



Bollettino

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

Editoriale pag. 3

Il medico, un mestiere pericoloso?

Aggiornamento pag. 16

La prima diagnosi che viene in mente

Vita dell'Ordine pag. 4

Le serate dell'Ordine, primo semestre 2018

Una lettera indimenticabile



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

N.1 Gennaio - Luglio 2018

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. Umberto Castellani, Dr. Angelo Castellini,
Dott. Matteo Costantini, Dr. Andrea De Vito,
Dr. Alberto Forgiarini, Dr.ssa Roberta Gunelli,
Dr. Leonardo Lucchi, Dr. Paolo Paganelli
(Cons. Od.), Dr.ssa Veronica Pasini, Dr. Marco
Ragazzini, Dr. Claudio Simoni, Dr. Gilberto
Vergoni

Commissione Odontoiatrica:

Presidente: Dr. Paolo Paganelli

Segretario: Dr. Domenico D'Arcangelo

Componenti: Dr. Andrea Alberti, Dr.ssa
Benedetta Giulianini, Dr.ssa Melania Vicchi

Revisori dei Conti:

Presidente: Dr. Giovanni Fabbroni

Componenti: Dr. Marco Gardini, Dr.ssa Paola
Possanzini

Revisore supplente: Dr.ssa Daniela Zanetti

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

- Il medico, un mestiere pericoloso? *pag. 3*

Vita dell'Ordine

LE SERATE DELL'ORDINE, primo semestre 2018

- Disturbi del comportamento alimentare
nell'età adolescenziale e dell'adulto *pag. 4*
- Vaccinazioni: certezze e dubbi *pag. 7*
- L'utilizzo della cannabis in terapia del dolore
pag. 9
- Dall'anamnesi al fascicolo sanitario elettronico
Internet/e-health e relazione di cura *pag. 11*
- Una lettera indimenticabile *pag. 13*

Storia della Medicina

- La scelta del medico nell'Ottocento *pag. 14*

Aggiornamento

- La prima diagnosi che viene in mente
può essere una trappola per il mmg *pag. 16*
- In pillole *pag. 18*

IL MEDICO, UN MESTIERE PERICOLOSO?

Insulti, minacce, percosse e persino violenze.

I casi si ripetono ormai con triste e preoccupante continuità. E secondo una recente indagine svolta da una associazione sindacale il fenomeno è in netta crescita. Su un campione di 1280 medici ben 34% hanno subito aggressioni fisiche ed il 66% verbali.

La maggior parte (72%) degli episodi si concentra al Sud e nei Pronto Soccorsi (80%).

È vera crisi che ha prontamente aperto un'ampia discussione nazionale coinvolgente tutte le Istituzioni.

Tra le tante proposte, alcune veramente insolite e poco percorribili, quella di legge di modifica dell'articolo 357 del codice penale in

materia di attribuzione della qualifica di Pubblico Ufficiale ai medici e al personale sanitario è particolarmente piaciuta.

Oltre a portare ad una reale punibilità dei responsabili di tali episodi potrebbe anche indurre un maggior rispetto per una divisa che tra le tante istituzionali rimane quella più al servizio dei cittadini. Certo alla base di questa situazione ci sono i tagli alle risorse ed al personale, la disorganizzazione, le lunghe liste d'attesa ed il continuo impoverimento del nostro SSN.

E poi un nemico consolidato: la burocrazia, che toglie sempre più tempo alle cure.

Serve un netto cambiamento di rotta e l'intervento delle istituzioni a tutti i livelli locali, regionali e nazionali.

Ricorrere semplicemente ad osservatori o ad espedienti tecnologici è senz'altro utile ed indispensabile nel breve termine ma non sarà sufficiente a contenere il fenomeno.

Come Ordine abbiamo sensibilizzato le istituzioni locali ed in particolare l'AUSL Romagna chiedendo ed ottenendo una risposta da parte del Direttore Generale sullo stato dell'arte dei provvedimenti adottati per la sicurezza degli operatori sanitari.

La risposta pervenuta dal Direttore Generale, che è stata pubblicata sul nostro sito, ci tranquillizza solo in parte.

Continueremo a vigilare, siamo pronti a raccogliere le segnalazioni dei colleghi e ad assisterli fino in fondo anche costituendoci parte civile nei procedimenti giudiziari.

Continueremo a batterci perché questo ormai continuo depotenziamento del nostro Servizio Sanitario Nazionale cessi perché è del tutto evidente che la ridotta offerta dei servizi sanitari porta ad un deterioramento del rapporto tra medico e paziente con l'aggravante che una certa sottocultura mediatica ed anche politica spinge a far credere al paziente che la responsabilità dei disservizi siano causa dei medici e del personale sanitario.

Intanto l'ultimo grave episodio al Pronto Soccorso del Vittorio Emanuele a Catania dove una collega è stata colpita a sprangate, ha spinto il Ministro della Salute Dott.ssa Grillo ad annunciare che presenterà un DDL in accordo con il Ministro della Giustizia che preveda quanto meno un inasprimento delle pene previste per questi reati.

Un applauso al Ministro e l'augurio che si faccia presto e bene.

Una serena estate a tutti



Dott. Michele Gaudio
Presidente OMCeO Forlì-Cesena

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE NELL'ETÀ ADOLESCENZIALE E DELL'ADULTO

08.03.2018 presso Ordine dei Medici

I Disturbi del comportamento alimentare (DCA) in età evolutiva. L'esperienze dell'equipe DCA cesenate

Nel primo anno di vita il peso corporeo di un essere umano si triplica e al tempo della pubertà è circa venti volte rispetto a quello della nascita. In questo periodo si avvia la distinzione fra sé e altro da sé, si costruiscono gli stili d'attaccamento e di relazione, si disegnano lo schema corporeo e l'immagine mentale del corpo. Inoltre emergono il linguaggio e il pensiero simbolico, si fondano e si sviluppano le capacità di regolazione degli stati emotivi e le strategie di organizzazione delle risposte comportamentali.

