Aut. Trib. di Forlì n° 27/2004 (modifica già richiesta) Direttore Resp. Dott. Stefano Benzoni

Anno 13 n°1

Bollettino

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

Editoriale pag. 3

Una vittoria di Pirro?

Vita dell'Ordine pag. 4

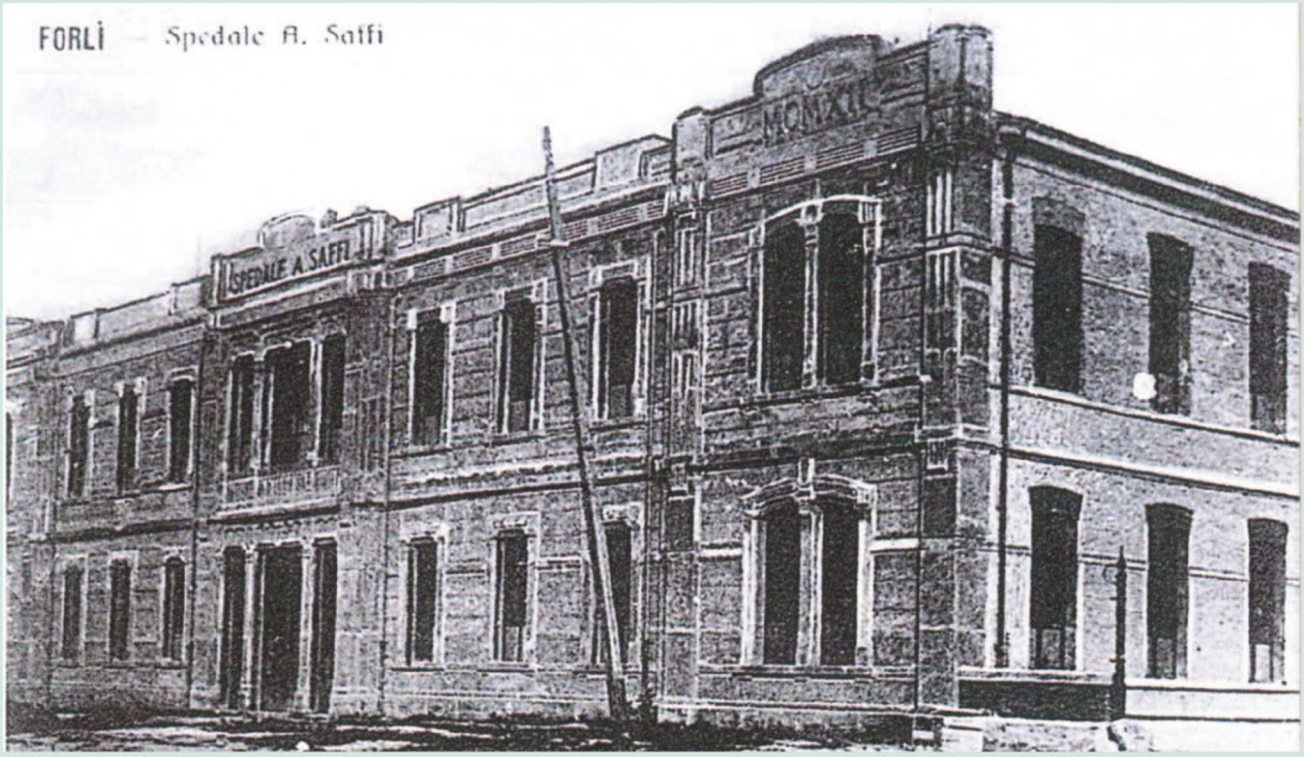
La responsabilità medico-sanitaria: la legge Balduzzi alla luce delle novità giurisprudenziali
Le lesioni cutanee pigmentate nell'ambulatorio del medico di medicina generale: scenari, prospettive e percorsi diagnostici
Decalogo per sopravvivere al dodecalogo? Dieci semplici suggerimenti per chiedere di più gli esami che servono e meno gli esami che non servono
Perchè vaccino! Conoscere per orientare e sostenere i genitori nelle loro scelte
Le patologie chirurgiche del sistema nervoso periferico
La fecondazione assistita
I servizi sociosanitari integrati per gli anziani nel territorio di Forlì. I percorsi: dal fabbisogno, all'offerta, gli strumenti.
Lezioni del passato spesso inascoltate: dall'amianto e da Seveso allo studio SENTIERI
La prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia
Le nuove terapie nella sclerosi multipla
Le esperienze dolorose nell'infanzia. La cura educativa delle emozioni "difficili"

Recensioni pag. 30

Ombre in controluce

In memoria di pag. 31

In ricordi di Aldo Pagni



Gennaio - Giugno 2016

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

N.1 Gennaio - Giugno 2016

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

Direttore: Dott. Stefano Benzoni
Coordinatore della Redazione: Dr. Gian Galeazzo Pascucci
Redazione: Dr. Matteo Costantini, Dr. Giovanni Fabbroni, Dr.ssa Roberta Gunelli, Dr. Leonardo Lucchi, Dr.ssa Licia Sapigni.
Segreteria di Redazione: Dott. Michele Gavelli, Rag. Laila Laghi, Dott.ssa Elisabetta Leonelli

Consiglio Direttivo dell'Ordine
Presidente: Dr. Michele Gaudio
Vice Presidente: Dr. Gian Galeazzo Pascucci
Segretario: Dr.ssa Liliana Zambelli
Tesoriere: Dr. Fabio Balistreri
Consiglieri: Dr. Andrea Alberti (Cons. Od.), Dr. Angelo Castellini, Dr. Andrea De Vito, Dr. Secondo Folli, Dr. Alberto Forgiarini, Dr.ssa Roberta Gunelli, Dr. Leonardo Lucchi, Dr. Massimo Milandri, Dr. Paolo Paganelli (Cons. Od.), Dr. Marco Ragazzini, Dr. Massimo Sbrana, Dr. Claudio Simoni, Dr. Gilberto Vergoni

Commissione Odontoiatrica:
Presidente: Dr. Paolo Paganelli
Segretario: Dr.ssa Melania Vicchi
Componenti: Dr. Andrea Alberti, Dr. Domenico D'Arcangelo, Dr.ssa Benedetta Giulianini

Revisori dei Conti:
Presidente: Dr. Pierdomenico Tolomei
Componenti: Dr. Marco Gardini, Dr.ssa Daniela Zanetti
Revisore supplente: Dr. Matteo Costantini

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

• Una vittoria di Pirro? *pag. 3*

Vita dell'Ordine

• La responsabilità medico-sanitaria: la legge Balduzzi alla luce delle novità giurisprudenziali *pag. 4*
• Le lesioni cutanee pigmentate nell'ambulatorio del medico di medicina generale: scenari, prospettive e percorsi diagnostici *pag. 5*
• Decalogo per sopravvivere al dodecalogo? Dieci semplici suggerimenti per chiedere di più gli esami che servono e meno gli esami che non servono *pag. 7*
• Perchè vaccino! Conoscere per orientare e sostenere i genitori nelle loro scelte *pag. 9*
• Le patologie chirurgiche del sistema nervoso periferico *pag. 10*
• La fecondazione assistita *pag. 12*
• I servizi sociosanitari integrati per gli anziani nel territorio di Forlì. I percorsi: dal fabbisogno, all'offerta, gli strumenti *pag. 15*
• Lezioni del passato spesso inascoltate: dall'amianto e da Seveso allo studio SENTIERI *pag. 17*
• La prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia *pag. 22*
• Le nuove terapie nella sclerosi multipla *pag. 24*
• Le esperienze dolorose nell'infanzia. La cura educativa delle emozioni "difficili" *pag. 29*

Recensioni

• Ombre in controluce *pag. 30*

In memoria di

• In ricordo di Aldo Pagni *pag. 31*

UNA VITTORA DI PIRRO?

È fatta. O forse no. Il vituperato decreto sull'appropriatezza prescrittiva varato lo scorso dicembre viene di fatto cancellato.
Le sanzioni, che erano già state sospese da una circolare ministeriale, vengono demandate ad un accordo Stato-Regioni e poi saranno inserite nei contratti con una previsione applicativa più soft.
È il DPCM sui LEA che lo dice introducendo un regime innovativo, sia per le condizioni di erogabilità sia per le indicazioni prescrittive.
Non vi è dubbio che l'evidente disagio dei medici nell'applicare il vecchio decreto viene di fatto mitigato, ma rimangono grosse incertezze sulla fruibilità di alcune fondamentali prescrizioni da parte dei cittadini.
Non rassicura completamente neanche il recente manifesto a firma congiunta FNOMCeO e Ministero della Salute rivolto ai cittadini che recita che "Il medico potrà continuare a prescrivere tutto quanto riterrà necessario alla tutela della tua salute, secondo le evidenze scientifiche e le regole previste dalla organizzazione del SSN".
Scontate le evidenze scientifiche sono quelle "regole della organizzazione" che preoccupano se intese solo in senso economicistico facendoci ritornare ad una medicina amministrata.
In ogni caso a voler pensare bene rimane il problema della fruibilità complessiva dei nuovi LEA in un contesto di continuo definanziamento del SSN che vedrà scendere nel 2018 al 6,5% del PIL il finanziamento complessivo mettendo di fatto a repentaglio la sostenibilità del sistema stesso.
Per questo motivo nello scorso Consiglio Nazionale dell'8 e 9 luglio è stato approvato un ordine del giorno che chiede contestualmente sia un rifinanziamento che una più equa ridistribuzione del fondo fra le Regioni.
Concludo augurando a tutti i Colleghi una serena estate.

Dott. Michele Gaudio
Presidente OMCeO Forlì-Cesena

AVVISO A TUTTI GLI ISCRITTI

GLI UFFICI DELL'ORDINE RIMARRANNO CHIUSI
DAL 16 AL 19 AGOSTO 2016
RIAPRIRANNO LUNEDÌ 22 AGOSTO 2016

LA RESPONSABILITÀ MEDICO-SANITARIA: LA LEGGE BALDUZZI ALLA LUCE DELLE NOVITÀ GIURISPRUDENZIALI

14.01.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

La professione medico-sanitaria è una tipica obbligazione di mezzi e la diligenza con cui va espletata è quella contenuta nell'art. 1176 del Codice Civile. Originariamente il rapporto medico-paziente era di natura extracontrattuale ma successivamente l'orientamento giurisprudenziale ha sancito la contrattualizzazione del rapporto, importando il concetto di "contatto sociale" dalla dottrina tedesca. Dopo il varo della Legge Balduzzi n.189/2012, che, facendo riferimento all'art. 2043 del Codice Civile, ha dato origine ad alcune diverse correnti interpretative, con ogni conseguenza e ricaduta con riguardo ai termini di prescrizione e all'onere probatorio, la giurisprudenza ha prodotto diverse pronunce ed attualmente un progetto di Legge è all'esame del Parlamento, per definire i termini di detta responsabilità. La legge Balduzzi infatti, richiamando l'art. 2043, secondo la dottrina maggioritaria e anche la più recente giurisprudenza, ha voluto non modificare il precedente assetto, anche giurisprudenziale, con riguardo alla contrattualizzazione del rapporto, bensì ha voluto sottolineare l'applicazione dell'art. 2043 per la determinazione della responsabilità.

Senz'altro l'intenzione del legislatore, sempre nella L. 189/2012, era quella di dettare un parametro per la determinazione del risarcimento, se si è fatta salva l'applicazione dell'art. 2043 c.c., come a voler richiamare un principio cardine per la determinazione della responsabilità. Pertanto, seguendo l'orientamento maggioritario, detta Legge ha voluto circoscrivere la responsabilità del medico solo alla colpa grave, laddove il sanitario si è attenuto alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, rimanendo fuor di dubbio che il medico continui a rispondere civilmente, a titolo contrattuale. Se, pertanto, tale riforma, sotto il profilo penale, ha condotto a una depenalizzazione, dal punto di vista civilistico, il richiamo all'art. 2043, secondo l'attuale orientamento, va inteso soltanto come generico richiamo all'obbligo di risarcire il danno causato, rimanendo la responsabilità del medico nell'alveo contrattuale.

Il legislatore sarebbe stato, infatti, mosso dall'intento di escludere la responsabilità penale e di precisare che, in ogni caso, resta fermo l'illecito civile, per cui il richiamo all'art. 2043 non rappresenterebbe la volontà di qualificare la volontà civile come extracontrattuale, ormai da tempo qualificata dalla giurisprudenza come contrattuale, bensì, più semplicemente, associare concettualmente il danno prodotto dal sanitario, al concetto di danno reato ex art. 185 Codice Penale. Pertanto, la responsabilità civile del medico, derivante dalla ormai consolidata teoria del "contatto sociale", rimarrebbe immutata, dopo l'entrata in vigore della Legge Balduzzi. Infatti, la Cassazione ha affermato che "L'articolo 3 comma 1 D.L. 158/12, conv. L. 189/12, ha depenalizzato la responsabilità medica in caso di colpa lieve, dove l'esercente l'attività sanitaria si sia attenuto a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. L'esimente penale non elide, però l'illecito civile e resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 c.c. che è clausola generale del neminem laedere, sia nel diritto positivo, sia con riguardo ai diritti umani inviolabili quale è la salute. La materia della responsabilità civile segue, tuttavia, le sue regole consolidate e non solo per la responsabilità aquiliana del medico ma anche per quella contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale" (Cass. civ., Sezione III, n. 4040/2013).

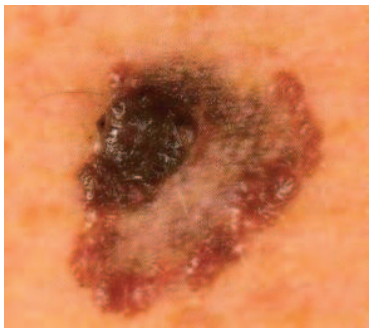
L'art. 3, quindi, opererebbe un'esimente della responsabilità per colpa lieve, anche al di là della "soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà", come previsto dall'art. 2236 c.c., allargando così la portata scriminante per la colpa lieve. Quanto alle prospettive di riforma all'esame del Parlamento, notevoli criticità si pongono con riguardo alla proposta di Legge presentata, soprattutto con riguardo alla differenziazione della responsabilità a seconda che il medico svolga funzioni intra-moenia o extra-moenia e quindi non pochi saranno certamente i dubbi che detto progetto indurrà, in dottrina e in giurisprudenza, soprattutto con riguardo all'applicazione dello stesso, ove venisse emanato nella formulazione attualmente proposta.

