa biologia che abbiamo noi e gli stessi meccanismi di produzione del dolore di chiunque altro. La differenza è che imparano a pensare al dolore in modo completamente diverso».

- Che cos'è il dolore?

Qualsiasi discussione sulla ricerca sul dolore deve iniziare con un avvertimento critico: il dolore è difficile da definire e ancora più difficile da studiare.

«Per molto tempo si è parlato del dolore come di un semplice riflesso del danno tissutale» afferma David Sheffield, ricercatore sul dolore e docente di psicologia presso l'Università di Derby nel Regno Unito «ma è diventato chiaro che si tratta di una definizione inadeguata».

Anche le persone che hanno perso gli arti possono avere il cosiddetto dolore da arto fantasma, e in molti pazienti affetti da dolore cronico il tessuto è guarito ma il dolore persiste. D'altra parte, le storie della Guerra Civile riportano aneddoti di soldati che hanno subito ferite atroci ma che non sentivano alcun dolore.

Poi ci sono le Olimpiadi.

Chi può dimenticare il volteggio della ginnasta Kerri Strug che vinse la medaglia d'oro su una caviglia slogata alle Olimpiadi del 1996, o il bronzo della canottiera canadese Silken Laumann nel 1984, 73 giorni dopo essersi frantumata la gamba destra in uno strano incidente? Proprio lo scorso febbraio, l'atleta statunitense Fiona O'Keeffe, recentemente operata alla caviglia, ha notoriamente tagliato il traguardo delle qualificazioni alla maratona olimpica con il pettorale visibilmente insanguinato per lo sfregamento. Ha dichiarato ai giornalisti di non averlo nemmeno sentito.

Naturalmente, il dolore acuto di un infortunio grave è diverso da quello che si prova quando si fanno le vasche in piscina o quando si affronta un'estenuante seduta di [fisioterapia](#).

«I migliori atleti sono disponibili a tollerare il dolore indotto dall'esercizio fisico ma sono molto più attenti quando si tratta di un infortunio» ha detto Doorley.

Riconoscendo quanto sia soggettivo il dolore, l'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore ha recentemente rivisto la sua definizione come segue: «un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata a, o che assomiglia a, un danno tissutale reale o potenziale».

Per motivi etici, il dolore è difficile da replicare in laboratorio.

Sheffield e altri hanno escogitato una serie di tecniche spiacevoli, come far immergere la mano in acqua ghiacciata, somministrare una leggera scossa o una bacchetta calda sull'avambraccio o iniettare capsaicina (l'estratto urticante che rende piccante il peperoncino) nelle vene delle persone da studiare. Studio dopo studio, le prove sono evidenti, ha dichiarato Sheffield, che ha recentemente pubblicato un [documento di revisione](#) che esamina 36 studi condotti su 2500 persone. «In poche parole, gli atleti sono in grado di tollerare il dolore meglio dei non atleti». Ma perché?

Le sostanze chimiche del cervello e la paura

All'interno del cervello di ognuno di noi si trova una farmacia dotata di antidolorifici «endogeni», tra cui le endorfine (la nostra morfina pronta per l'uso) e i cannabinoidi (come le sostanze chimiche del benessere contenute nella cannabis).

Le ricerche dimostrano che durante e dopo un allenamento rigoroso, il cervello rilascia questi oppioidi, riducendo il dolore non solo durante l'allenamento - il leggendario «sballo del corridore» - ma anche per circa 30 minuti dopo.

Un esercizio più intenso rafforza e prolunga questo effetto, ed è noto come ipoalgesia indotta dall'esercizio.

Anche se la scienza è giovane e le ricerche sono contrastanti, alcuni teorizzano che se il cervello viene ripetutamente sottoposto al dolore attraverso l'allenamento, invia costantemente segnali lungo il midollo spinale e diventa molto bravo a ridurre il dolore, un fenomeno chiamato modulazione condizionata del dolore.