In tutto questo, l'alimentazione svolge una funzione vitale.

Un bambino su quattro ha problemi con il cibo, eppure le difficoltà alimentari in età pediatrica rappresentano ancora un capitolo oscuro e frammentario, in campo sia medico che psicologico.

Anoressie, bulimie e obesità sono condizioni largamente studiate in adolescenti e adulti mentre in età evolutiva costituiscono un territorio la cui mappa è ancora confusa e per il quale coesistono nomenclature e classificazioni molto diverse.

Questi disturbi psicopatologici, sia per dimensione del fenomeno che per gravità dello stato morboso, determinano rilevanti problemi assistenziali e richiedono un'attenta gestione integrata e multidisciplinare.

I disturbi alimentari dei primi anni di vita non devono essere considerati come problemi del bambino in quanto individuo isolato bensì occorre considerare gli aspetti evolutivi e quelli relazionali all'interno dei quali questi disturbi si presentano.

Occorre innanzitutto comprendere e sottolineare che i DCA hanno origini multifattoriali e nascono come patologia psichiatrica con importanti implicazioni organiche.

In età evolutiva e in adolescenza l'intervento sui questi disturbi ha caratteristiche peculiari rispetto all'età adulta. Appare pertanto necessario:

- differenziare gli interventi diagnostici e terapeutici in relazione alla fase evolutiva e allo stadio del disturbo;
- considerare che i DCA nell'infanzia e nell'adolescenza presentano caratteristiche cliniche e sintomatologiche specifiche e diverse rispetto ai quadri individuati dalle classificazioni internazionali per l'età adulta;
- sostenere il lavoro con la famiglia come nucleo centrale dell'intervento in particolar modo per le fasce di età più giovani;
- pianificare sia una specifica attenzione alla prevenzione su popolazioni selezionate che alla diagnosi precoce in età infantile.

La gestione dei DCA 0-18 anni a Cesena

Come indicato dalle più importanti Linee Guida Internazionali il modello di cura attivato a Cesena è l'approccio di team multidisciplinare. Il team, sia in fase diagnostica che per qualsiasi setting di cura, è costituito da specialisti di area neuropsichiatrica/psicologica (2 NPI e 2 psicologhe con ore dedicate) e pediatrico-nutrizionale con specifiche competenze in DCA dell'età evolutiva (1 Pediatra ed una dietista, sempre con ore dedicate). La formazione continua e condivisa è garanzia dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi oltre che della crescita professionale del gruppo di lavoro.

Negli ultimi anni, in concordanza con i dati di letteratura, abbiamo registrato un continuo aumento di casi di DCA ed una progressiva complessità delle situazioni patologiche affrontate. La comorbilità con altri quadri psicopatologici appare sempre più frequente, incidendo fortemente sulla prognosi a lungo termine e sulla durata del percorso terapeutico proposto.

I livelli di terapia utili (ambulatorio territoriale, day hospital, ricovero ospedaliero, ricovero residenziale in strutture extraospedaliere) sono individuati in base al grado di gravità clinica individuale e familiare del caso.

Ricovero ospedaliero

In accordo con i colleghi dell'UO di Pediatria Ospedaliera di Cesena il Team DCA territoriale può predisporre

il ricovero nella stanza dello stesso reparto dedicata agli adolescenti.

La tabella 1 riassume le principali condizioni che, da sole o combinate, possono rendere necessario un ricovero.

Tab. 1 Condizioni indicate per il ricovero – Regione Emilia Romagna 2014

*Grave e rapida perdita di peso (BMI ≤ 16 o peso $< 75\%$ del peso ideale)
Complicanze metaboliche, cardiovascolari, neurologiche, ematologiche, renali
Frequenza molto elevata di crisi bulimiche, vomito, uso improprio di farmaci
Multimpulsività, comportamenti autoaggressivi, intenzioni e progetti di suicidio
Motivazione e collaborazione molto scarse
Elevata comorbilità psichiatrica
Mancanza di un supporto familiare adeguato, elevata conflittualità e impossibilità a vivere da soli
Necessità di controllare una grave coazione all'esercizio fisico
Necessità di alimentazione naso-gastrica o parenterale
Lunga durata di malattia e fallimento dei precedenti trattamenti*

Durante il periodo di degenza i professionisti del team DCA che seguono il caso accedono al reparto, collaborano con i colleghi ospedalieri e mantengono i contatti con la famiglia e l'adolescente. Al termine del periodo di ricovero, viene riattivato il trattamento ambulatoriale territoriale. In casi di particolare gravità e rischio di vita può essere considerato il ricovero presso una delle strutture di 3° livello di riferimento (a Bologna il reparto NPIA del S. Orsola, a Rimini il reparto NPIA dell'Ospedale degli Infermi).

Ricovero in strutture extra-ospedaliere

Le strutture extra-ospedaliere residenziali prevedono un team interamente dedicato alla cura dei casi che necessitano di un approccio psicoterapico e di riabilitazione nutrizionale particolarmente strutturato. In questi ambiti è garantita una sorveglianza continuativa ed un supporto medico specifico ed intensivo (a Parma, Villa Maria Luigia, a Bologna la Residenza Gruber, a Salsomaggiore la Residenza In volo – tutte in convenzione con la Regione).

Il team DCA prende contatto con i referenti della struttura specialistica ed anche in questo caso invia una relazione di ricovero e mantiene contatti professionali con i colleghi che gestiscono il ricovero. Accoglie il caso dopo la dimissione.