Avv. Maria Gabriella Di Pentima
Avvocato del Foro di Forlì – Cesena
Università: cultore della materia in diritto civile

LE LESIONI CUTANEE PIGMENTATE NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: SCENARI, PROSPETTIVE E PERCORSI DIAGNOSTICI

28.01.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

Le lesioni pigmentate della cute costituiscono una grande problematica nell'ambito della Medicina Generale. Capita assai frequentemente che il medico, in tale contesto, si confronti con pazienti che manifestano una lesione cutanea e che sia richiesto un approccio diagnostico differenziale per poter dare risposte efficaci in ambito clinico: in particolar modo si ravvede la necessità di saper distinguere le lesioni che sono maligne da quelle che non lo sono.



Fra le lesioni cutanee il melanoma maligno sta riconoscendo un incremento nel numero dei casi registrati nell'ambito della popolazione generale nel mondo occidentale con preoccupanti tassi di mortalità in quanto l'unica via di trattamento per questo genere di neoplasia resta e rimane una precoce identificazione esitante in una sua escissione completa. Da ricordare e da non sottovalutare è la possibilità che un melanoma insorga in una qualunque parte del corpo in cui si ritrova epitelio pigmentato (mucose comprese; solo in un 30% dei casi un melanoma insorge su una pregressa lesione pigmentata mentre nel restante 70% dei casi si ha uno sviluppo de novo su cute sana): particolarmente importante da ricordare il melanoma acrale lentigginoso che insorge sulle estremità e, spesso, viene diagnosticato con ritardo notevole soprattutto nella sua variante subungueale.

Ciò che sta comportando un aumento dei casi di melanoma si può ricondurre ai seguenti fattori:

- PREDISPONENTI
  - Familiarità e fototipo
  - Numero di nevi > 50 e di dimensioni > 2 mm e più di 5 nevi atipici

- DI RISCHIO
  - Fotoesposizione: danni intermittenti provocati dai raggi UV attraverso esposizione al sole e lampade abbronzanti
  - Ustioni solari in giovane età
  - Immunodepressione

Gli elementi che incidono sulla prognosi sono da identificare attraverso analisi specifiche atte a valutare diversi aspetti: spessore sec. Breslow (elemento altamente caratterizzante i livelli prognostici) e livelli di Clark (quest'ultimo meno importante), presenza di ulcerazione sulla lesione, crescita verticale, linfociti infiltranti la lesione, presenza di invasione vascolare, neurale e linfatica da parte delle cellule neoplastiche, aree di regressione nella matrice istologica tissutale del melanoma (parametro ad oggi considerato dubbio). Combinando questi elementi unitamente a specifiche valutazioni biologico-molecolari e genetiche si può scegliere la via di trattamento migliore e specifica per ciascun paziente.

Fra le lesioni pigmentate che, al contrario, non sono maligne ma entrano in diagnosi differenziale devono essere menzionate e attentamente valutate:

- I nevi melanocitari (giunzionali e composti soprattutto se attivati);
- Il nevo di Sutton (nevo nevomelanocitico circondato da un alone di leucodermia o depigmentazione secondaria a diminuzione della melanina nei melanociti o alla loro scomparsa per infiltrazione linfocitaria);

- Il nevo blu (lesione papulosa o nodulare acquisita, benigna, di consistenza parenchimatosa dal colore variabile dal blu scuro al grigio-nero a netta delimitazione quale proliferazione localizzata di melanociti dermici che producono melanina);
- Il nevo di Spitz/Reed (nodulo benigno, cupoliforme, privo di peli e di piccole dimensioni. La presentazione caratteristica è legata alla sua rapida insorgenza in soggetti giovani);
- I nevi congeniti (di grandi dimensioni, presenti alla nascita, spesso ricoperti da peli che, intrinsecamente, hanno una loro capacità di evolvere in senso maligno; molto spesso diagnosticare lesioni maligne su nevi congeniti è molto complesso);
- Nevo atipico displastico (si tratta di un tipo particolare di lesione pigmentata maculare o maculopapulare acquisita, del diametro di circa 10 mm, a contorno irregolare, di colore, dimensioni e aspetto francamente disomogenei che istologicamente manifesta anomalie citologiche franche e potenzialmente evolutive in senso negativo);
- La cheratosi seborroica (lesione palpabile, superficie verrucosa, ruvida e/o untuosa a margini ben delimitati, netti);
- Il granuloma piogenico (lesione nodulare di colore rosso, facilmente sanguinante, friabile ad origine post-traumatica da differenziare rispetto al melanoma nodulare);
- L'emangioma e l'angiocheratoma (lesioni di colorito rosso a genesi vascolare che possono simulare il melanoma nodulare)
- Il dermatofibroma (accumulo di tessuto fibroso, palpabile e di consistenza dura o tesoelastica).

Dott. Claudio Calboli
Medico di Medicina Generale
Nucleo di Cure Primarie di Forlimpopoli - Bertinoro

DECALOGO PER SOPRAVVIVERE AL DODECALOGO? DIECI SEMPLICI SUGGERIMENTI PER CHIEDERE DI PIÙ GLI ESAMI CHE SERVONO E MENO GLI ESAMI CHE NON SERVONO

11.02.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

The Institute of Medicine (IOM) è una autorevole istituzione no profit privata statunitense che prepara analisi indipendenti oggettive da cui derivano raccomandazioni basate su "prove di efficacia" per affrontare e risolvere problemi complessi in ambiti diversi ma egualmente rilevanti come l'educazione, l'innovazione, l'inquinamento, la salute, la sanità. Nel 2000 il Report "To err is human" ha rappresentato una pietra miliare portando l'attenzione dei professionisti della sanità, ma anche dell'opinione pubblica, sui temi dell'errore in medicina, della sicurezza e della qualità dell'assistenza sanitaria. A distanza di 15 anni, nel settembre 2015, lo IOM ha pubblicato il Report "Improving diagnosis in health care" che approfondisce uno dei temi affrontati dal Report del 2000, quello degli errori diagnostici, uno dei rischi principali per la salute. Il report sottolinea l'importanza della medicina di Laboratorio nel processo diagnostico ed elenca le criticità, che in alcuni casi sono presenti anche nella realtà della Romagna.

Qui di seguito alcune raccomandazioni dello IOM per migliorare l'interfaccia Clinico/Patologo Clinico, considerato che "…il processo diagnostico comporta spesso un lavoro di squadra intra e interprofessionale….".

Gestione del rischio: si raccomanda di monitorare il processo diagnostico per identificare e imparare dagli errori per poterli ridurre (Gestione del Rischio).

In medicina di laboratorio gli errori possono avvenire in ogni fase del processo (preanalitica, analitica e postanalitica), ma la fase analitica, quella che si svolge in laboratorio, è la meno suscettibile di errore (Eichbaum et al., 2012; Epner et al., 2013; Laposata, 2010; Nichols e Rauch, 2013; Stratton, 2011). Le richieste esami e l'interpretazione del referto sono eseguite dai clinici a contatto con il paziente che, al contrario del personale del laboratorio, sono in grado di individuare "errori" o "quasi errori" (near misses). Un "feedback", anche una semplice telefonata, da parte dei clinici può risultare preziosa per "imparare" dall'errore e prevenirlo. Da sottolineare che la valutazione di un eventuale errore può essere fatta solo se il prelievo viene ripetuto ed eseguito nello stesso laboratorio.

Processo diagnostico: "La recente esplosione della diagnostica di laboratorio e per immagini ha invertito il paradigma diagnostico. Oggi il medico bypassa spesso la valutazione clinica richiedendo esami" (Verghese et al., 2011, p. 550); è passato a una strategia diagnostica in due fasi. Prima costruisce in modo acritico e afinalistica il database del paziente, poi, sulla base della massa di dati raccolti inizia il ragionamento diagnostico, abbandonando sempre più frequentemente il metodo ipotetico-deduttivo che meglio si accorda con il concetto di efficienza diagnostica: prima anamnesi ed esame obiettivo (veri e propri test diagnostici) che suggeriscono una o più ipotesi diagnostiche (probabilità pretest di malattia) che indirizzano l'ulteriore ricerca dei dati clinici, di laboratorio e strumentali.

Intervalli di riferimento: il risultato di un esame è confrontato con un intervallo di valori considerato "tipico" di un soggetto sano, che rappresenta l'intervallo di riferimento e che il medico utilizza per interpretare i risultati dei singoli pazienti. Ma solo il 95% dei risultati ottenuti nei soggetti sani rientrano nell'intervallo di riferimento. Così, se viene eseguito un esame in 1000 soggetti sani, il risultato è anomalo in 50. Ecco perché si parla di "intervallo di riferimento" non di "normalità". In sostanza, soggetti sani possono presentare un test positivo per una malattia (falso positivo) e soggetti malati un test negativo (falso negativo) ed i risultati falsi positivi crescono esponenzialmente con il numero degli esami richiesti (se sono richiesti 20 esami la probabilità di un falso positivo è pari al 68%).

Accuratezza diagnostica: interpretare i risultati. "Può essere difficile integrare concetti quali sensibilità

e specificità (diagnostica, non analitica) e valore predittivo positivo e negativo nella pratica di tutti i giorni, ma gli esami di laboratorio sono significativi solo se si procede in questo modo (The Journal of Family Practice, Aprile 2014). Sensibilità diagnostica: probabilità di un test positivo in una persona malata. Utile quindi se negativo per escludere (ruling out) una malattia perché un test ad alta sensibilità non dà falsi negativi (es. D. Dimero negativo esclude una malattia tromboembolica).
Specificità diagnostica: probabilità di un test negativo in una persona sana. Utile quindi se positivo per confermare (ruling in) una malattia perché un test ad alta specificità non dà falsi positivi (es. la Colonscopia per i tumori del colon-retto).
Valore Predittivo Positivo: percentuale di persone con esame positivo che sono malate.
Valore Predittivo Negativo: percentuale di persone con esame negativo che non sono malate.
Sensibilità e Specificità non dipendono dalla prevalenza della malattia mentre i valori Predittivi dipendono dalla prevalenza della malattia. Questo spiega perchè un esame diagnostico è molto informativo per lo specialista che lo richiede in una popolazione di soggetti ad elevata prevalenza di malattia risulta molto meno informativo per il medico di medicina generale che lo richiede in una popolazione di soggetti a prevalenza molto più bassa. In questo contesto, infatti, i risultati falsi positivi superano di molto i veri positivi anche quando l'esame ha un'elevata specificità (quindi è più adatto a confermare la presenza di malattia).
Un esempio (semplificato): se eseguiamo un Test HIV (sensibilità: 98% e specificità: 95%) nella popolazione generale (prevalenza della malattia: 0.1%) avremo 51 persone positive al test di cui una sola malata e quindi con un VPP di circa il 2%. Nella popolazione a rischio la prevalenza della malattia è del 20%: il test sarà positivo in 236 soggetti di cui 196 malate (VPP intorno all'80%).
Oggi si parla di Sovradiagnosi (Overdiagnosis) quando soggetti sani asintomatici sono etichettati come malati di una malattia che non diventerà mai sintomatica né causerà una mortalità precoce con conseguente medicalizzazione e terapie non necessarie (sovratrattamento, overtreatment).

Take home messages

• La maggioranza dei test diagnostici non sono "disegnati" per i sani: il significato di un test si modifica con la prevalenza della malattia (probabilità pretest). Questo è il motivo per cui è sconsigliato fare test di screening alla popolazione generale non a rischio.
• I test diagnostici possono causare danni, specialmente alle persone in salute.
• Anche in medicina di laboratorio "fare di più non significa fare meglio" ("less is more").
• E' importante richiedere solo i test che sono realmente necessari, perché ulteriori esami automaticamente danno più falsi positivi.

Dott.ri Luca Baldrati, Romolo M. Dorizzi
UO Patologia Clinica, Laboratorio Unico della Romagna
Pievesestina di Cesena

PERCHÈ VACCINO!
CONOSCERE PER ORIENTARE E SOSTENERE I GENITORI NELLE LORO SCELTE

25.02.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

Le vaccinazioni sono state e continuano ad essere uno dei più efficaci interventi sanitari per la prevenzione di molte malattie infettive e il loro impatto positivo sulla salute della popolazione è superato solo dalla potabilizzazione delle acque.
Nonostante i grandi successi dei vaccini nella eliminazione, controllo, o eradicazione di numerose infezioni, in questo momento storico, si sta diffondendo nell'opinione pubblica un atteggiamento di sospetto nei loro confronti, con una lenta ma costante riduzione delle coperture che, se per il momento non desta allarme, non deve essere sottovalutata per il rischio che la presenza di sacche locali di non vaccinati provochi epidemie più o meno estese.
E' necessario non abbassare la guardia e mantenere elevati i tassi di copertura nella popolazione, anche dove le condizioni socio economiche sono soddisfacenti.
Per contrastare il trend di sfiducia/paura delle vaccinazioni è necessaria un'azione congiunta fra istituzioni, operatori sanitari, ordini professionali, organi di informazione, con l'impegno diretto dei pediatri e dei medici di medicina generale che, come riportano tutti gli studi, sono coloro in cui maggiormente le famiglie ripongono fiducia.
Comprendere il fenomeno del rifiuto dei vaccini è il primo passo per arrivare a contrastarlo con le migliori strategie.
Come raccomandato in letteratura, è necessario ascoltare ed accogliere le preoccupazioni dei giovani genitori che, nel contesto attuale, non si sono confrontati con malattie come poliomielite, tetano, difterite, morbillo che sono percepite come "un evento lontano, astratto, che potrebbe non presentarsi mai" mentre la vaccinazione è vissuta come un'azione concreta che suscita preoccupazione, e la scelta può essere difficile.
Troppo spesso stampa, tv, e social media sono una potente cassa di risonanza per l'opinione dei pochi che, incuranti delle conoscenze scientifiche, sostengono che i vaccini sono inutili e pericolosi, manipolando fatti e dati di evidenza, con il risultato che nell'opinione pubblica si è creata una grande confusione.
I medici e gli operatori della sanità, con una formazione adeguata sulle vaccinazioni, sono uno strumento potente per contrastare la disinformazione e il rifiuto delle vaccinazioni, e possono essere un grande sostegno nelle scelte dei genitori quando, in un clima di dialogo vero, si impegnano a spiegare l'importanza di questo intervento adeguando le informazioni alle necessità, con un linguaggio semplice, utilizzando possibilmente immagini, e dove è possibile i nuovi linguaggi del web.