«Se ci si inciampa in un dito del piede, ovviamente fa molto male e magari si saltella su un piede solo», dice Nils Niederstrasser, docente senior e ricercatore sul dolore presso l'Università di Portsmouth nel Regno Unito. «Ma mettiamo che poi si sbatta la testa contro il muro. Presumibilmente il dolore sarà meno intenso perché il corpo ha già inviato i segnali inibitori».

Più un atleta si allena, più il suo cervello invia questi segnali inibitori, più questo sistema diventa calibrato.

In sostanza, il dolore uccide il dolore, spiega Niederstrasser.

Il cervello dell'atleta può anche elaborare il dolore in modi che non sono ancora del tutto chiari. In uno [studio](#) tedesco, gli scienziati hanno utilizzato la risonanza magnetica funzionale (fMRI) per scansionare il cervello di 18 atleti maschi e 19 non atleti mentre applicavano uno stimolo bruciante doloroso sulle braccia. Hanno scoperto che le regioni cerebrali tipicamente note per accendersi in presenza di stimoli dolorosi erano notevolmente meno attive negli atleti.

- Il dolore con uno scopo

Gli atleti d'élite si adattano anche psicologicamente al dolore nel corso del tempo.

«Più gli atleti sperimentano e superano il dolore in allenamento, meno il dolore diventa emotivamente scatenante», ha detto Doorley. «Si innesca un circolo virtuoso per cui un maggiore allenamento porta a una migliore tolleranza al dolore, che consente un allenamento più intenso, che migliora ulteriormente la tolleranza al dolore».

Eddie O'Connor, psicologo clinico e dello sport di Grand Rapids, Minnesota, lavora sia con atleti d'élite sia con pazienti affetti da dolore cronico. Egli afferma che gli atleti (a differenza di molti pazienti con dolore cronico) traggono beneficio dall'avere uno scopo chiaro per il loro dolore, che si

tratti di un posto alle Olimpiadi o di un record personale.

«Sanno che per ottenerlo devono soffrire più di quanto abbiano mai provato» spiega. «Scelgono il dolore al servizio della velocità o della prestazione».

Conoscere la differenza tra un dolore pericoloso e un dolore che fa solo parte dell'allenamento o della riabilitazione è fondamentale non solo per stare al sicuro ma anche per aumentare la tolleranza, ha detto Louw. «Più si capisce il motivo del dolore, meno si è ansiosi» dice. «Il sistema nervoso si attiva quando si ha paura e questo può ridurre la tolleranza al dolore».

La scienza lo conferma. In uno [studio](#), i ricercatori hanno esaminato una serie di tratti della personalità di atleti e non atleti. Hanno scoperto che quelli con più «grinta» (definita come passione o perseveranza verso un obiettivo) e meno paura del dolore riuscivano a tenere la mano in acqua gelata più a lungo degli altri. Karen Cogan, psicologa dello sport presso il Comitato Olimpico e Paralimpico degli Stati Uniti, incoraggia i suoi atleti a considerare il dolore dell'allenamento - muscoli che bruciano, cuore che batte, polmoni che esplodono - come un segno di rafforzamento.

«Forse non vi allenate 8 ore al giorno come un atleta olimpico ma una versione attenuata di questo può funzionare anche per tutti noi» spiega. «Può aiutarci a ottenere il massimo da noi stessi e a farlo fruttare».

Tutte queste tattiche psicologiche - identificare uno scopo al dolore, capire la differenza tra dolore pericoloso e dolore produttivo e gestire la paura del dolore - possono essere applicate anche per aiutare i pazienti affetti da dolore cronico, ha detto Louw.

Per loro, lo scopo può essere quello di lanciare una palla a un nipotino, e un terapeuta di fiducia può aiutarli a gestire la paura.

- Cosa può imparare chi non è un atleta

Un dato fondamentale da cui trarre insegnamento: «In termini di prevenzione del dolore cronico, l'attività fisica può essere benefica» dice Niederstrasser.