Le finalità che cerchiamo di perseguire nel nostro gruppo di lavoro sono le seguenti:

- la diagnosi del DCA e la definizione di un piano di trattamento personalizzato, in attuazione delle procedure e dei protocolli di riferimento concordati e documentabili;
- l'erogazione di prestazioni appropriate in un'ottica interdisciplinare, assicurando l'unitarietà e la continuità degli interventi, con un uso razionale delle risorse;
- la collaborazione con le strutture sanitarie regionali di 3° livello accreditate;
- la promozione della conoscenza dei DCA, con la attivazione dei progetti formativi rivolti ai MMG, ai PLS ed agli insegnanti per favorire una capacità di rilievo tempestivo del problema;
- la costruzione di percorsi assistenziali in continuità con il reparto ospedaliero di Pediatria;
- la verifica ed il monitoraggio degli interventi sia in termini quantitativi che qualitativi;
- la riduzione della mobilità passiva per i DCA e dei ricoveri in strutture extraziendali

Nel corso del recente anno 2017 sono stati seguiti dal servizio DCA di Cesena 47 utenti, dei quali 7 sotto i 12 anni di età ed i rimanenti 40 ragazzi con età compresa tra i 12 ed i 18 anni. I ragazzi che hanno avuto un primo accesso nel corso di quest'anno sono stati 28 (59.5% de totale). E' stato necessario attivare due ricoveri ospedalieri, uno presso la Divisione di Pediatria dell'Ospedale 'M. Bufalini' di Cesena ed uno presso il Centro di terzo livello dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna.

La prevenzione e la diagnosi precoce

Come professionisti della salute noi medici e pediatri dobbiamo avere attenzione ad alcuni comportamenti che possono rappresentare un rischio evolutivo verso un disturbo alimentare.

Di seguito vengono riportate le indicazioni proposte dell'Accademia Americana di Pediatria in un statement

pubblicato nel 2016:

Ruolo del medico nella prevenzione dell'obesità e dei DCA negli adolescenti

- Distogliere dal dieting e sostenere l'attività fisica e i comportamenti alimentari salutari
- Promuovere una positiva immagine di sé
- Incoraggiare i pasti in famiglia
- Stimolare i familiari a non 'parlare di peso'
- Indagare su atteggiamenti di bullismo subiti da adolescenti in sovrappeso
- Sorvegliare con attenzione gli adolescenti che hanno necessità di perdere peso

Un ultimo suggerimento è quello di avere particolare cura alle situazioni che vedono preadolescenti o adolescenti in eccesso di peso impegnati in programmi dietetici particolarmente restrittivi o inseriti in progetti sportivi iperperformanti e con alta competizione individuale (danza classica, ginnastica artistica..). Come ci è noto si tratta dei contesti più delicati e sono da monitorare per diagnosticare precocemente un eventuale esordio di DCA.

Dott. Riccardo Dalle Grave

***Responsabile dell'Unità Funzionale di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda
Responsabile scientifico dell'Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso (AIDAP)***

Dott. Franco Mazzini

Pediatra di libera scelta, Cesena - Ausl Romagna

VACCINAZIONI: CERTEZZE E DUBBI

05.04.2018 presso Ordine dei Medici

E' giusto, anzi è doveroso, che la politica si occupi di ogni aspetto della vita sociale di un Paese, tuttavia i dibattiti, anche su temi importanti, sono condotti da qualche tempo tramite slogan o frasi ad effetto, riportate ed amplificate dai mass media e dalla rete dei social, spesso senza i dovuti approfondimenti. Si crea in questo modo un clima di continuo contrasto di posizioni diverse sui temi più disparati, per lo più basate su preconcetti o per spirito di appartenenza. Anche il tema delle vaccinazioni è stato trascinato in questo meccanismo, essendo diventato un paio di anni fa un argomento di querelle di tipo ideologico: è stato affrontato sulla stampa e sul web in maniera non sempre corretta e talora con distorsioni della realtà risultate confondenti e preoccupanti per i genitori ed anche in qualche modo disorientanti per gli operatori sanitari.

Di fatto, a partire dal 2013, si è registrato in Italia un progressivo trend in diminuzione del ricorso alle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate. Questo ha comportato una diminuzione della copertura vaccinale ben al di sotto del 95% della popolazione, copertura necessaria a garantire la protezione indiretta di coloro che, per motivi di salute, non possono vaccinarsi o che non rispondono ai vaccini (*"protezione di gregge"*). I dati di copertura del 2016 (coorte del 2014) hanno confermato questa tendenza, sia a 24 che a 36 mesi; solo per il morbillo si è osservata una certa ripresa, ma ancora ben lontana dal 95% necessario per il raggiungimento della sua eliminazione. Partendo da questi dati, nella Serata dell'Ordine del 5 aprile 2018, Anna Maria Baldoni e Sandra Spazzoli hanno fatto il punto su "Vaccinazioni: certezze e dubbi". Il Decreto Legge 119 del 2017, ha ridefinito l'obbligo vaccinale, già presente in Italia, estendendolo anche a vaccini peraltro già raccomandati sia in Italia che in numerosi altri Paesi mondiali. I Vaccini obbligatori in Italia per i nati dal 2017, 2018 e 2019 ora sono: anti-epatite B; anti-tetano; anti-poliomielite; anti-difterite +; anti-morbillo; anti-parotite; anti-rosolia; anti-pertosse; anti-haemophilus influenzae tipo B; anti-varicella. (<https://www.guidafisco.it>). Nel decreto sono anche indicate le misure da applicare in caso di mancata vaccinazione e viene sottolineata l'importanza dei medici e pediatri di famiglia nel supportare le scelte vaccinali attraverso una collaborazione attiva con i servizi vaccinali locali e regionali.

L'efficacia delle strategie vaccinali messe in atto nel secolo scorso ha ridotto in modo drammatico l'incidenza di molte malattie infettive come il vaiolo, la poliomielite, la difterite, ma i genitori delle ultime generazioni, che non sono stati testimoni della gravità e degli esiti invalidanti di tali malattie, trovano forse difficile comprendere a pieno l'importanza dei vaccini. In contrasto, nella storia mondiale delle malattie infettive si affacciano addirittura nuove sfide: sono oggetto di intense ricerche e sperimentazioni altri vaccini, non ancora disponibili, per esempio contro la malaria o contro l'AIDS.