Dott.ssa Sandra Spazzoli
Pediatra Comunità, Ausl Romagna - Forlì

Dott. Massimo Farneti
Direttore U.O. Pediatria e consultorio familiare
Ausl Romagna - Cesena

LE PATOLOGIE CHIRURGICHE DEL SISTEMA NERVOSO PERIFERICO

10.03.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

I tumori del sistema nervoso periferico.
Possiamo classificarli, a seconda della origine, in tumori che originano dalla guaina nervosa (Peripheral Nerve Sheat Tumor) e tumori che non originano dalla guaina nervosa (Peripheral Non Neural Sheat Tumor). Entrambi possono essere benigni o maligni. Per quanto riguarda i tumori a partenza dalla guaina nervosa i tumori benigni più frequenti sono il neurinoma ed il neurofibroma e la cellula di origine è la cellula di Schwann; i tumori maligni più frequenti sono neurinomi e neurofibromi maligni ad origine dalla cellula di Schwann, da fibroblasti, o da cellule perineuriali.
I tumori che originano da cellule diverse dalle cellule della guaina nervosa possono essere benigni, come il ganglion, lipoma, desmoide, emangioma, mioblastoma, linfangioma, meningioma o maligni, come ad esempio tumori polmonari o della mammella che invadono i tessuti vicini ed in seguito interessano il nervo o linfomi e melanomi che originano a distanza ed in seguito interessano il nervo.
I più frequenti tumori benigni sono gli schwannomi che rappresentano circa l'8% di tutti i tumori dei tessuti molli. Sono neoplasie benigne e capsulate la cui origine è la cellula di Schwann. Hanno solitamente crescita lenta ed originano da una singola fibra nervosa. La crescita della neoplasia depiazza le strutture nervose vicine ma rimanendo capsulata una accurata Exeresi è solitamente possibile. I neurofibromi sono la seconda neoplasia benigna più frequente ed originano da cellule di Schwann, fibroblasti e cellule intermedie. Possono essere solitari o presentarsi in contesto di neurofibromatosi.
I tumori maligni che nascono dalle cellule della guaina nervosa originano dalle cellule di Schwann o da cellule perineurali, spesso si sviluppano per trasformazione di tumori benigni preesistenti quali neurofibromi o neurinomi. Sono tumori rari, frequentemente a prognosi infausta; in caso di neurofibromatosi il rischio di sviluppare un tumore maligno è 4600 volte maggiore. L'approccio chirurgico è spesso complicato e prevede una chirurgia spesso molto aggressiva e demolitiva, associata a radioterapia e chemioterapia.

Dott. Carlo Sacco
Neurochirurgo U.O.S. Aziendale
Chirurgia del Sistema Nervoso Periferico
Discipline Neurochirurgica ed Ortopedica
Presidi Ospedalieri di Lugo e Faenza

LE SINDROMI DA INTRAPPOLAMENTO

DEFINIZIONE: Le sindromi da intrappolamento a livello del sistema nervoso periferico sono anche dette “sindromi canalicolari” poiché sono riferite alla sofferenza di un tronco nervoso al passaggio da un compartimento anatomico a un altro, ad esempio il transito dal tronco agli arti o dall’uno all’altro segmento degli stessi. La compressione del nervo può avvenire per ristrettezza di canali anatomici osteofibrosi o di strutture formate da tessuti molli.
FISIOPATOLOGIA: I riscontri anatomopatologici inerenti a questa categoria di neuropatie sono praticamente limitati ai reperti occasionali di rilievi autoptici. Esistono peraltro numerosi studi clinici su modelli sperimentali animali che hanno permesso di conoscere gli eventi che conseguono a una compressione cronica di un nervo periferico. Le dinamiche lesionali possono essere da stiramento, da compressione e vascolare.

COMPRESSIONI MULTIPLE SULLA STESSA VIA NERVOSA (DOUBLE CRUSH SYNDROME).
Si verifica quando vi è la coesistenza di multipli siti di compressione lungo in decorso di un nervo: interessa prevalentemente le radici cervicali o il plesso brachiale e un nervo periferico. Il termine fu coniato agli inizi degli anni settanta da Upton e MacComas, che furono i primi a suggerire che una compressione a monte potesse ridurre la capacità di un nervo a sopportare anche un possibile sito di intrappolamento a valle.
Lo stesso meccanismo di sommazione può essere chiamato in causa anche quando vi sia una combinazione di sofferenze sulla stessa via nervosa: MECCANICA E METABOLICA, come nel diabete, dove la sofferenza metabolica della fibra la rende più suscettibile al danno meccanico; MECCANICA E VASCOLARE, ove lo spasmo da freddo, in un sistema di microvasi già alterato, rende sintomatica una sofferenza, per esempio al tunnel carpale, o ne peggiora i sintomi.

COMPRESSIONI MULTIPLE SULLA STESSA VIA NERVOSA (DOUBLE CRUSH SYNDROME) nei casi di interessamento del NERVO MEDIANO:

- Radicolopatia cervicale e sindrome del tunnel carpale;
- Sindrome dell'egresso toracico e sindrome del tunnel carpale;
- Sindrome dei pronatori e sindrome del tunnel carpale (più rara).

COMPRESSIONI MULTIPLE SULLA STESSA VIA NERVOSA (DOUBLE CRUSH SYNDROME) nei casi di interessamento del NERVO ULNARE:

- Radicolopatia cervicale associata ad intrappolamento del nervo ulnare al canale cubitale
- Sindrome dell'egresso toracico e sindrome del canale cubitale
- Sindrome da intrappolamento al canale cubitale e al canale di Guyon.

Le sindromi canalicolari più frequenti all'arto superiore sono: tunnel carpale, tunnel cubitale, canale di Guyon, egresso toracico.
Le sindromi canalicolari più frequenti all'arto inferiore sono: compressione e paralisi del nervo peroneo alla testa della fibula, sindrome del tunnel tarsale, meralgia parestesica di Roth.
La sintomatologia clinica può essere di tipo irritativo con dolore, ipoestesie o parestesie nei casi iniziali o meno severi, o lesionale con deficit di forza e, nei casi avanzati, con deformità.
La diagnosi clinica è effettuata mediante l'esame obiettivo neurologico. Il paziente con sindrome canalicolare presenta deficit neurologici funzionali di tipo sensitivo (dolore, formicolii, diminuzione della sensibilità tattile) o di tipo motorio (riduzione di forza o ipo-atrofia muscolare).
La diagnosi strumentale è radiologica, e si avvale della neuroecografia, della radiografia, della risonanza magnetica nucleare, ed elettrofisiologica mediante elettromiografia ed elettroneurografia (a distanza di almeno quattro settimane dall'evento).
La terapia può essere medica mediante fans, steroidi, terapia fisica, o chirurgica con esplorazione del decorso del nervo, decompressione ed eventuale trasposizione del nervo. La terapia chirurgica si effettua prevalentemente in anestesia locale ed in regime ambulatoriale.
La prognosi è in funzione di diversi fattori: età, condizioni cliniche, comorbidità, precoce trattamento, prevenzione posturale della sindrome compressiva.

Dott. Vanni Veronesi
U.O.S. Aziendale Chirurgia del Sistema Nervoso Periferico
Presidi Ospedalieri di Lugo e Faenza - AUSL della Romagna

LA FECONDAZIONE ASSISTITA

24.03.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

Per PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) si intende tutto il complesso di terapie e metodiche finalizzate alla cura dell'infertilità di coppia. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità circa il 18% delle coppie in età fertile, è affetto da sterilità. Per infertilità si intende la mancanza di concepimento dopo 12 mesi di rapporti regolari e non protetti. Le cause di sterilità, al momento, sono di natura femminile (35%), maschile (30%), di coppia (20%) ed inspiegata (15%). Lo studio di una coppia infertile rappresenta un importante punto di partenza per una giusta risoluzione dei problemi. Deve comprendere: un'attenta raccolta dei dati anamnestici, al fine di individuare i possibili fattori di rischio; l'esame obiettivo ginecologico integrato con una ecografia delle pelvi; l'assetto ormonale femminile e maschile; una valutazione più o meno invasiva dell'anatomia femminile e della pervietà tubarica (laparoscopia, isteroscopia e sonoisterosalpingografia); uno studio qualitativo e quantitativo del liquido seminale. Le tecniche di Pma si dividono in I, II e III livello. Il I livello intende l'inseminazione intrauterina, il II livello le tecniche di Fivet ed ICSI e per III livello intendiamo le procedure quali la TESE o TESA e cioè tecniche che ci permettono di recuperare gli spermatozoi a livello dei testicoli in caso di azoospermia (mancanza di spermatozoi).

Per AIH (Inseminazione intrauterina omologa) si intende una tecnica di semplice esecuzione e soprattutto poco invasiva per la paziente. Tale metodica permette la deposizione di liquido seminale, opportunamente trattato, nell'utero della donna con lo scopo di avvicinare i due gameti. Tale procedura viene eseguita in caso di liquido seminale normale o con lieve compromissione della motilità e del numero; buona funzionalità delle tube e problemi di natura ovulatoria. Tale trattamento comporta, per lo più, una moderata stimolazione farmacologica per la crescita di uno o due follicoli (per evitare gravidanze multiple) e controlli ecografici ed ormonali per individuare il preciso momento dell'ovulazione. In coincidenza di tale evento, il partner maschile produrrà il campione di seme che dopo opportuna preparazione verrà introdotto, tramite piccoli catetere nell'utero della donna.

La Fivet e la ICSI sono entrambe delle tecniche di procreazione medicalmente assistita: La Fivet (fertilization in vitro/embryo transfer) è una tecnica con la quale si sceglie il singolo ovocita e lo si mette in contatto con un certo numero di spermatozoi che in maniera spontanea dovranno fecondare l'ovocita e formare l'embrione.

La si esegue quando si hanno casi di sterilità da ostruzione tubarica femminile con un buon numero di ovociti e lievi patologie al liquido seminale. La ICSI (intracytoplasmatic sperm injection) si esegue in casi di grosse patologie del liquido seminale e quando ci sono pochi ovociti e questo perché tale procedura ci permette una migliore fertilizzazione e cioè un potenziale buon numero di embrioni formati. In questa tecnica si inietta il singolo spermatozoo nel singolo ovocita determinando la formazione dell'embrione. Le terapie che portano ad una fecondazione in vitro consistono nella somministrazione di ormoni (gonadotropine) finalizzata alla formazione di più follicoli su ciascun ovaio.

La dose di gonadotropine impiegata viene stabilità sulla base di programmi individualizzati in rapporto alla caratteristiche cliniche della paziente, sulla base della funzionalità del suo ovaio e relativamente alla causa di sterilità. La stimolazione ormonale determina un numero maggiore di follicoli sull'ovaio e quindi di ovociti prelevati: in questo caso il rischio di gravidanza multipla non dipende dal numero di ovociti ma da quello di embrioni inseriti in utero. D'altra parte tale dosaggio deve essere, comunque, limitato al fine di ridurre l'insorgenza di importanti effetti collaterali, quali la Sindrome da Iperstimolazione Ovarica, determinata da un eccessivo numero di follicoli prodotti.

Ci sono, poi, diversi schemi terapeutici finalizzati ad ottenere anche una migliore qualità ovocitaria. Nello stesso tempo per evitare lo scoppio fisiologico dei follicoli, raggiunta una certa dimensione, si provvede prima o durante la terapia a somministrare dei farmaci, analogo del GnRh o antagonisti del GnRh, idonei per determinare lo scoppio del follicolo alla giusta dimensione. Lo sviluppo follicolare viene poi, monitorizzato attraverso controlli ecografici trans vaginali e dosaggi dell'ormone estradiolo

in media ogni 2/3 giorni. Quando il diametro medio della maggior parte dei follicoli ha raggiunto una dimensione di 17/19 mm si procede alla somministrazione di un ormone hCG e si procede al prelievo ovocita rio dopo circa 34/36 ore da questa somministrazione.

LA DIAGNOSI GENETICA PREIMPIANTO

La diagnosi genetica preimpianto, è un procedimento che, attraverso la rimozione di una cellula di un embrione, ottenuto mediante fecondazione in vitro, permette test genetici sullo stesso prima ancora di trasferirlo in utero.
I nuovi trend in medicina della riproduzione riguardano la personalizzazione della terapia, il raggiungimento dell'esecuzione di un singolo transfer di blastocisti, laddove la paziente va in iperstimolazione ovarica il transfer differito, la selezione dell'embrione attraverso una valutazione morfologica e cromosomica e l'individuazione del momento adeguato per il transfer valutando la recettività endometriale
La valutazione genetica può procedere mediante due tecniche, la PGD (preimplantation genetic diagnosis), o la PGS (preimplantation genetic screening). La PGD viene impiegata quando uno o entrambi i genitori sono portatori di una mutazione genetica o di un riarrangiamento cromosomico e valuta una specifica mutazione o alterazione cromosomica come traslocazioni (una porzione di cromosoma risulta attaccata ad un cromosoma sbagliato - Robertson), inversioni (rottura e ricostituzione inversa di un cromosoma) o delezioni cromosomiche (perdita di un segmento cromosomico risultante in uno sbilanciamento dei prodotti genici).
La PGS invece si applica quando i genitori sono cromosomicamente normali e costituisce uno screening per le aneuploidie e viene impiegato principalmente per migliorare la qualità embrionale in pazienti con poliabortività, età materna avanzata, ripetuti cicli di IVF ed abbreviare il "time to pregnancy".
L'aneuploidia è la causa più frequente di aborto spontaneo. L'incidenza delle aneuploidie aumenta all'aumentare dell'età materna.
La diagnostica molecolare preimpianto rappresenta un insieme di tecniche basate sull'analisi dei globuli polari o di una o più cellule ottenute da embrioni generati in vitro, al terzo o quinto giorno di sviluppo. Quindi, tali metodiche di indagine vengono effettuate previa biopsia di gameti o embrioni ottenuti attraverso le pratiche di fertilizzazione in vitro.
Lo scopo di questa metodica è aumentare le percentuali d'impianto e dei nati vivi per trasferimento di un singolo embrione.
Ridurre le percentuali di aborto e ridurre il rischio di gravidanze multiple rappresentano importanti obiettivi da raggiungere, non ultimo, impedire il trasferimento di embrioni aneuploidi e ridurre il time to pregnancy.
La casistica del nostro centro dal maggio 2013 all'aprile 2015 ha evidenziato come il 71,7% delle pazienti sottoposte a PGS è risultata gravida già dopo il primo transfer.
Il trasferimento selettivo dell'embrione privo di aneuploidie porta ad una sensibile riduzione quindi del «time to pregnancy».
Ridurre il numero di stimolazioni significa ridurre anche i costi sanitari, così come la riduzione delle gravidanze multiple riduce a sua volta i costi dell'assistenza ostetrica e neonatologica.
Questa tecnica quindi potrebbe portare grandi vantaggi all'intero Sistema Sanitario Nazionale.