In uno [studio](#) pubblicato sulla rivista *PLOS One* nel 2023, i ricercatori norvegesi hanno seguito 10.732 adulti, valutandoli due volte a distanza di 8 anni l'una dall'altra. Più erano attivi fisicamente, più a lungo riuscivano a tenere la mano nell'acqua fredda: quelli considerati molto attivi erano in grado di tollerare il dolore per 16 secondi in più rispetto a quelli meno attivi. Ancora più incoraggiante il fatto che le persone dello studio che hanno aumentato il loro livello di attività fisica nel corso degli 8 anni hanno anche aumentato la loro tolleranza al dolore.

Un altro [studio, più piccolo](#), ha rilevato che andare in bicicletta tre volte alla settimana per 30 minuti a ritmo sostenuto ha aumentato la tolleranza al dolore negli anziani dopo sole 6 settimane. La ricerca condotta da Niederstrasser su quasi 6.000 persone di 50 anni o più ha dimostrato che giocare a tennis, correre, nuotare e persino fare giardinaggio può aiutare a prevenire il dolore cronico a lungo termine. Per coloro che hanno appena iniziato un programma di esercizi e faticano a seguirlo, sapere che la tolleranza al dolore aumenterà può essere motivante, ha detto Sheffield.

«Grazie al miglioramento della forma fisica, ma anche ai cambiamenti nella percezione del dolore, è probabile che dopo qualche mese il dolore non sia più così forte», ha detto Sheffield. «Le vostre ancore cambiano e in un certo senso ricalibrate il concetto di dolore».

Zaferes può capirlo.

Anche dopo anni di allenamento ai massimi livelli, ha riconosciuto che lei, e altri atleti come lei, «non sono al di sopra della lotta». Spesso l'esercizio fisico non la fa sentire bene quando inizia. E quando lavora così duramente da sentire il battito del cuore in gola, non è immune dalla tentazione di smettere. Ma ha imparato a lasciarsi andare al dolore, una strategia che l'ha aiutata anche al di fuori delle competizioni: durante la nascita del figlio di due anni, nella gestione del lutto per la perdita del padre e persino nell'affrontare i discorsi in pubblico (che la terrorizzano).

«Penso che il dolore provato nello sport si traduca in molti modi nella vita di tutti i giorni» spiega. «Il dolore mi ha portato a sentirmi più orgogliosa di me stessa e a raggiungere obiettivi che non avrei mai pensato possibili».

LXXIII° CONGRESSO NAZIONALE DELLA AMSI (ASSOCIAZIONE DEI MEDICI SCRITTORI ITALIANI)

Dal 23 al 25 maggio 2025, si è tenuto a Cesena, nella prestigiosa cornice della Biblioteca Malatestiana, il LXXIII° Congresso Nazionale della AMSI (Associazione dei Medici Scrittori Italiani) col patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena e del Comune di Cesena. L'evento, organizzato da Omero Giorgi, Coordinatore del Gruppo Culturale dell'Ordine e socio della suddetta associazione, ha visto la partecipazione di una quarantina di colleghi provenienti da tutta Italia.

Durante i lavori congressuali sono stati presentati i libri pubblicati dai soci e non sono mancati pure momenti culturali come la visita alla biblioteca antica ed al laboratorio di scultura del maestro Lucchi Leonardo.

Si è trattato di un importante e proficuo scambio culturale, all'insegna di una più completa e ricca umanizzazione della medicina, elemento questo che sta assumendo una maggiore rilevanza proprio nel momento in cui il trionfo della tecnologia e dell'Intelligenza Artificiale rischia di limitare l'importanza della relazione empatica interpersonale, elemento questo di fondamentale rilievo per una presa in carico adeguata della sofferenza altrui.

Dott. Omero Giorgi
Corodiatore Gruppo Culturale OMCeO Forlì-Cesena



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 Massimilano
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:

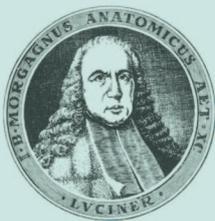
Dott. Alberti Andrea
Dott. D'Arcangelo Domenico
Dott.ssa Zanetti Daniela

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