E' fondamentale che i pediatri e i medici di famiglia siano autorevoli riferimenti per l'orientamento dei genitori nel districarsi fra informazioni scientificamente provate da quelle inattendibili o scorrette. Occorre che gli operatori sanitari rassicurino i genitori sulla produzione dei vaccini la cui autorizzazione all'immissione in commercio segue regole molto precise, con i singoli lotti testati attraverso controlli seriati di qualità, standardizzati da parte di diversi Istituti Europei, di cui fa parte anche il nostro Istituto Superiore di Sanità.

Anche se nel DL 119 è incluso il tetano che non offre una *"protezione di gregge"*, lo Stato può e deve chiedere una forzatura della libertà individuale, quando le misure obbligatorie servono a scongiurare

un rischio collettivo. In questo modo lo Stato dimostra, con l'obbligatorietà, di farsi carico del problema, assumendosi l'onere del controllo, delle spese e della verifica nel tempo dei risultati di tali disposizioni. In materia di salute ogni scelta dovrebbe essere un'espressione consapevole e le figure che devono e possono supportare i genitori in questo percorso sono il medico ed il pediatra di famiglia. Per affrontare l'argomento vaccinazioni è necessario che gli operatori sanitari riconoscano e dissolvano i propri dubbi, interpretino quelli dei genitori e possano distinguere con saggezza e coscienza fra certezze e paure infondate. Il modo per risolvere i problemi in Medicina è la conoscenza, meglio se unita ad una grande dose di equilibrio, disponibilità e buon senso.

Anna Maria Baldoni

Responsabile Pediatria di comunità Ausl Romagna sede di Forlì

Sandra Spazzoli

Pediatra di comunità Ausl Romagna sede di Forlì

Ruggero Ridolfi

Coordinatore Commissione Ambiente e Salute, Sicurezza Ambienti di Lavoro, Stili di Vita

L'UTILIZZO DELLA CANNABIS IN TERAPIA DEL DOLORE

24.05.2018 presso Ordine dei Medici

I primi dati sul consumo di cannabis risalgono agli antichi testi della medicina cinese. La divulgazione dei suoi benefici in Occidente, utilizzata soprattutto come analgesico e per il trattamento della dismenorrea, avviene agli inizi dell'800.

La cannabis è un fitocomplesso in cui agiscono circa 500 tra cannabinoidi, terpeni e alcaloidi, alcuni dei quali presentano attività che non sono ancora del tutto chiarite.

E' l'interazione di tutti i principi attivi, e non solo l'azione di THC e CBD, a conferire alla Cannabis la sua efficacia terapeutica complessiva.

I più abbondanti sono il cannabinoide, il cannabidiolo e alcuni isomeri del tetraidrocannabinolo, tra cui il delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), responsabile della maggior parte degli effetti psicoattivi della marijuana.

Negli anni 90 vengono identificati gli endocannabinoidi che si legano ai recettori CB1 e CB2.

Gli usi clinici approvati in Italia dal 2015 sono: dolore cronico e/o associato a sclerosi multipla e a lesioni del midollo spinale; nausea e vomito causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV; cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da AIDS e nell'anoressia nervosa; glaucoma e riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette.

L'uso medico dei preparati vegetali a base di cannabis a carico del SSR dal 2016 in Regione Emilia-Romagna sono: la riduzione del dolore associato a spasticità in pazienti affetti da sclerosi multipla con NRS>5 e la riduzione del dolore neuropatico cronico resistenti ad altre terapie e con NRS >5. Le altre indicazioni sono a carico del paziente. Tra le avvertenze principali, il medico deve valutare il rischio di interazioni farmacologiche nel paziente che assume altri farmaci, la variabilità delle preparazioni, nonché il dosaggio e la via somministrazione che influenzano la farmacocinetica; segnalare reazioni avverse e quindi la possibile tossicità.

Inoltre occorre fare attenzione ai minori presenti accanto al paziente, al possibile rischio di dipendenza per chi ne fa uso non terapeutico (misuso e diversione), ma anche a chi ha precedenti storie di abuso e pur facendo un uso terapeutico, può essere a maggior rischio di dipendenza. Occorre tenere presente che l'olio è un preparato a maggior efficacia del decotto e che la preparazione FM2 non va utilizzata fumata.

In conclusione le evidenze scientifiche e cliniche sono ancora imperfette, molto deve essere fatto e quindi esiste la necessità di studi clinici ulteriori, per meglio comprendere gli effetti terapeutici ed i possibili rischi associati al suo utilizzo.

Prof.ssa Patrizia Romualdi

Dipartimento di Farmacia e Biotecnologie Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Cannabis terapeutica: le modalità prescrittive

La delibera della Giunta regionale GPG2016 1333 del 20 luglio 2016, in attuazione del D.M. 9/11/2015, recante "Uso medico dei preparati vegetali a base di cannabis sativa", stabilisce l'inserimento della cannabis sativa nel Piano terapeutico della Regione Emilia-Romagna.

Tale delibera persegue principalmente tre finalità:

- Individuazione dell'obiettivo terapeutico
- Garanzia di sicurezza nell'uso del farmaco
- Assicurazione del follow up del paziente

È inoltre prevista, allo stato attuale, la rimborsabilità totale della cannabis esclusivamente per due patologie:

- dolore associato a spasticità con resistenza alle terapie convenzionali o intolleranza a altri cannabinoidi in pazienti affetti da sclerosi multipla con punteggio della scala NRS >5
- dolore neuropatico cronico in pazienti con resistenza a trattamenti convenzionali e punteggio scala NRS >5.

Per il corretto ed omogeneo comportamento dei professionisti coinvolti nella gestione dei preparati a base di cannabis è prevista l'obbligatorietà dell'utilizzo di una scheda informatizzata reperibile sul portale SOLE (sistema informatico dell'Emilia-Romagna).

Questa scheda assume il valore di una ricetta medica, e deve essere rilasciata in copia cartacea al paziente per una prescrizione che può coprire un massimo di 30 giorni di terapia.