IL CONGELAMENTO OVOCITARIO: UNA OPPORTUNITA' IN PIU' PER LE DONNE

Il congelamento ovocitario è un'opportunità offerta dalla moderna medicina della riproduzione allo scopo di offrire alle donne la possibilità di conservare il proprio patrimonio ovocitario per garantirsi la possibilità di posticipare la maternità o superare eventuali futuri problemi di infertilità.
Tutti i successi finora ottenuti dalla PMA non sono stati in grado di frenare la fisiologica ed inesorabile perdita del patrimonio follicolare e quindi della capacità riproduttiva di una donna.
La pressione sociale e familiare che ritiene "naturale" ed insito nella natura della donna il fatto di

procreare. Negli Stati Uniti e nell'Europa del Nord ormai è una pratica consolidata, al punto che si parla abitualmente di "Freezing mums". Le ragazze sono al corrente di possibilità sin da giovani. L'Italia in particolar modo, a seguito dell'entrata in vigore della legge 40 del 2004 che limitava il congelamento embrionario, è risultata all'avanguardia nel congelamento ovocitario e quindi ha contribuito ad un costante miglioramento dei risultati di questa tecnica. Sicuramente non è una tematica prioritaria, ed è un argomento scomodo da discutere soprattutto per le implicazioni etiche collegate.

In Italia, secondo il registro della Procreazione medicalmente assistita (PMA) ci sono 121 centri che crioncoservano ovociti: 58 privati e 61 pubblici. Spingono sempre più donne all'affacciarsi a tale metodica, numerosi problemi medici e non. Le problematiche mediche per cui tale percorso offre grandi potenzialità, sono le malattie oncologiche, il rischio di POF (premature ovarian failure), la Sindrome di Turner, l'endometriosi, le pazienti candidate a chirurgia ovarica, la sindrome dell'X fragile.

I motivi non medici che rientrano in quello che viene definito "social freezing", sono invece riconducibili, per lo più, alla volontà di posticipare la maternità da parte della donna, impegnata a completare gli studi, intenta a dedicarsi alla carriere, a cui manchi un partner.

Il processo di conservazione è complesso, con dei costi non trascurabili, e non garantisce il successo della futura gravidanza. I limiti a questa metodica sono rappresentati dal costo elevato dai Rischi, dalla necessità di un laboratorio con le competenze e i mezzi per la crioconservazione (negli USA >50% dei centri IVF offre la possibilità di preservazione della fertilità) e da una Legislazione specifica in merito

La crioconservazione degli ovociti offre nuove possibilità per le donne: sta a loro decidere (dopo consulenza circa i costi e i rischi) quando e come ricorrere ad essa.

Molto si dibatte, altresì, su come e quanti ovociti si debbano crioconservare o scongelare per avere i migliori risultati possibili.

La recente letteratura conferma che all'aumentare del numero di ovociti crioconservati aumentano le possibilità di avere una gravidanza. Restano ancora molti i punti di domanda:

- età massima per crioconservare (36-37 anni)?
- come e quanti ovociti crioconservare per avere buone chance

Nel momento in cui la donna lo richieda, potrà essere programmato un trattamento di fecondazione assistita utilizzando gli ovociti congelati che avranno l'età della signora al momento del congelamento. Dopo un'adeguata preparazione endometriale, gli ovociti verranno scongelati ed inseminati con il seme del partner mediante tecnica di procreazione assistita.

Dott. Andrea Borini
Medico Chirurgo Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
Responsabile Scientifico "9.Baby Family and Fertility Center"

I SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI PER GLI ANZIANI NEL TERRITORIO DI FORLÌ I PERCORSI: DAL FABBISOGNO, ALL'OFFERTA, GLI STRUMENTI GIORNATA DI CONFRONTO

02.04.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

II dati demografici ed epidemiologici degli ultimi due decenni relativi all'Italia e alla nostra regione ci dicono che l'invecchiamento della popolazione e la condizione di fragilità e di non autosufficienza rappresentano una delle più importanti sfide che i servizi sanitari pubblici devono affrontare. In regione, e in particolare nel nostro territorio, da diversi anni ormai sono state ideate e messe in campo soluzioni che, per la stessa natura delle problematiche di natura sanitaria e sociale che queste persone hanno, richiedono un approccio multidisciplinare e la continuità di presa in carico. Queste risposte alcune volte hanno assunto le dimensioni di veri e propri nuovi servizi e attività sia ospedalieri (di degenza e ambulatoriali), sia territoriali, sia di confine fra i due setting di cura (gli ospedali di comunità, le dimissioni protette, i punti unici d'accesso alle cure domiciliari); altre volte sono rappresentate dallo sviluppo di nuove professionalità in ambito sanitario e sociale, soprattutto infermieristico (il case management), altre volte ancora dalla realizzazione di nuovi strumenti e organismi di valutazione (le UVM).

L'obiettivo che ci si pone è di consolidare i servizi e i percorsi e gli strumenti attivati, di renderli sempre più efficienti ed efficaci e a questo fine è utile avere momenti di confronto fra i professionisti coinvolti, sanitari e sociali, medici, fra cui i Medici di medicina generale, infermieri e altri operatori afferenti all'Azienda e ai Comuni.

In questo percorso si inserisce la giornata seminariale realizzatasi lo scorso 15 ottobre, il cui obiettivo principale è stato l'approfondimento della conoscenza di medici ospedalieri e territoriali e di altri professionisti sanitari e sociali sui percorsi di accesso, di cura e presa in carico, sui dati di attività e sugli strumenti che i servizi sanitari e sociali, da soli e integrati, stanno mettendo in atto e utilizzando nei confronti delle persone anziane non autosufficienti o comunque fragili. L'incontro ha inteso rappresentare inoltre un momento di scambio e confronto fra gli operatori dal quale possono emergere idee, proposte e ipotesi di sviluppo.

La mattinata ha visto pertanto un susseguirsi di interventi nei quali i relatori hanno preso in esame percorsi di cura, alcuni dei quali si realizzano e si completano sul territorio, altri coinvolgono le attività ambulatoriali e di degenza dell'ospedale per poi tornare "circolarmente" sul territorio.

I relatori (si veda il programma degli interventi) hanno posto all'attenzione dei presenti, ognuno per le proprie competenze e sulla base dell'esperienza maturata nella pratica quotidiana, i percorsi di presa in carico già in atto nei vari setting assistenziali, descrivendo brevemente gli strumenti utilizzati ed evidenziando sia ciò che di buono viene fatto, sia ciò che è possibile e utile fare nel futuro. I dati di attività illustrasti, relativi ai vari setting assistenziali, che per motivi di spazio non si riportano in questa breve sintesi ma sono comunque disponibili, registrano un progressivo incremento dei volumi di attività, che testimoniano, oltre naturalmente l'incremento della popolazione anziana, la maggiore capacità di inserire in percorsi strutturati di presa in carico i pazienti portatori di questi bisogni. Alle relazioni è seguito l'intervento di un Medico di medicina generale che ha portato ai presenti il punto di osservazione del medico di famiglia, che accompagna il proprio assistito in questo percorso, spesso con funzioni di regia.

Infine il direttore delle Cure primarie e Medicina di Comunità di Forlì – Cesena, nelle sue conclusioni, ha ribadito l'importanza del confronto fra professionisti e dell'estensione di buone prassi nei servizi afferenti al Dipartimento.

Programma interventi:

I **percorsi sociosanitari integrati territoriali: l'attività e i servizi domiciliari e residenziali**
Antonella Bandini – Assistente sociale del Comune di Forlì
Tecla Turroni – U.O. di Assistenza Primaria di Forlì
Emma Derocchi – Assistente sociale U.O. di Assistenza Primaria di Forlì

La presa in carico dell'anziano fragile dal territorio alla gestione dell'evento acuto ospedaliero
Giuseppe Benati – U.O. di Geriatria di Forlì
Federica Boschi – U.O. di Geriatria di Forlì

I percorsi intraospedalieri: dall'acuto al post acuto all'ospedale di comunità
Marinella Terrasi – Unità di valutazione multidimensionale di Forlì

I percorsi ospedale – territorio: le dimissioni protette a domicilio e in struttura
Donatina Cilla – U.O. di Assistenza Primaria di Forlì

Il medico di medicina generale e il paziente anziano nella vita reale
Massimo Sbrana – Medico di Medicina Generale di Forlì

Dott. Lucio Boattini
Direttore del Distretto di Forlì, Ausl della Romagna

LEZIONI DEL PASSATO SPESSO INASCOLTATE: DALL'AMIANTO E DA SEVESO ALLO STUDIO SENTIERI

09.04.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

L'European Environment Agency, che ha sede a Copenaghen, pubblicò nel 2001 un documento "Late lessons from early warnings" in cui furono riportate le esperienze di almeno 12 casi "storici" in cui i precoci segnali di allarme, spesso colpevolmente sottovalutati e misconosciuti per anni, avrebbero potuto salvare migliaia di vite umane dalla morte e dal cancro (1).
I casi riguardanti l'Amianto e la Diossina hanno coinvolto pesantemente anche il nostro Paese.

AMIANTO
Estratto facilmente in miniere a "cielo aperto" l'amianto è stato usato fin dalla fine dell'800, in tutte le sue forme e composti per la sua alta flessibilità e filabilità, l'alta capacità di legarsi a materiali da costruzioni e, soprattutto, per la sua fonoassorbenza e la sua resistenza al fuoco ed al calore. Per tutte queste caratteristiche, unitamente al basso costo, è entrato a far parte di più di 3000 prodotti per 173 milioni di tonnellate valutati, nel secolo scorso, in tutto il mondo. Dopo l'Unione Sovietica, l'Italia è stata la maggior produttrice di amianto in Europa, grazie all'importante giacimento di crisotilo, sito a Balangero (20 Km da Torino), che ha rifornito l'Eternit di Casale Monferrato, il più grande stabilimento di manufatti in cemento-amianto del nostro Continente. Dagli ultimi decenni del secolo scorso la gran parte dell'amianto è prodotto in Canada, Russia ed in Cina, che ad oggi è lo stato con l'indice di consumo più elevato.
Le fibre di amianto sono in grado di suddividersi longitudinalmente in filamenti sempre più fini, 1300 volte più sottili di un capello. Queste piccolissime particelle sono volatili e facilmente inalabili, si concentrano, pertanto, nei bronchi, negli alveoli polmonari, nella pleura provocando danni irreversibili alla salute. Le malattie che ne derivano sono l'asbestosi (una malattia cronica che porta a morte in una decina di anni) ed il mesotelioma pleurico, tumore maligno della pleura a prognosi infausta. La capacità cancerogena dell'amianto è totale: non necessita di altri fattori adiuvanti ed il rischio di contrarre il mesotelioma aumenta progressivamente in funzione del tempo intercorso dalla prima esposizione, con una latenza media di 30 – 40 anni (range 5 – 70).
In Italia l'amianto fu messo definitivamente al bando nel 1992, grazie all'azione di Luciano Lama, tuttavia la riduzione dei casi di mesotelioma non è prevista prima del decennio 2015 – 2025, ed alcuni autori spostano tale previsione al 2060, altri, addirittura, non ne prevedono una reale riduzione nel tempo, data l'enorme diffusione dell'amianto tuttora presente. Risale al 1935 la prima segnalazione di associazione tra esposizione all'amianto ed insorgenza di tumori. Nel 1960 si segnalano le prime descrizioni epidemiologiche di casi di mesotelioma maligno da amianto e nel 1965 la Comunità Scientifica Internazionale definisce l'amianto come cancerogeno. Nel 1986 l'Eternit Italia chiude per fallimento e lo stabilimento è stato bonificato e sarcofagizzato nel 2005; la miniera di Balangero chiude nel 1990 e deve ancora essere bonificata.
Nel 2004 viene presentata la prima denuncia contro i due proprietari dell'Eternit per inosservanza di qualsiasi disposizione in materia di sicurezza sul lavoro, con 2889 richieste di risarcimento. Nel 2012 la sentenza di primo grado condanna i proprietari a 16 anni di reclusione per disastro ambientale doloso ed omissione dolosa di cautele anti-infortunistiche. Nel 2013 la sentenza di secondo grado condanna l'unico proprietario sopravvissuto a 18 anni di reclusione + 90 milioni di euro di risarcimento. Nel Novembre 2014 la prima sessione penale della Corte di Cassazione pur dichiarando: "Il disastro ambientale doloso c'è e c'è anche il nome del responsabile", lo assolve per la prescrizione dei reati.
La lezione dell'amianto è, dunque il più classico esempio di conflitto fra interessi economici e tutela della salute pubblica: "La storia insegna, ma non ha scolari" (Antonio Gramsci, 1921).

Il rischio cancerogeno negli AMBIENTI DI LAVORO: la realtà forlivese

Le fonti informative sui tumori professionali si basano sul DPR 1124/65 Art. 139: *E' obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca la esistenza la denuncia delle malattie professionali all'AUSL e all'INAIL*". Il DM 10 giugno 2014 (G.U. n. 212 del 12.09.2014) elenca i principali cancerogeni professionali: Asbesto, Benzene, Formaldeide, Polveri di legno e di cuoio, Cromo, Nichel, etc.

Nel periodo 2010-14 sono stati segnalati nel distretto di Forlì-Cesena, 24 tumori professionali (0,8% di tutte le malattie professionali) di questi, 18 (75%) erano mesoteliomi. I mesoteliomi diagnosticati a Forlì dal 1986 al 2015 sono stati 153, il 31% in lavoratori esposti in passato alla produzione di fibre artificiali, il 21% per allestimento di arredi navali, i restanti in lavorazione di legno, carrozzerie, carpenterie etc. Attualmente il "piano regionale amianto" prevede: il censimento dell'amianto friabile e compatto in strutture pubbliche o aperte al pubblico (RER): ogni anno vengono controllati circa 50 cantieri.