È obbligatorio inoltre consegnare copia del consenso informato al paziente, all'atto del rilascio della ricetta.

La prescrizione si esegue sul portale informatico accedendo a: <https://www.progetto-sole.it>.

Una volta entrati nel sistema SOLE, si seguono le indicazioni operative fornite dal sistema in merito alle modalità di stesura di qualsiasi altro piano terapeutico.

Va evidenziato che i medici di medicina generale sono già registrati al sistema informatico SOLE, mentre i medici dell'Emilia-Romagna non iscritti al sistema SOLE devono rivolgersi alle proprie AUSL di riferimento per attivare l'abilitazione.

Nella scheda informatica, oltre alla tipologia specifica della cannabis prescritta, è prevista:

- la formulazione (cartina, filtro, capsula deamidata, olio, altro);
- la via di somministrazione (orale, inalatoria);
- la posologia (dose unitaria e totale nella giornata, numero di somministrazioni nella giornata, numero di giorni di terapia).

È buona norma tenere un Registro delle prescrizioni effettuate, considerando che alla prescrizione corrisponde un codice alfanumerico e solo il medico prescrittore è a conoscenza del relativo corrispettivo anagrafico

Il medico utilizza le stesse modalità prescrittive, ripetendo ogni volta l'accesso al portale SOLE, attraverso il seguente percorso: Area clinica > Servizi web > Piani terapeutici, per la prosecuzione nel tempo della terapia, salvo sospensione per inefficacia o effetti avversi.

Si rammenta l'obbligo di segnalare tali reazioni avverse al sito dell'Istituto Superiore della Sanità: www.epicentro.it e l'invio di e-mail a: Farmacovigilanza@regione.emilia-romagna.it.

Si ribadisce l'esistenza di controindicazioni alla prescrizione della cannabis (gravidanza, adolescenza, grave insufficienza epatico-renale, disturbi cardio-polmonari severi, storia familiare di schizofrenia, patologia psichiatrica) e le variazioni di biodisponibilità con l'assunzione di altri farmaci (antidepressivi, antimicotici, calcio antagonisti, amiodarone, PPI, ecc.).

In conclusione, il medico deve conoscere le possibilità terapeutiche della cannabis sativa ed essere in grado di attuarne le modalità prescrittive, ma deve parimenti confrontarsi con evidenze scientifiche non conclusive sull'efficacia della cannabis terapeutica, risultati a volte contraddittori, mancanza di una posologia standard, scarsità di dati a supporto di un favorevole rapporto rischio/beneficio.

Dott. Angelo Castellini
MMG Ausl Romagna, Forlì

DALL'ANAMNESI AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO INTERNET/E-HEALTH E RELAZIONE DI CURA

07.06.2018 presso Ordine dei Medici

La scomparsa dell'anamnesi

Negli ultimi trent'anni, durante la visita medica, l'anamnesi si è ridotta, sia come "tempo" sia come quantità e qualità di informazioni raccolte.

I motivi che ostacolano l'esecuzione di un'anamnesi corretta sono i seguenti:

Per il medico:

- Ridotta attitudine alla comunicazione col paziente, specie se "difficile".
- Ricorso a un linguaggio "tecnico" di difficile comprensione da parte del paziente.
- Necessità di non violare la privacy, per non entrare in ambiti troppo sensibili.
- Approccio più orientato verso la ricerca della malattia che verso la storia individuale del malato.
- Approccio più tecnico alla diagnosi (Il corpo malato è inteso come macchina da riparare e quindi servono meno parole/indizi ma più esami/certezze).
- Ricorso facile alla consulenza dello specialista d'organo (testa, cuore, fegato, etc...), sistema (immunologo, nefrologo,..), età (neonatologo, pediatra, adolescentologo, geriatra) e patologia (oncologo, reumatologo,etc.).
- Medicina difensiva.
- Poco rispetto dell'autodeterminazione del paziente.

Per il paziente:

- Elevata aspettativa che le malattie vengano scoperte prima che si manifestino clinicamente.
- Scarsa fiducia nel medico di sanità pubblica.
- Autodiagnosi su dottor Google (eccesso di informazioni, spesso fuorvianti).
- Visione "burocratica" del medico come semplice prescrittore di indagini (prestazioni tecnologiche) già decise da lui o dallo specialista (fino alla "bulimia consumistica", al "doctor shopping", etc.).

Per l'organizzazione sanitaria:

- Rigido rispetto del "tempario" standardizzato previsto.
- Compilazione di moduli burocratici (questionari pre-esami o pre-ricovero, consenso informato, esenzioni ticket, etc.).
- Compilazione di moduli o effettuazione di telefonate per accelerare i tempi di attesa del pubblico o per accedere a prestazioni sanitarie nel privato.

Le possibili soluzioni per ridare all'anamnesi il ruolo che le spetta, potrebbero essere:

Per il medico:

- Rinuncia al modello paternalistico.
- Rimodulazione della necessaria distanza tra medico e paziente.
- Ascolto attivo del paziente (capacità di accogliere il pensiero dell'altro anche se è diverso dal nostro, ma senza rinunciare al nostro).
- Comunicazione verbale e non verbale più adeguata.
- Passaggio dal modello: "malattia-diagnosi-terapia- guarigione" a quello "persona-definizione del disagio-miglioramento della qualità della vita".
- Non dimenticarsi di passare sempre all'Esame Obiettivo.

Per il paziente:

- Prepararsi all'incontro col medico riflettendo sui propri disagi e offrendone una narrazione sintetica.
- Non pretendere percorsi di diagnosi e cura prestabiliti.

- Servirsi delle Associazioni dei pazienti per la consulenza e il disbrigo delle pratiche burocratiche.

Per l'organizzazione sanitaria:

- Considerare il colloquio con il paziente come tempo della cura.
- Rendere i luoghi della cura (ambulatori, reparti, day-hospital, consultori, etc.) più accoglienti.
- Organizzare corsi di formazione per i medici per migliorare la comunicazione con i pazienti.
- Favorire il lavoro di rete, tra ospedale e territorio, dividendo le mansioni (medico, infermiere, terapista della riabilitazione, etc.)
- Aiutare le associazioni di pazienti a informare meglio i loro soci sulle modalità di assistenza erogate dal SSN, guidandoli nelle richieste burocratiche, diagnostiche e terapeutiche.

Dott. Giancarlo Cerasoli
Società di Storia della medicina, PLS

UNA LETTERA INDIMENTICABILE

Un mese fa è mancato un collega, molto conosciuto e stimato. E quando i nostri uffici hanno chiesto sue notizie per motivi amministrativi, il figlio ha risposto mandandoci questa lettera. Un testo pieno di affetto e riconoscenza, che pubblichiamo integralmente, per il suo altissimo valore umano e sentimentale. La nostra comunità, la nostra famiglia di medici, si deve sentire onorata leggendo queste righe

Un saluto a nostro papà, Dott. Pergiorgio Ramacciotti e Christa Witzig, dai suoi figli Andrea, Silvia e Michaela

Gentilissimi,

buon pomeriggio,

come anticipatole stamane telefonicamente e per una corretta e serena gestione del momento di lutto mi sono impegnato a comunicarvi il doloroso recente momento di dipartita di nostro padre Pier Giorgio Ramacciotti, scomparso alla età di 88 anni lo scorso 19 marzo 2018, serenamente in casa sua.

Con il ringraziamento di un figlio che deve tutto a questo uomo onesto, buono, forte e generoso, che ha dedicato la sua vita intera alla sua famiglia, alla moglie Christa Witzig ed ai figli Silvia, Michaela ed Andrea, con la presente ringrazio l'intero Ordine dei Medici per l'affetto, l'aiuto, la simpatia, ed anche per le grandi iniziative che assieme a mio padre la AUSL 38, dopo Roma e Catania hanno grazie al suo contributo visto nascere e portato avanti, nello spirito pieno, buono e intelligente di chi per vita e per passione ha offerto sempre amore, competenza, coraggio e onestà al prossimo.

Migliaia di romagnoli dagli anni 60 devono la loro salute e talora la loro stessa vita alle lungimiranti intuizioni, alla dedizione, allo spirito pionieristico, ai numerosi viaggi di lavoro e di aggiornamento che hanno coinvolto anche i figli e me in particolare, appassionato e istruito da un medico in casa ed in strutture ospedaliere ed ambulatoriali come se fossi l'eterno suo allievo.

E' con affetto, amore e riconoscenza che personalmente ed assieme alle mie sorelle Silvia e Michaela rivolgiamo un enorme abbraccio a nostro Papà e un grandissimo e sincero atto di ringraziamento ai tantissimi medici, infermieri, ausiliari, tecnici di ogni grado e mansione che si sono avvicinati e talora confrontati con fermezza di idee quale stessa forza talora proponeva mio padre, nel fine ultimo di una Sanità Italiana sempre migliore e di una onestà e apertura mentale e progettuale che nostro padre ci ha donato, sia da padre che da medico.

Con la confidenza di inviare a voi questo messaggio, ripeto non tardivo ma da elaborare nei giusti modi e tempi, mi riprometto alla prima occasione di passare dai vostri uffici per un saluto .

Nel mentre vogliate se possibile favorire questo messaggio a tutto l'ambiente Medico e Ospedaliero di Forlì e ove per vostra cura e sensibilità riterrete adeguato ed opportuno, come da vostra serena e libera scelta.

Un cordiale saluto ed un augurio di cuore alle nuove generazioni appassionate, in ogni ambito e ruolo.

Dott. Andrea Ramacciotti
Silvia Ramacciotti
Michaela Ramacciotti

LA SCELTA DEL MEDICO NELL'OTTOCENTO

Paolo Mantegazza nasce a Monza il 31 ottobre 1831. Completa a Milano gli studi classici; allievo di Angelo Mauri e Carlo Ravizza, nel capoluogo lombardo partecipa giovanissimo ai moti insurrezionali delle Cinque Giornate, nel marzo 1848. Comincia gli studi di medicina e chirurgia, che continua a Pavia con la guida di Bartolomeo Panizza, mentre comincia a pubblicare i primi lavori. Segue contemporaneamente il corso di laurea in medicina e chirurgia a Pisa e a Milano. A 22 anni comincia a lavorare a un'analisi del piacere, che diventa infine "Fisiologia del piacere", oggetto della sua tesi di laurea (3 febbraio 1854) e pubblicata a Milano nello stesso anno. Una nuova edizione, corretta e ampliata, sarà del 1859, seguita da numerosissime ristampe anche nel secolo successivo. Viaggia in Francia, Germania, Gran Bretagna, Argentina, Paraguay e Bolivia, approfondendo osservazioni naturalistiche, botaniche ed etnoiatriche.

Durante la Seconda guerra d'indipendenza, assiste i feriti nell'ospedale militare di Sant'Ambrogio e nel 1860 diventa professore ordinario di patologia generale dell'Università di Pavia, dove insegnerà ed eserciterà attivamente la ricerca scientifica fino al 1869. Nell'ottobre 1865, presentatosi nel collegio di Monza, viene eletto al Parlamento, dove si impegnerà su questioni sociosanitarie, medicina del lavoro, insegnamento superiore, università.

Pubblica, tra l'altro, l'"Almanacco igienico popolare" e saggi brevi tra i quali "Il medico di casa", da cui è tratto il brano che segue. Muore a San Terenzo di Lerici il 28 agosto 1910.

“La scelta del medico dovrebbe essere la più importante fra tutte; quasi quasi oserei dire che può avere la stessa gravità della scelta della moglie (!). Non è forse al medico che noi affidiamo la nostra vita e quella dei nostri figliuoli; non è forse lui che può con saggio consiglio, da gracili farci robusti, da incresciosi farci arzilli, da infelici felici? ... Non è forse egli il custode delle chiavi della vita e della morte?