DIOSSINA: storia e insegnamenti di Seveso in 40 anni

Venerdì 10 luglio 1976 un reattore dell'ICMESA (Roche) che produceva composti intermedi per la produzione di cosmetici, prodotti farmaceutici e TCP (2,4,5 trichlorofenolo, per bactericidi-erbicidi), a Seveso nei dintorni di Milano, esplose producendo una immensa nube tossica con emissione di una enorme quantità di TCDD (2,3,7,8 tetracloro-p-dibenzodiossina).

Nel 1976 nessun laboratorio al mondo era in rado di misurare la Diossina nel sangue e le decisioni prese in emergenza furono: -controllo sanitario della popolazione, -misurazione della diossina nel suolo con delimitazione in 3 aree a differente contaminazione, -completa informazione alla popolazione, -distruzione di frutta e vegetali, -controlli veterinari (molti animali domestici o di allevamento morirono e alcuni furono abbattuti). A circa 400 persone, specialmente bambini comparvero ustioni da sostanze chimiche contenute nel reattore che regredirono in tempo relativamente breve mentre alcuni bambini ebbero ustioni così gravi da necessitare ricovero ospedaliero. Furono evacuate circa 750 persone dalla zona maggiormente contaminata e iniziarono i controlli clinici (ematologici, dermatologi, ginecologici …) e con 27 test di laboratorio per indagare la funzionalità di organi e sistemi ma non si evidenziarono alterazioni di rilievo rispetto alla norma. Da settembre, tuttavia, dopo circa 2 mesi iniziarono a comparire casi di cloracne: in totale 187 di cui 19 di grado III-IV che guarirono nel tempo. Le indagini continuarono per anni e nel 1984 il Comitato Scientifico Internazionale, nel proprio documento finale, concluse che la cloracne era stata l'unica alterazione clinica evidente indotta da diossina e che per gli effetti cancerogeni occorreva attendere.

A 10 anni dall'incidente l'area fu del tutto bonificata con decorticazione della zona A e demolizione sia dello stabilimento ICMESA che delle case più vicine, il materiale posto in sicurezza in appositi contenitori ricoperti di nuovo terreno e tutta la zona A fu rimboschita e sorge ora un parco chiamato "bosco delle querce". Nello stesso 1987 ai Centers for Disease Control negli USA riuscirono a dosare la diossina nel sangue di militari reduci dal Vietnam e nell'anno successivo partì un progetto Italia-USA per l'analisi dei campioni di Seveso che erano stati conservati dal 1976. Iniziò così l'analisi dei dati sulla base della dose/effetto. Le concentrazioni di diossina nel plasma risultarono molto variabili nei soggetti. Non sempre la corrispondenza fra valori anche altissimi andava di pari passo con la gravità clinica della cloracne, addirittura alcuni soggetti con elevate concentrazioni di diossina non avevano cloracne dimostrando così una diversa suscettibilità umana. Dalle misurazioni proseguite nel tempo, fino ad oltre il 2010, si appurò che il tempo di dimezzamento della diossina nel corpo umano è di circa 9 anni per le femmine e di circa 7 per i maschi, mentre nei bambini è molto più breve (si misura in mesi), ma aumenta progressivamente con l'aumento del peso corporeo.

Il registro dei tumori appositamente creato per monitorare l'area di Seveso e una vasta area circostante ha evidenziato un lieve incremento di mortalità per tumori emolinfopoietici nelle aree più contaminate con un rischio relativo (RR) che va dal 1,59 al 2,23. Lievi eccessi di mortalità sono stati riscontrati nel primo anno anche per malattie cardiocircolatorie e malattie respiratorie cronico-ostruttive, e, successivamente, nelle femmine, per diabete mellito. Sono state riscontrate anomalie di sviluppo dentale in soggetti con alte concentrazioni di diossina nel plasma. Effetti della diossina sono stati riscontrati negli anni 80 e 90 sul sistema riproduttivo di rettili, pesci e mammiferi con

femminilizzazione nei maschi e mascolinizzazione nelle femmine e diminuzione delle nascite e di nati vivi.
Nel tempo, a Seveso, è stato ben documentato il rapporto fra momento dell'esposizione e concentrazione di diossina ed effetti sulla sfera riproduttiva umana (circa 5-6 volte la "norma" di allora): i maschi esposti in età compresa fra 10 e 20 anni, con concentrazioni nel plasma superiori a 60ppt hanno generato più femmine (sane) che maschi (invertendo il rapporto dei non esposti a favore dei maschi) mentre questo effetto non è stato visto con femmine esposte. Lo studio di oltre 900 femmine esposte a diverse età, comunque ad oltre 100ppt ha evidenziato accorciamento di un giorno nel ciclo mestruale ed un aumentato rischio di endometriosi e di tumori della mammella e una diminuzione di fibromi. I maschi esposti all'età inferiore ai 9 anni ad oltre 60ppt hanno avuto una diminuzione della concentrazione dello sperma di circa il 30%. L'esposizione in età adulta non ha prodotto modificazioni. In definitiva la diossina di Seveso, oltre a dimostrarsi nel tempo cancerogena, ha mostrato alcuni effetti sulla sfera riproduttiva in uomini, pur con differenze relative all'età ed al sesso del soggetto e al momento dell'esposizione e differenze dovute alla suscettibilità individuale. Si è rivelata, comunque, più tossica per i bambini.
Il disastro ambientale di Seveso ha comportato modificazioni epocali nelle dinamiche e nei comportamenti della nostra società riguardo alla tutela della salute, ai rapporti fra scienza, etica e comunicazione ed anche per quanto riguarda il dovere di informare correttamente la popolazione coinvolta. Il disastro di Seveso ha facilitato la nascita del nuovo SSN, ha stimolato progressi scientifici, ha trasformato un gravissimo incidente in uno studio epidemiologico, mediante la collaborazione di diverse competenze. Ha fornito, tramite il sacrificio della popolazione di Seveso, la consapevolezza che l'uomo è diventato più pericoloso per la natura di quanto essa lo sia mai stata per lui e che il potere tecnologico, diventato collettivo, può e deve essere controllato solo dal potere politico. Per questo è necessario il consenso delle persone: Seveso ha portato la responsabilità al centro dell'etica, con un nuovo tipo di relazione tra scienza e persone, anche quando la scienza non conosce chiaramente i problemi e le loro soluzioni. Gli scienziati devono comunque condividere con la popolazione, oltre alle proprie conoscenze ed ai progressi raggiunti, anche la propria ignoranza, mantenendo una efficace interazione con la cittadinanza, così, come è avvenuto a Seveso.
Queste nuove sensibilità hanno modificato comportamenti nelle lavorazioni industriali, nel modo di riscaldare le abitazioni, nelle emissioni delle auto ecc, abbassando oggi di circa 10 volte, cioè a circa 1-2ppt il limite della concentrazione di diossina nel sangue dai circa 12-15ppt di quaranta anni fa.

Lo Studio SENTIERI

Nel 2007 è iniziato da parte dell'Istituto Superiore di Sanità lo: "Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento" (SENTIERI), riguardante i dati sanitari dal 1995 al 2002 di 44 dei 57 SIN (Siti di Interesse Nazionale), dichiarati inquinati dallo Stato Italiano per essere centri industriali attivi o dismessi oppure aree oggetto di smaltimento di rifiuti industriali e/o pericolosi. In essi è stata evidenziato un eccesso di mortalità di 1200 morti/anno rispetto alle aree geografiche di riferimento. Diciotto SIN sono ubicati in aree serviti da un Registro Tumori, ed in collaborazione con AIRTUM (Associazione Italiana registri Tumori), lo Studio ha permesso di verificare fino al 2010 un eccesso di incidenza tumorale del +9% nei maschi e +7% nelle femmine, con picchi locali altamente significativi come quello di Taranto: +33-39% per tutti i tumori.
Una successiva pubblicazione del 2014 (Sentieri Kids) ha preso in esame l'incidenza tumorale nei bambini in 23 SIN: in 10 anni i tumori in età 0-24 sono stati 1.127 per una incidenza per tutti i tumori nell'età 20-24 di +10% e di +56% per Tumori del Sistema Nervoso Centrale (SNC). La suddivisione geografica ha evidenziato altri eccessi: centro-sud (8 SIN) incidenza leucemie età 1-4 femmine +67%; picchi locali (ad es. tutti i tumori +54% a Taranto); centro-nord (15 SIN) incidenza per tutti i tumori età 0-24, +9%, età 20-24 +16%, età 0-1 +47%; incidenza leucemie età 5-9 +45%; incidenza tumori SNC età 20-24 +85%.
I limiti dello Studio Sentieri riguardano in genere una sottostima dei dati: le aree servite dal Registro Tumori sono generalmente molto più ampie del SIN (effetto diluizione) e gli inquinanti spesso diffondono anche nelle aree non coperte dal quel registro. D'altra parte, le popolazioni di controllo

non sono certo esenti da inquinamento. In questo studio, inoltre, non vengono considerati molti altri indicatori di "inquinamento-salute", come disturbi riproduttivi, malformazioni, disturbi neurocognitivi dell'infanzia, turbe endocrino-metaboliche, eventuali effetti trans-generazionali sulle generazioni successive.
I pregi dello Studio Sentieri si evidenziano in dati originali, frutto di metodologia integrata ed innovativa con risultati su larga scala temporale, da parte di una Istituzione priva di conflitti di interesse, che si è avvalsa di autori esperti ed altamente competenti. Lo Studio ha dimostrato, inoltre, l'associazione epidemiologica indiscutibile tra inquinamento, mortalità e morbosità per numerose patologie gravi, soprattutto tumorali, diversificata per fasce di età.
Le considerazioni che si possono trarre dallo Studio Sentieri riguardano innanzitutto le mancate bonifiche: secondo il Decreto Min. Ambiente 11/1/2013 restano di competenza nazionale 39 SIN, ovvero circa 130.000 ettari in cui vivono circa 6 Milioni di persone (1 milione di età inferiore ai 20 anni). I terreni bonificati sono ad oggi sono < 2%; le falde bonificate sono < 6%. In 18 anni di mancate bonifiche, dal 1998, si sono avute almeno 1.200 morti evitabili/anno. Si è di fronte ad un evidente caso nazionale di discriminazione ambientale e sanitaria, non giustificabile neppure dal punto di vista meramente economico, come dimostra l'esempio di Taranto, per il quale i costi sanitari sono stati valutati dall'European Environment Agency in 3,6 Miliardi di euro in 5 anni, contro una perdita del PIL (0,24%) di 3,5 Miliardi di euro stimata nel caso di chiusura della acciaieria ILVA.
"Di tutte le forme di disuguaglianza, l'ingiustizia nella sanità è la più scioccante e disumana" Martin Luther King 1966.

Il ruolo dei REGISTRI TUMORI in Italia oggi: opinioni a confronto

Il Registro Tumori (RT) della Romagna ha aumentato progressivamente la copertura di tutto il territorio "romagnolo" da Imola all'Alta Valmarecchia, passando da una sorveglianza di 430.262 abitanti nel 1985 a quella di 1.258.000 nel 2014. L'attività del Registro è di supporto a quelle dei vari Dipartimenti e Distretti Oncologici della Romagna compreso il supporto agli screening ed ai percorsi diagnostici-terapeutici. I dati di incidenza di tutti i tumori in Romagna, usando il tasso standardizzato per età sulla Popolazione Standard Europea (E) e confrontandola con l'Area di riferimento geografica del Nord-Est (che ha le incidenze per maschi e femmine più elevate di Italia), mostrano per i maschi valori più bassi per Forlì-Cesena e sensibilmente più elevati per Ravenna ed ancor più per Rimini; lo stesso aspetto si rileva per le femmine, per le quali i dati di Ravenna e Rimini sono nettamente più alti di quelli di riferimento del Nord-Est. I dati riferiti ai tumori in età 0-19 mostrano un tendenziale aumento nel tempo, come avviene in Italia e nel Nord-Est, ma i piccoli numeri non consentono deduzioni più particolareggiate.
Più in generale i RT, nati spontaneamente in Italia, attendono ancora una normativa nazionale definitiva che li estenda su tutto il territorio e ne precisi le prerogative ed i compiti, anche in merito al delicato problema della "privacy". La qualità dei flussi informativi, che copre al momento il 51% della popolazione italiana, è senz'altro elevata, poiché si basa su numerose e diversificate fonti. Sicuramente, a tutt'oggi, non vi sono altre forme di informazione (SDO, esenzioni ticket, registri locali etc.) che consentano una qualità migliore o uguale di raccolta dati.
Per ottenere tuttavia questo tipo di qualità è necessario un periodo di validazione dei dati di circa 4-5 anni, per cui i dati più recenti emessi dai RT hanno sempre questa latenza temporale. Se si aggiunge che i tumori censiti sono insorti mediamente per una esposizione a fattori di rischio di almeno 10-20 anni prima, ci si accorge che una eventuale indagine epidemiologica dei dati analizza effetti di abitudini, e di esposizioni ambientali "vecchie" di alcune decine di anni, tanto che appare calzante la domanda provocatoria del Prof Terracini (decano dell'Epidemiologia italiana) di qualche tempo fa: "Riusciranno i RT a salvare l'Epidemiologia?".
Ribadito il concetto che i RT siano l'unico "luogo" dove poter trovare qualità e sicurezza dei dati, per rispondere alle richieste di indagini epidemiologiche attuali ed avere indicazioni più celeri attinenti alla tutela della salute, occorre che le AUSL rendano disponibili e comparabili le rilevazioni anche su altri dati sensibili, accorpandole per aree geografiche significative per rischi espositivi (e non secondo i confini anagrafici di comuni e province tracciati 150 anni fa).

L'esigenza di avere dataset, organizzati in maniera semplice e razionale secondo le classificazioni di riferimento usate dalla Comunità Europea, resi accessibili a utenti accreditati ai fini della consultazione e della successiva elaborazione delle informazioni disponibili come auspicato dal documento ISDE (1/4/2016) "Open access dei dati sanitari e possibilità di Prevenzione Primaria" (2) oltre al riconoscimento istituzionale di Airtum ed alla approvazione di un disegno di legge definitivo sui RT a livello nazionale, sono gli auspici per un "salvataggio" dell'Epidemiologia al servizio dei cittadini.