Eppure è con la massima leggerezza che i più scelgono il proprio medico, affidandosi ai più futili e falsi criteri. Ora si chiede al vicino di casa o all'amico, chi sia il suo medico e lo si prende per sé. Ora è la signora che ha rimarcato in società un ometto simpatico, che è anche suo dottore e lo fa chiamare per sé e i suoi. Altre volte la voce pubblica designa il dottor Tizio per una grande celebrità, per medico di moda e noi, volendo andare per la maggiore, scegliamo il dottor Tizio. V'è perfino chi, non sapendo dove battere il capo, manda alla farmacia più vicina e fa chiamare il primo medico che vi si trova. ... In queste cattive scelte, che si possono dire quotidiane, noi ci andiamo consolando col pensiero, che quando il medico non ci soddisfa, possiamo chiamarne un altro, cambiandolo come si fa con il cuoco o con il cameriere. Bella consolazione davvero! La malattia per cui abbiamo invocato il soccorso d'un uomo dell'arte, potrebbe sembrar leggera sulle prime e poi divenir gravissima e quel primo venuto, che abbiamo chiamato dietro la guida di criteri affrettati o leggeri, ha in mano la vita nostra o quella delle persone a noi più care. ... per conto mio, trovandomi molte volte in paesi stranieri, piuttosto che affidarmi a medici ignoranti o sconosciuti, ho preferito attendere e lasciar fare alla natura.

Bella cosa, direte voi! Quando si è medici, si può far senza della medicina? No: anche quando si è medici, più che mai si ha bisogno dei colleghi per curare i propri cari!... e occorre ricordare che è molto maggiore il male che può fare un medico ignorante che il bene che può fare un medico sapiente.

Tornando alla scelta del medico, bisogna avere sott'occhio molti medici e studiarli bene e guardarli davanti e dietro, di fianco, di fuori e di dentro, in modo da scegliere bene e, una volta preso, non lasciarlo più. Felice *terque quaterque* la famiglia nella quale il medico è sempre lo stesso amico di casa, che ha assistito al matrimonio dei genitori e che ha conosciuto anche i loro padri e ha veduto nascere i figliuoli e li vedrà maritarsi alla loro volta...

Per scegliere bene tratterò a linee leggere i tipi principali dei nostri medici, ritraendo l'immagine dei più comuni, per arrivare poi al tipo ideale del medico perfetto”.

Il medico ciarlatano.

“È una delle specie più comuni, oserei dire che è come il passerotto tra gli uccelli. Nella medicina vi è sempre un antico ricordo atavico della magia e il medico ha bisogno di un’educazione fine e di un carattere alto per spogliarsi del tutto della crisalide da cui è sbucato fuori. Il medico ciarlatano è nato in Guascogna o doveva nascervi perché pone la massima delle compiacenze nel vantarsi di tutto ciò che ha fatto e soprattutto di quello che non ha fatto. Egli ha salvato da morte sicura almeno un centinaio di persone, il duca A., il principe B., la marchesa C.

Trova tutti i suoi colleghi una mandria di ciuchi o di birboni, spesso ciuchi e birboni in una sola volta. Porta la testa alta e all’indietro e quando si leva il cappello, passa spesso le mani nelle chiome, s’intende quando le ha! Ciò che però lo distingue sopra tutto è un sorriso sprezzante che gli sta perpetuamente scolpito sul labbro, anche quando dorme. Nei momenti più benevoli e più felici quel sorriso giunge fino alla compassione; del resto sale e scende per la scala cromatica dell’orgoglio goffo, della superbia tracotante, della *suffisance* ridicola. È per questo che se sorride eternamente, fa anche ridere la gente seria e modesta. Veste in modo appariscente, porta la pelliccia anche quando non fa freddo, fa risuonare sul petto una grossa catena d’oro e porta quasi sempre molti anelli nelle dita. Cita molti autori che non ha letto, balbetta parole in lingue straniere che non conosce. Nei casi gravi aggrotta le sopracciglia, le labbra, ogni cosa mobile della faccia, assumendo grotteschi cipigli di una maestà olimpica e indescrivibile.

Possiede una scala di *ehm*, *hum* e di *oh* che sono tutto un poema eroicomico, una *batracomiomachia*.

Parla sempre per aforismo e sentenze, intercalandovi tutti i punti di esclamazione, di tutte le grammatiche del mondo. Le sue parole sono sentenze, le sue sentenze oracoli e i suoi oracoli, come quello di Delfo, sono sempre oscuri e magniloquenti. Per curare un raffreddore come per un cancro ha accenti patetici e terribili e cura gli uomini per pietà, non per obbligo, degnandosi di fare il medico, perché non può fare il re o l’imperatore...”.

(brani tratti dal sito web fimmg.org - Dicembre 2017 - a cura del Dott. G. G. Pascucci)

LA PRIMA DIAGNOSI CHE VIENE IN MENTE PUÒ ESSERE UNA TRAPPOLA PER IL MMG

(tratto da "Univadis" - Giugno 2018) La prima diagnosi che viene in mente, quando si esamina un paziente con sintomi subdoli, influenza talvolta in modo inesorabile il percorso verso la soluzione corretta. Lo dimostra uno studio condotto da un gruppo di ricercatori dell'Imperial College di Londra su 90 medici di medicina generale (MMG), pubblicato sulla rivista Medical Decision Making. I medici di famiglia sono stati invitati a condurre colloqui a distanza con pazienti che presentavano sintomi riconducibili anche, seppure in modo molto sfumato, a una diagnosi di cancro (su sei pazienti virtuali, tre lamentavano disturbi che potevano anche essere un campanello d'allarme per un tumore). Per ogni paziente sono state condotte due visite giustificate dalla permanenza della sintomatologia o dal suo aggravamento.