(1) Late lessons from early warnings: the precautionary principle 1896-2000; http://www.eea.eu.int; 2001
(2) Di Ciaula A. & Zambon P., Comitato Scientifico ISDE Italia "Open access dei dati sanitari e possibilità di Prevenzione Primaria" Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia; 1° Aprile 2016 Isde@ats.it - www.isde.it

Dott. Ruggero Ridolfi

A nome della Commissione "Ambiente e Salute, Sicurezza Ambienti di Lavoro e Stili di Vita": Bartolini Federico, Gentilini Patrizia, Milandri Massimo, Pascucci Gian Galeazzo, Ragazzini Marco, Ruffilli Corrado, Saletti Annalena, Timoncini Giuseppe, Tolomei Pierdomenico

Si ringraziano:

M. GAUDIO (Presidente Ordine Medici ed Odontoiatri Forlì-Cesena);
R. BACCHI (Direttrice UO Epidemiologia e Comunicazione - Forlì AUSL Romagna);
R. MOSCONI (Assessore Politiche Sociali e Promozione della Salute – Forlì);
N. ZACCARELLI (Assessore Ambiente e Mobilità – Forlì);
D. DELL'AMORE (già Direttore Chirurgia Toracica - Forlì);
L. VENERI (Direttore Medicina del Lavoro - Forlì AUSL Romagna);
P. MOCARELLI (già del Dipartimento di Scienze della Salute Università degli Studi Milano-Bicocca);
A. DI CIAULA (UO Medicina Interna, PO Bisceglie - ASL BAT e Coordinatore Comitato Scientifico ISDE-Italia);
F. FALCINI (Direttore Registro Tumori Romagna IRST-IRCCS Meldola –FC);
E. CROCETTI (Segretario Nazionale AIRTUM - Milano);
P. CROSIGNANI (già Direttore UO complessa "Registro Tumori ed Epidemiologia Ambientale" - Istituto Nazionale Tumori- Milano)

LA PRESCRIZIONE DELL'ESERCIZIO FISICO COME STRUMENTO DI PREVENZIONE E TERAPIA

28.05.2016 presso Technogym Village

Un grande successo. Solo così, semplicemente, è definibile l'evento del 28 Maggio, organizzato dal nostro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena in partnership con gli altri due OMCeO della Romagna, Ravenna e Rimini.
Il corso, inserito nell'ambito della "Wellness Week 2016", la settimana del benessere e dei sani stili di vita in Romagna, ha attirato ben 140 colleghi e si è tenuto nel bellissimo Campus Technogym di Cesena.
Molto interessante l'argomento, un aggiornamento sull'uso della attività fisica come vero e proprio farmaco, con pochi o nulli effetti collaterali ed effetti sorprendenti sul benessere di tutti i cittadini.
Tutti i relatori hanno dimostrato come negli ultimi tempi si stia cercando una ulteriore valorizzazione di questa risorsa, per la sua efficacia e per i suoi costi, davvero molto contenuti
Il primo relatore, il Dott. Mauro Palazzi, ha illustrato lo stato attuale, con i numeri e le percentuali dei cittadini italiani ed emiliano-romagnoli che svolgono attività fisica, e per fortuna dai dati si evince che la nostra zona è una delle migliori in Italia. Dove, peraltro, esiste ancora un 35-40% di persone completamente inattive, e quasi un 20% di persone in grave sovrappeso.
Poi, il Dott. Palazzi ha parlato dei programmi della Regione Emilia Romagna e delle novità in arrivo, inserite tra l'altro anche nel nuovo Piano regionale Prevenzione. Si tratta di percorsi per la attività fisica sia su pazienti in discreto benessere (Attività fisica adattata –AFA) sia su pazienti con patologie croniche (Esercizio Fisico Adattato –EFA). Molto interessanti soprattutto le nuove condizioni di "accreditamento" delle palestre, che dovrebbero permettere una maggiore capillarità di strutture disponibili per la AFA su tutto il nostro territorio. Queste novità sono attese per il prossimo autunno.
La relazione del Dott. Giovanni Mosconi ha illustrato gli effetti dell'esercizio fisico nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo. Nei pazienti trapiantati, infatti, la patologia cardiovascolare costituisce tuttora una importante causa di morbilità e mortalità, data la presenza di molti fattori di rischio che possono essere contrastati da adeguati stili di vita. Sono già disponibili dati positivi dell'effetto della attività fisica su potenza aerobica, forza muscolare, percezione dello stato di benessere. Nel 2008, il Centro Nazionale Trapianti ha impostato il programma di studio "Trapianto… e adesso sport" che ha mostrato la sicurezza dell'attività fisica e sportiva nei pazienti con trapianto. I risultati di un recente studio della durata di un anno in pazienti con trapianto di rene hanno evidenziato l'efficacia di un esercizio fisico supervisionato (esercizi aerobici + potenziamento muscolare) sui parametri di fitness cardiovascolare, sullo stato nutrizionale, sulla percezione della qualità di vita. Il protocollo ha permesso la creazione di una rete che coinvolge Medici impegnati nella gestione dei pazienti trapiantati (Centri Trapianto, Nefrologie, Gastroenterologie), Medici dello Sport e palestre certificate per la prescrizione personalizzata dell'esercizio.
Poi il Dott. Gianluigi Sella ha parlato della esperienza del Centro di Medicina dello Sport di Ravenna nella realizzazione di programmi di prescrizione dell'attività fisica. Il suo intervento, incentrato sul concetto che l'attività fisica è un efficace strumento di prevenzione, ha illustrato una strategia di intervento nei confronti di persone sane (prevenzione primaria) o affette da patologie già conclamate (prevenzione secondaria e terziaria), concludendo che l'esercizio fisico dovrebbe essere inserito nel normale iter terapeutico per il trattamento di queste patologie.
Ma l'introduzione nella pratica clinica dell'utilizzo dell'attività fisica richiede di approntare concrete modalità organizzative, e lo scopo della relazione del Dott.Sella è stato proprio quella di illustrare le modalità e i tempi di somministrazione di questo trattamento che nella esperienza ravennate si è dimostrato efficace per molte patologie (diabetici, sindrome metabolica, trapiantati di organo solido, pazienti con eventi coronarici acuti).
Un altro esempio di programma di attività fisica "tagliato su misura" su pazienti patologici è venuto

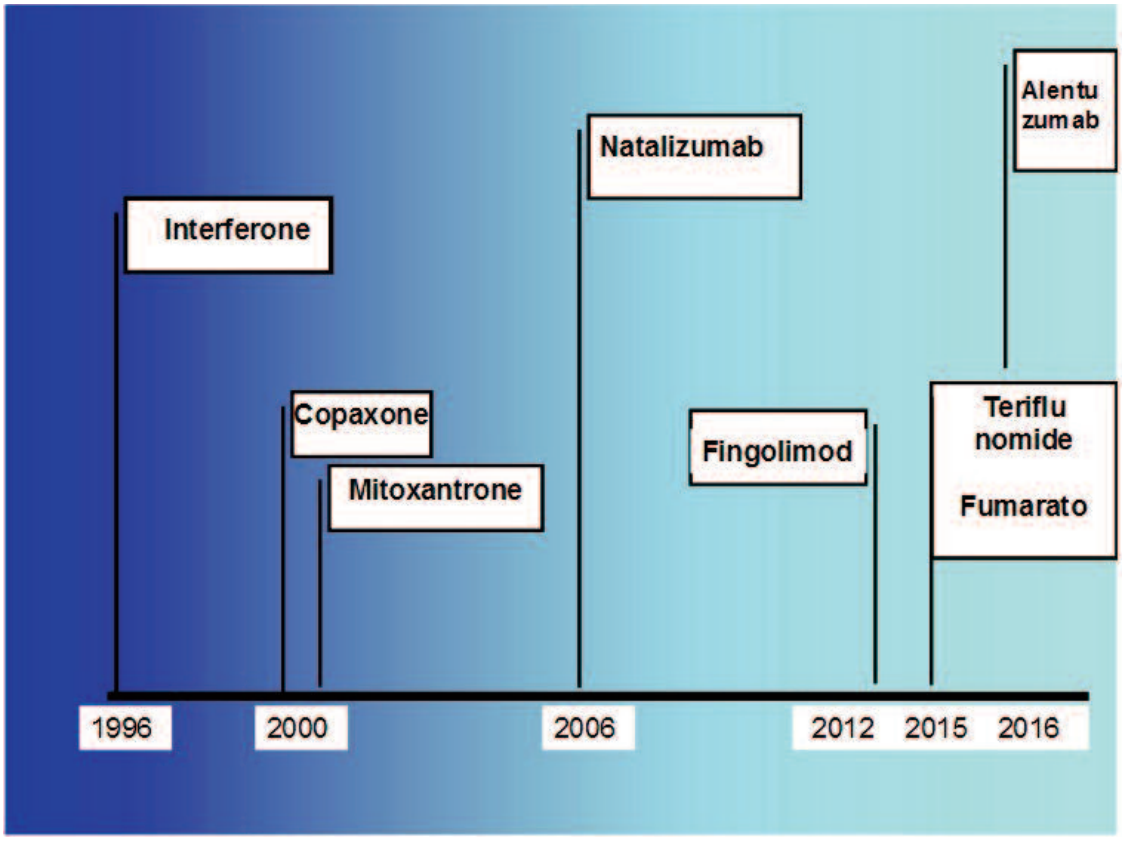
dalla relazione del Dott. Paolo Mazzuca, che ha presentato il progetto "Lifestyle Gym" sviluppato a Rimini. La sua relazione ha parlato della necessità di somministrare la attività fisica con grande attenzione, soprattutto nelle fasi iniziali, con un controllo attento da parte di professionisti competenti, in ambienti adatti, e medicalmente assistiti. Questo per evitare il rischio di eventi sfavorevoli osteo-muscolo-articolari e cardiovascolari, che si realizzano prevalentemente nelle fasi iniziali di avviamento all'esercizio fisico per le persone abitualmente sedentarie.
Nel progetto presentato dal Dott. Mazzuca vi sono interventi multidisciplinari integrati – medico nutrizionale e motorio – per le persone affette da patologia dismetabolica cronica.
Quindi, solo dopo la esclusione di patologie limitanti in senso motorio e cardiorespiratorio, e prese le misure delle condizioni metaboliche, si parte con una fase di attività fisica di condizionamento muscolare, e successivamente si avvia la "dose" di esercizio fisico monitorata, condivisa, metabolicamente efficace, sicura in senso cardiovascolare e osteomuscoloarticolare.
Parallelamente, cosa che dovrebbe sempre essere fatta, si avvia l'intervento nutrizionale, strutturato sulla conoscenza del comportamento alimentare del paziente, su una proposta di modello alimentare di tipo mediterraneo.
Dalla relazione del Dott. Corrado Ruffilli, medico di Medicina Generale a Cesena, sono arrivate interessanti proposte di prescrizione di attività fisica nello studio del medico di famiglia, ipotizzando l'uso di schede informatiche inserite all'interno delle cartelle elettroniche.
Questo, sia per ottenere un rilevamento dei dati al momento della prescrizione della attività stessa sul paziente, per potere poi paragonare l'evoluzione dei parametri metabolici ogni 3-6-9 mesi di attività, sia per "dialogare" con le strutture a cui il medico di MG invia i pazienti
Secondo il Dott. Ruffilli, un'altra possibilità potrebbe essere l'utilizzo di un documento personale, sul tipo del "Libretto Sanitario dello Sportivo" che la Regione Emilia-Romagna fa ora compilare ai giovani sotto i 19 anni. Estendendo l'uso di questo libretto anche ai pazienti più anziani si otterrebbe una sorta di "istituzionalizzazione" della prescrizione di attività fisica con notevole valenza simbolica per i nostri assistiti
Ho chiuso la giornata in qualità di relatore con la presentazione di un caso clinico: nel mio studio di MMG ho seguito per cinque anni un paziente con attività lavorativa sedentaria (autotrasportatore), che attraverso esercizio fisico continuato per oltre 12 mesi ha ridotto sensibilmente i valori di lipidi ematici, glucosio, peso corporeo e pressione arteriosa molto di più che con la sola assunzione di farmaci. Questo effetto è poi stato limitato da un importante cambiamento della sua situazione familiare e lavorativa, che hanno riportato la situazione del paziente quasi alle condizioni di partenza. La conclusione è quindi che la attività fisica, se iniziata, va proseguita a lungo, l'ideale sarebbe per sempre, con un vero e proprio cambio di abitudini di vita, perché i suoi effetti sono buoni, ma solo per il periodo in cui questa "terapia" si assume.

Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Vice Presidente OMCeO Forlì-Cesena
Medico di Medicina Generale

LE NUOVE TERAPIE NELLA SCLEROSI MULTIPLA

09.06.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

Negli ultimi 10 anni le terapie per la Sclerosi Multipla si sono rapidamente ampliate e diversificate: da una quasi assenza di strumenti terapeutici dell'era pre-interferone, si è passati alla disponibilità di terapie immunomodulanti cosiddette "di primo livello" (Interferone e Glatiramer acetato) a metà degli anni '90, fino alla attuale disponibilità di terapie di primo, secondo, e terzo livello con differenti meccanismi d'azione.



La scelta della terapia è diventata più complessa e dipende dalla
- fase della malattia
- aggressività clinico-radiologica
- precedente storia farmacologica
- età, patologie concomitanti, stato immunitario…

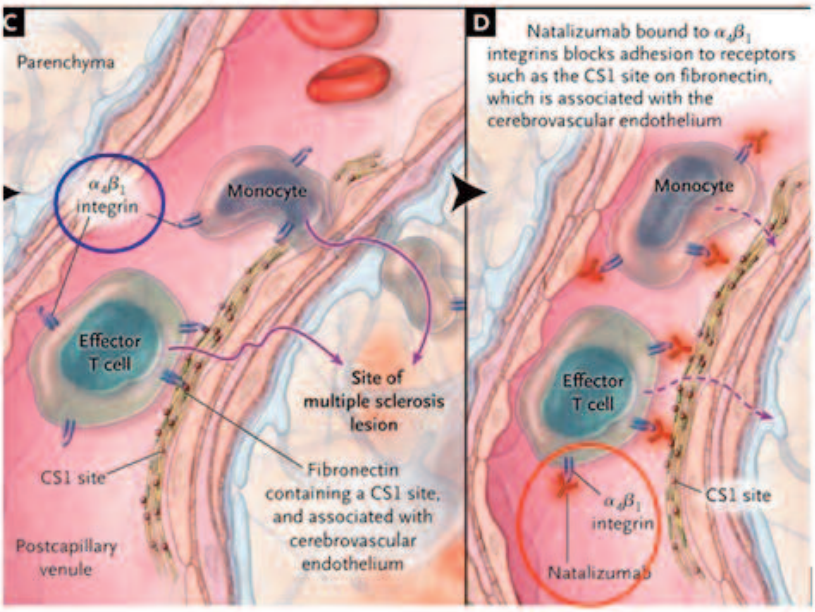
Si dettagliano i cinque farmaci entrati in uso negli ultimi 10 anni, seguendo un ordine temporale.

Natalizumab (Tysabri).
Anticorpo monoclonale somministrato per infusione venosa 1 volta al mese, per pazienti che hanno fallito la terapia di primo livello con immunomodulanti effettuata per almeno 1 anno, o con sclerosi multipla molto aggressiva dall'esordio.

Natalizumab

<< è indicato come monoterapia disease-modifying nella SM recidivante remittente ad elevata attività >> AIFA 2006

- Anticorpo monoclonale contro una particolare proteina: l'integrina VLA-4
- Impedisce alle cellule infiammatorie di passare dal sangue al tessuto cerebrale



Vantaggi: Efficacia decisamente superiore alle terapie di 1° livello, con abbattimento delle ricadute del 68% rispetto a placebo, della attività di Risonanza del 92%, della progressione globale di malattia del 30%.
Effetti collaterali: le reazioni infusive sono rare; si controllano periodicamente gli esami ematici.
Principale precauzione: sorveglianza clinico-radiologica della rara leucoencefalopatia multifocale progressiva (PML), infezione opportunistica potenzialmente letale legata al virus JC che causa progressive demielinizzazioni cerebrali. La incidenza globale inizialmente valutata di 1/1000 trattati oggi viene "stratificata" su rischi diversi, utilizzando un test (appunto "Stratify") che misura la presenza /assenza e, in caso di positività, il livello degli anticorpi anti virus JC.
Attenzione: al rebound di malattia quando si sospende la terapia.

Fingolimod (Gylenia)
E' stato il primo farmaco orale introdotto, anche questo di seconda linea per pazienti che hanno fallito la terapia di primo livello con immunomodulanti effettuata per almeno 1 anno, o con sclerosi multipla molto aggressiva dall'esordio. Assunzione giornaliera di 1 cp.

Meccanismo d'azione: E' un analogo della sfingosina, il cui recettore S1P è ubiquitario e regola differenziazione e adesione delle cellule, in particolare dei linfociti, ma è presente anche su astrociti e microglia nel sistema nervoso centrale e anche su endotelio, miociti atriali, epitelio bronchiale etc. Blocca il "traffico" dei linfociti T tra sangue e organi linfoidi, sequestrando i linfociti (in particolare quelli autoreattivi) nei linfonodi, con effetto di pseudo-linfopenia. Nel sistema nervoso blocca la produzione di citochine infiammatorie.
Efficacia: riduce del 50% le ricadute rispetto al placebo e dell'attività di risonanza nell'86% dei pazienti. Il tasso di ricaduta media a 5 anni è di 0,20. Dagli studi comparativi indiretti, rispetto a Natalizumab appare comunque meno potente.

Precauzioni ed effetti collaterali: la precauzione principale è legata alla bradicardia come effetto di prima dose, che deve essere monitorata, e alle infezioni in particolare da herpes virus. E' necessario quindi essere vaccinati contro la varicella-zoster o avere un titolo anticorpale efficace. Controlli periodici degli esami ematici, in particolare di emocromo. Per maggiori dettagli vedi tabella.

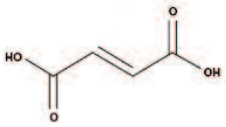
Precauzioni e monitoraggio: Fingolimod nella pratica

	Raccomandazione
Bradicardia 1ª somm. di farmaco	• Osservazione per 6 ore dalla prima somministrazione di farmaco con monitoraggio ECG
Edema maculare	• Valutazione oftalmologica prima, e a 3 mesi dall'inizio del trattamento - attenzione se condizioni predisponenti: diabete e precedente uveite
Neoplasie cutanee	• Valutazione dermatologica pre-terapia e annuale • Autovalutazione della pelle
Infezioni	• Vaccinare per HVZ chi ha basso titolo di Ac anti varicella-Zoster • Evitare l'utilizzo di vaccini vivi • PML: 30
Funzionalità epatica	• Non iniziare terapia se ALT >2×ULN • Valutazione periodica della funzionalità epatica; interruzione della terapia se ALT >5×ULN
Gravidanza	• Test di gravidanza prima dell'inizio della terapia e utilizzo di un metodo contraccettivo • Registro delle gravidanze

Terapie orali di prima linea

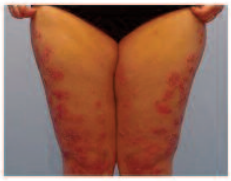
Dimetilfumarato o BG12 (Tecfidera)

TECFIDERA – Dimetilfumarato
BG 12



• Farmaco utilizzato in Germania per la psoriasi dal 1994 (Fumaderm®, 200.000 pazienti)

• Dotato di azione antiinfiammatoria, non immunosoppressiva; neuroprotettiva?

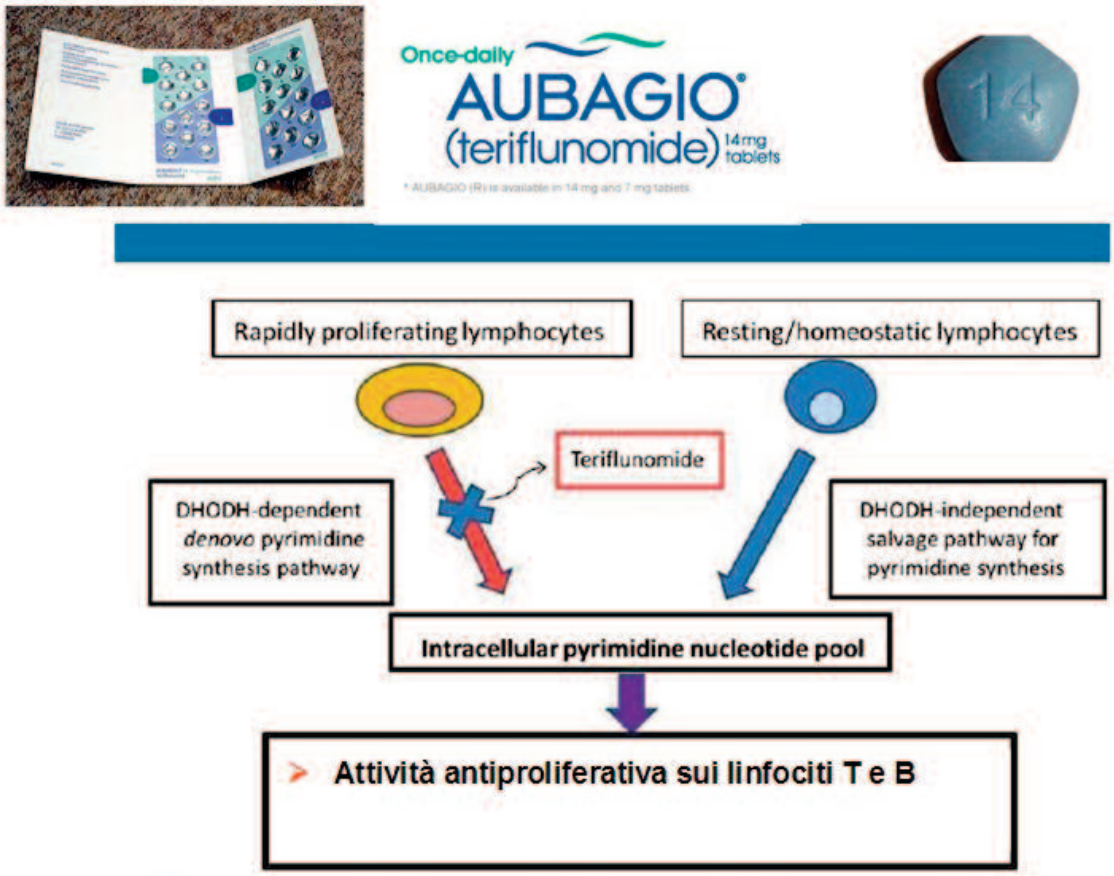


Attivatore della risposta Nrf2-dipendente ("fattore nucleare eritro-derivato") che risponde allo stress ossidativo

Modifica il rapporto tra linfociti pro-infiammatori e antinfiammatori, agisce su citokine (infiammatorie), e molecole di adesione

Assunzione: giornaliera di 2 cp a stomaco pieno.
Tollerabilità: buona; le reazioni secondarie che conducono ad interruzione della terapia sono il rossore facciale improvviso (3%) e gli eventi gastrointestinali (4%) cioè epigastralgia, nausea e vomito. Questi ultimi si minimizzano con una lenta titolazione, con pasti ricchi di proteine, e comunque scemano con il tempo.
Sorveglianza: nessun evento avverso grave a tipo di infezioni o tumori è stato segnalato con frequenza superiore al placebo, ma se si verifica linfopenia sotto 500/mm3 bisogna interrompere temporaneamente il farmaco.
Efficacia: vedi sotto per efficacia comparativa rispetto alle altre terapie di I livello.

Teriflunomide (Aubagio)



Meccanismo d'azione: blocca la sintesi delle pirimidine, nel DNA elettivamente dei linfociti proliferanti.
Assunzione: mono somministrazione giornaliera.
Tollerabilità: buona, i principali effetti collaterali sono nausea, vomito, infezioni minori, alopecia (10-20%), parestesie (10%) con progressiva maggiore tolleranza.
Precauzioni: per potenziale rischio di tossicità epatica gli esami di funzionalità epatica devono essere effettuati prima e periodicamente durante il trattamento. Inoltre, essendo il farmaco in classe X per possibile teratogenicità, se una donna in trattamento inizia accidentalmente una gravidanza deve interrompere la Teriflunomide e attuare una procedura di eliminazione accelerata, ma si considera anche la possibilità di interrompere la gravidanza.
Efficacia: possiamo riassumere così l'efficacia dei due farmaci orali, rispetto a placebo e nel confronto indiretto con gli immunomodulanti Interferone e Glatiramer:
riduzione del 30% delle ricadute (Teriflunomide) o del 45% (Fumarato) rispetto a Placebo
nel confronto indiretto Teriflunomide ha la stessa efficacia di Interferone ad alte dosi
nel confronto indiretto Fumarato è lievemente più efficace di Glatiramer acetato.

Farmaco di terza linea: Alentuzumab (Lemtrada)
Anticorpo monoclonale che, diretto contro il recettore CD 52 di linfociti T e B, ne causa una rapida deplezione periferica; il lento ripopolamento, che impiega 6 mesi-1 anno per completarsi, aumenta la quota di linfociti T "regolatori."
Ha uno schema di somministrazione innovativo: 5 giorni di infusione, poi 1 anno di intervallo e altri tre giorni di infusione (possono seguire ulteriori richiami ma non sono codificati).
Tollerabilità: a parte le reazioni da infusione praticamente costanti, per cui il paziente deve essere pretrattato e strettamente sorvegliato, un frequente monitoraggio deve continuare anche durante l'anno di intervallo e negli anni seguenti per la possibilità di malattie autoimmuni: ipo/ipertiroidismo (30%), Porpora trombocitopenica autoimmune (3%) potenzialmente grave, Sindrome di Goodpasture (0.5%) potenzialmente molto grave.
Efficacia: al momento è il farmaco più efficace a disposizione; riduzione delle ricadute del 70% rispetto ai farmaci di Ia linea e stabilizzazione completa di malattia nel 50% a 5 anni.

RIFLESSIONI E CONCLUSIONI

La rapida introduzione di nuove terapie di prima, seconda e terza linea comporta una valutazione sempre in fieri del paziente, della Risonanza e della fase di malattia, con possibili viraggi terapeutici anche rapidi.
I farmaci di prossima introduzione (anticorpi monoclonali e altri farmaci orali analoghi della sfingosina) prevedibilmente si collocheranno nella fascia "alta" di rischio / efficacia, per cui la scelta si amplierà ancora verso una maggiore aggressività terapeutica.
La forma relapsing-remitting resta comunque il principale bersaglio delle attuali terapie, mentre la fase secondariamente progressiva tuttora non ha molte alternative, laddove le terapie "antinfiammatorie" perdono progressivamente efficacia.
I complessi meccanismi alla base della malattia Sclerosi Multipla da una parte hanno permesso l'ampliarsi delle scelte a disposizione, dall'altra impediscono un completo controllo di tutti i fattori di progressione anche allo stato attuale, che è tuttavia un panorama completamente diverso rispetto a 20 e a solo 10 anni fa.

Dott. Walter Neri
Direttore U.O. di Neurologia
Presidio Ospedaliero di Forlì - AUSL della Romagna

Dott.ssa Silvia Strumia
Dirigente Medico U.O. di Neurologia
Presidio Ospedaliero di Forlì- AUSL della Romagna

LE ESPERIENZE DOLOROSE NELL'INFANZIA
LA CURA EDUCATIVA DELLE EMOZIONI "DIFFICILI"

16.06.2016 presso Ordine dei Medici di Forlì-Cesena

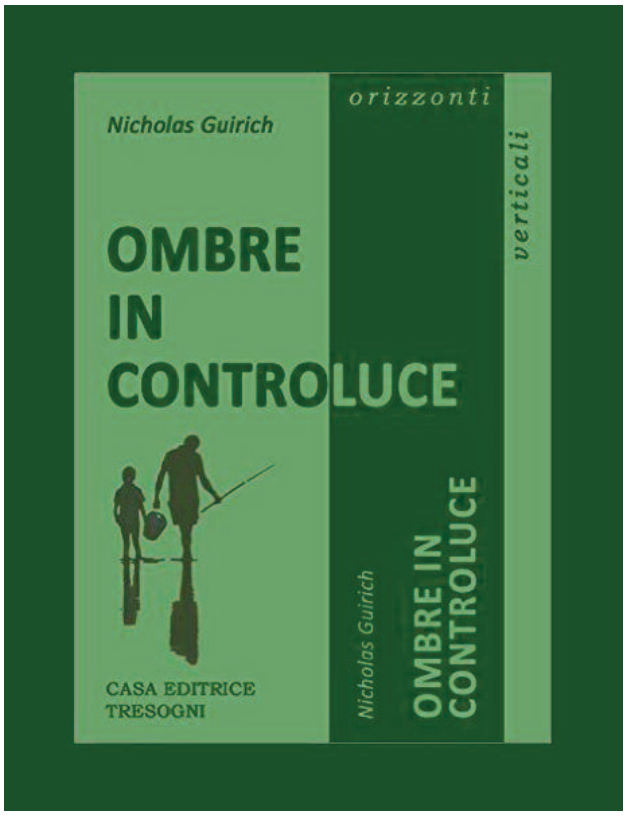
Prevenire il dolore fisico nel bambino, ma non solo, perché occorre occuparsi e preoccuparsi anche della sofferenza emotiva, spesso altrettanto dolorosa e profonda.
Su questo la Commissione Cure Palliative e Terapia del Dolore ha deciso di organizzare presso l'Ordine dei Medici, una serata di aggiornamento "trasversale" invitando due ricercatrici in Scienze dell'Educazione presso l'Università di Bologna, le Dott.sse Michela Schenetti e Elisa Guerra, e la responsabile del Centro per le Famiglie del Comune di Forlì, Dott.ssa Nadia Bertozzi.
L'uditorio era altrettanto trasversale e multidisciplinare perché accanto ai medici dell'adulto e ai pediatri sono intervenuti pedagogisti, insegnanti, psicologi, neuropsichiatri infantili e anche qualche genitore.
In tutti, la consapevolezza che l'infanzia è il luogo della nostra vita dove esperienze ed emozioni lasciano il loro segno più indelebile di cui ciascuno porterà con sé il ricordo e la traccia. E le esperienze dolorose sono spesso più emozionanti di quelle che ci hanno arrecato gioia e restano in noi in maniera più duratura e determinante.
Di queste emozioni difficili Michela Schenetti ed Elisa Guerra hanno parlato e del ruolo importante che hanno i genitori e gli educatori nell'aiutare i bambini ad affrontare la rabbia, la gelosia, la tristezza, la perdita, il tradimento o la delusione. Questi sono i volti del dolore con i quali, inevitabilmente, il bambino si dovrà confrontare lungo le fasi del suo sviluppo. Accompagnare il bambino nel confronto con le proprie emozioni difficili dando loro senso, significato e prospettiva vuole dire dargli gli strumenti per capire ed accogliere anche le emozioni dei suoi simili e, in definitiva, costruire una persona migliore.
I continui rimandi alla filosofia, alla psicologia e alla pedagogia hanno ampliato l'orizzonte della comprensione del dolore in tutti coloro che, con diverse competenze, si occupano dell'infanzia. E i contributi alla discussione hanno rafforzato la convinzione che il dolore ha molte facce e che molti saperi diversi sono necessari per contrastarlo.

Dott. Enrico Valletta
Commissione Cure Palliative e Terapia del Dolore
OMCeO Forlì – Cesena

OMBRE IN CONTROLUCE

Di Nicholas Guirich

Sintesi della presentazione del Prof. Roberto Balzani il giorno 21 novembre 2015 presso la biblioteca di Forlì.



"L'opera è singolare, scritta in un italiano chiaro, piacevole, corretto, fluido. Non è né una narrazione né un memoire.
È un libro di memorie che prima o poi nella vita un uomo sogna di scrivere o pensa che potrà scrivere, quando crede di dover fare il punto e di conseguenza aprire il vaso di Pandora che ciascuno di noi porta dentro di sé. Bisogna però trovare la giusta chiave di lettura per dare un senso a questi percorsi che molto spesso hanno un taglio personale, familiare, di relazione e quindi un valore prevalentemente biografico. Più raramente il valore è invece collettivo, il libro viene letto da persone che non ti conoscono e scatta un meccanismo di coinvolgimento immediato. Questa sovrapposizione di piani fa sì che il volume di Arturo sia costruito su un tracciato biografico, interpolato volutamente da semplificazioni narrative che lo rendono un testo diverso dalle biografie e quindi più interessante.
La pesca è il filo conduttore che va a interpolare, a toccare elementi biografici o elementi di formazione, ma non è il racconto. Il racconto è il suo modo di diventare grande, come si è formato l'uomo, quali sono i valori che sono stati alla base dei cambiamenti, le persone che hanno significato qualcosa e che hanno cambiato anche il suo punto di vista sui valori della vita. Su questa falsariga si giocano un po' tutti i capitoli che però non hanno esclusivamente la pesca come punto di riferimento. La pesca diventa spesso una metafora del mondo, un'allegoria delle relazioni fra le persone, una rappresentazione di quelli che sono elementi di carattere che si devono formare.
La cosa curiosa è che mentre succede tutto questo, fuori si succedono i percorsi delle storia, eventi che hanno segnato la vita di una generazione, grandi vicende o anche piccoli episodi del territorio.
Ancor più interessante è che mentre tutto passa, si capisce che la scelta formativa, quello che ha davvero costruito la persona non è tanto l'aver partecipato a questi fenomeni collettivi quanto piuttosto l'aver guardato questi fatti tenendo fermo un elemento che è quello della propria responsabilità; una responsabilità che non è naturale, ma che anche attraverso la pesca finisce col costruire l'uomo a tutto tondo e lo porta a una piena vita di relazione."

IN RICORDO DI ALDO PAGNI

Ho conosciuto Aldo Pagni alla fine degli anni '70 quando ancora stavo muovendo i primi passi nella professione e non avevo le idee chiare di quello che sarebbe stato il mio futuro di medico. Erano gli anni della riforma sanitaria del '78…

22 febbraio - Rievocare alla mia e alla mente di tanti medici italiani la figura di Aldo Pagni mi dovrebbe risultare facile, perché la sua cara immagine si trova indelebilmente impressa in me e, penso, in tanti colleghi pieni di ammirazione verso di lui, di riconoscenza e di profondo rispetto, se non di affetto. Ma in questa occasione mi sento in grande difficoltà, perché temo che queste mie parole siano troppo inferiori al compito e non riescano a rendere un omaggio degno, quale vorrei, alla sua memoria. Temo che resti frustrato il mio desiderio di assolvere degnamente a un debito di riconoscenza, tanto più grande per me, soprattutto per la lunga familiarità di cui mi ha voluto onorare fino a qualche giorno prima della sua scomparsa. **Ho conosciuto Aldo Pagni alla fine degli anni '70 quando ancora stavo muovendo i primi passi nella professione e non avevo le idee chiare di quello che sarebbe stato il mio futuro di medico**. Erano gli anni della riforma sanitaria del '78 che, innovando il sistema sanitario in maniera radicale, poneva l'esigenza di costruire l'identità di un nuovo medico, di un settore professionale che si presentava del tutto specifico sia da un punto di vista conoscitivo che metodologico: la medicina generale.
Oggi, questo passaggio epocale per la medicina italiana non può suscitare gli stessi entusiasmi di quell'epoca, perché la storia nel pensiero corrente è vissuta come un grande presente, e raramente ci si volge al passato, cosicché si cancellano i ricordi e con essi gli sforzi profusi di quanti si sono impegnati per cogliere quell' obbiettivo. E' innegabile che Aldo Pagni con Antonio Panti ne furono gli artefici e "i due Toscani" per me veneto sono stati i miei primi e importanti riferimenti professionali.

Ma Aldo non si e' limitato solo a questo. Aldo è stato un uomo di vasta cultura, è stato un profondo conoscitore della sociologia medica e su questo specifico versante ha sondato i diversi significati e attributi della medicina suggerendo, in tempi diversi, le interpretazioni dei diversi fenomeni legati al contesto sociale in cui la medicina si stava sviluppando e agiva.

Di lui siamo debitori di una visione sociale ed etico-professionale sempre attenta a non limitare l'autonomia del medico, pilastro e fondamento dell'esercizio professionale. Penso di aver letto tutti i sui libri e gli editoriali di tante riviste, di cui è stato fondatore e responsabile e conservo diversi suoi scritti personali in cui eravamo soliti scambiarci opinioni.
Lo colpiva la mia passione storica e c'era tra di noi una sintonia totale sul fatto che riflettere sulla storia della medicina, significava anche approfondire la conoscenza della sociologia e dell'umanità, il loro faticoso percorso, e l'arricchimento portato dalla riflessione filosofica.

Eravamo d'accordo sul valore di questo insegnamento come di tutte le "HUMANITIES" per favorire, nella formazione del medico, un livello di coscienza sulla consapevolezza critica, sul carattere relativo e contestuale che le teorie e le tecniche mediche presentano rispetto a determinati presupposti e principi filosofici. C'era la consapevolezza comune di come la storia della medicina svolga un ruolo determinante nella costruzione di una antropologia medica, ovvero quella dottrina dell'uomo, considerato nella sua interezza psicofisica, proprio perché questa particolare storia è dimostrazione del significato culturale e delle origini filosofiche delle varie dottrine mediche.

Ricordo il suo monito in tanti scritti a preservare una visione unitaria del sapere medico in una epoca in cui sembrano dominare sempre di più il riduttivismo scientifico e la frammentazione del sapere, a preservare l'integrità della medicina, anche perché, un affievolimento o peggio ancora il naufragio di tale integrità danneggerebbe non solo la medicina ma anche la società stessa.

Aldo ha sondato da sociologo medico, con forte acume e evidenziandone la complessità, le forti invasioni di campo sostenute dall'economicismo. L'economicismo vuole una medicina limitata e poco costosa, vuole una medicina amministrata, proceduralizzata, dove il medico possa decidere di meno perché le sue decisioni hanno un forte impatto in termini di spesa.

Ecco allora una forte raccomandazione ai colleghi, di non lasciarsi fuorviare da una visione "cartesiana" e statistica della malattia, che limitandosi alla sola visione scientista della medicina, fa del medico solo un accessorio procedimentale e mortifica l'incontro epistemico con la singolarità del paziente.

Aldo è conscio che il sogno di un progresso senza limiti, frutto di un ideale positivista, è ormai tramontato nella nostra società; il carico crescente delle malattie croniche e degenerative reclama un difficile e contrastato percorso di riallocazione delle risorse e la medicina moderna, pur in grado di allungare la durata della vita, non ne migliora la qualità.

Occorre abbandonare pertanto, per Aldo, il sogno di una medicina infallibile e del progresso inarrestabile che ci ha accompagnato negli ultimi due secoli e sottolineare, invece, la necessità di un modello di medicina che non aspiri alla perfezione e che non abbia come obiettivo l'eccellenza a tutti i costi.
La medicina sostenibile deve essere limitata e prudente nelle proprie aspirazioni, lenta nella crescita e disposta a rinunciare ad alcuni potenziali progressi in cambio di più risorse e più spazio al perseguimento di altri beni sociali, in nome della stabilità economica e civile.

Nelle riflessioni di Aldo Pagni è presente costantemente il rispetto, che devono i medici, agli spazi sempre più ampi di autonomia dei cittadini, per i quali il paternalismo medico rappresenta un modello etico totalmente superato. Ma ci richiama anche ai potenziali rischi del modello di relazione oggi imperante: il cosiddetto modello etico contrattuale. In questo modello di relazione "simmetrica" è facile che si insinui un individualismo sfrenato che non può essere confuso con l'*empowerment* del cittadino.

Indica una soluzione, che abbiamo richiamato nell'articolo 5 del nostro codice deontologico, invitando medici, pazienti e società nel suo complesso a non sottrarsi ad una responsabilità individuale e collettiva della salute, da preservare, cambiando le proprie abitudini e comportamenti nocivi che riducono il carico individuale e sociale delle infermità, e di conseguenza i costi complessivi del servizio sanitario.

Pagni pensa che sia giunto anche il momento di un mutamento di paradigma dell'intero sistema sanitario, pensa che si debbano definire i livelli di assistenza da garantire agli individui, in condizioni di uniformità, pensa alla distinzione fra tutela della salute e produzione di servizi sanitari, al controverso aspetto della attuale separazione degli ospedali dal territorio e non per ultimo al ruolo dei sistemi di compartecipazione alla spesa (*ticket*) quale strumento di responsabilizzazione della domanda.

Nei suoi scritti si intuisce un nuovo modello di sanità pubblica che possa permettere di costruire ponti per il riconoscimento della complessità dei sistemi umani e dove le aziende sanitarie possano svolgere unna funzione più avanzata di quella della cornice neutrale che garantisce solo le regole generali. Un modello di sanità, per Aldo, a cavallo tra scienza e umanità, tra tecnologia e relazione, tra micro e macro.

Aldo è stato un uomo di grande intelligenza ma se è relativamente facile incontrare grandi intelligenze è molto meno probabile nella vita incontrare invece figure di alto profilo morale. Aldo è stato una persona che ha unito una rara intelligenza nel campo professionale ad un alto profilo

morale. Pensandoci, questo ci spiega il perché la nostra epoca è insolitamente avara di grandi spiriti. Siamo sempre più poveri di speranze e di aneliti metafisici e proviamo un morboso attaccamento per le cose che ci circondano. Penso che la sua grandezza sia stata avvalorata anche dalla serenità che ha posto nell'affrontare le cose della vita e con la stessa serenità ha accettato l'arduo passaggio dalla vita alla morte senza paure inespresse, né risentimenti.

Considero Aldo Pagni per la mia generazione, un Maestro e un eccezionale protagonista della sanità degli ultimi decenni del secolo appena trascorso. Ha lasciato un vuoto incolmabile nella nostra comunità medica, l'ha lasciato nella scienza della professione, nell'esempio di medico e nei numerosi incarichi professionali a vantaggio dei medici italiani, in quanti tutt'ora, credono al significato di professione al servizio della società e con l'aspirazione ad una società più "giusta", eguale, libera e umana.

Grazie Aldo!

Dott. Maurizio Benato
Presidente OMCeO Padova
Vicepresidente FNOMCeO

Consiglio Direttivo

Presidente: Dr. Gaudio Michele
Vicepresidente: Dr. Pascucci Gian Galeazzo
Segretario: Dr.ssa Zambelli Liliana
Tesoriere: Dr. Balistreri Fabio
Componenti:
Dr. Alberti Andrea (Odontoiatra)
Dr. Castellini Angelo
Dr. De Vito Andrea
Dr. Folli Secondo
Dr. Forgiarini Alberto
Dr.ssa Gunelli Roberta
Dr. Lucchi Leonardo
Dr. Milandri Massimo
Dr. Paganelli Paolo (Odontoiatra)
Dr. Ragazzini Marco
Dr. Sbrana Massimo
Dr. Simoni Claudio
Dr. Vergoni Gilberto

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dr. Paganelli Paolo
Segretario: Dr.ssa Vicchi Melania
Componenti:
Dr. Alberti Andrea
Dr. D'Arcangelo Domenico
Dr.ssa Giulianini Benedetta

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dr. Tolomei Pierdomenico
Componenti:
Dr. Gardini Marco
Dr. ssa Zanetti Daniela
Supplente: Dr. Costantini Matteo

Sede

Viale Italia, 153 - scala A - piano 1° - Forlì
Tel. e Fax. 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