Flusso di coscienza

Dopo aver letto una descrizione del caso clinico, i medici sono stati invitati a pensare ad alta voce. Con questo «trucco» i ricercatori sono riusciti a tracciare il pensiero del medico, fino alla decisione finale. La trascrizione del flusso di pensieri è stata codificata manualmente e sono state identificate ben 297 verbalizzazioni correlate a possibili diagnosi.

Quando il cancro compariva tra le prime ipotesi verbalizzate, la probabilità di una diagnosi corretta aumentava di cinque volte, così come raddoppiava la probabilità di un invio allo specialista corretto. Il numero di domande correlate al cancro e poste dai medici ai pazienti con i sintomi meno chiari pesa per circa un terzo sulla correttezza della decisione finale.

Gli autori suggeriscono quindi di lavorare per migliorare la capacità del medico di pensare in modo trasversale fin dall'inizio del percorso diagnostico perché dopo può essere troppo tardi.

Ancorati alla prima ipotesi

Quando verificato dai ricercatori britannici è un fenomeno molto noto nella psicologia del decision making, il ramo della psicologia cognitiva che analizza le modalità con cui un individuo giunge a una decisione in un qualsiasi ambito della sua vita. Tutti i processi cognitivi decisionali sono inficiati dalla presenza delle cosiddette euristiche, scorciatoie cognitive descritte dagli psicologi Daniel Kahneman e Amos Tversky (il primo, per questa scoperta, ha vinto il Nobel per l'economia nel 2002).

Si tratta di meccanismi automatici della mente, che consentono di prendere rapidamente tutte le infinite decisioni quotidiane con la velocità necessaria, basandosi sulle esperienze pregresse. Le euristiche fanno di noi esseri efficienti ed evitano che la quantità di decisioni necessarie allo svolgimento di una normale vita quotidiana diventi paralizzante. Con un effetto collaterale: quando la decisione che bisogna prendere non è comune, le euristiche possono essere d'intralcio.

Nel caso di una diagnosi possibile ma non altamente probabile, e in presenza di sintomi aspecifici, i medici devono combattere consapevolmente il **pregiudizio di salienza** (meccanismo euristico per cui tendiamo a considerare più corrette le decisioni, o le diagnosi, che sono presenti nella memoria). Interviene anche il **pregiudizio di disponibilità**, che rende più credibile la diagnosi più comune (lo stesso meccanismo euristico per cui un dolore alla gamba in un ragazzo che gioca a calcio fa pensare più spesso a un trauma che a un sarcoma dei tessuti molli). Infine il medico deve combattere anche il **pregiudizio di ancoraggio**, per cui è difficile distaccarsi dalla prima ipotesi avanzata per dare credito mentale anche alle alternative.

Soluzioni complesse

Come combattere i meccanismi euristici senza perdere efficienza e rapidità nella diagnosi e senza rischiare di dare troppo credito a ipotesi improbabili o astruse, ma nonostante tutto possibili?

Una revisione degli studi sull'argomento, pubblicata da Blumenthal-Barby et al nel 2015 e basata su 213 studi selezionati dai principali database di medicina e psicologia afferma che non vi sono soluzioni di dimostrata efficacia perché le ricerche sono state prevalentemente condotte su casi clinici fittizi

(come in questo studio) e non su reali interazioni tra medico e paziente, all'interno delle quali vengono messe in atto misure correttive istintive basate su **elementi non verbali**, come i risultati dell'esame obiettivo e la mimica del paziente.

La semplice **conoscenza dell'esistenza dei pregiudizi cognitivi** sembra avere un effetto positivo nei medici che si fermano ad analizzare razionalmente il percorso mentale compiuto per arrivare alla diagnosi.

Infine, in alcuni studi esaminati sembra che la disponibilità di **ausili informatici**, in grado di fornire un elenco di tutte le diagnosi possibili con la relativa frequenza di comparsa, a fronte dell'inserimento dei sintomi e dei dati anagrafici del paziente, possa aiutare a identificare anche le malattie più rare e, soprattutto, a superare più facilmente il pregiudizio di ancoraggio.

Bibliografia

(1. Kostopoulou O, Sirota M et al. *The Role of Physicians' First Impressions in the Diagnosis of Possible Cancers without Alarm Symptoms. Med Decis Making. 2017 Jan; 37(1):9-16.*

2. Blumenthal-Barby JS, Krieger H. *Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. Med Decis Making. 2015 May;35(4):539-57.)*

Il test da sforzo a suon di musica garantisce risultati migliori

(da M.D.Digital - Marzo 2018) I pazienti che affrontano un test da sforzo a ritmo di musica migliorano i loro tempi di allenamento rispetto ai soggetti che eseguono il test senza musica. La cosa ha degli importanti risvolti pratici: innanzi tutto si riduce la probabilità di dover eseguire ulteriori test perché nella prima prova non si è raggiunta una intensità di esercizio adeguata. Eseguire il test “a suon di musica” è dunque un sistema per ottenere un buon risultato alla prima prova, evitare la necessità di ripetizione e quindi aggirare un surplus di costi. In questo studio i ricercatori hanno analizzato i dati di 127 pazienti (età media, 52 anni, 36% uomini) ai quali sono state consegnate cuffie con musica ritmica (n=67) o senza musica (n=60) durante una prova di sforzo su tapis roulant con Ecg. L'ispirazione è venuta direttamente dall'esperienza di uno degli sperimentatori che un giorno, mentre faceva jogging, ha osservato una differenza tra l'aver voglia o meno di correre in relazione all'ascolto di musica dal suo cellulare. In assenza di musica calava anche il piacere di fare esercizio fisico, che invece aumentava con l'ascolto musicale. I parametri misurati nello studio erano la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la distanza percorsa e la comparsa di sintomi. In entrambi i gruppi le caratteristiche basali (coronaropatia precedente, obesità, arteriopatia periferica, ipertensione arteriosa, diabete) erano sovrapponibili. I soggetti che hanno effettuato il test ascoltando musica hanno avuto un tempo di esercizio più lungo (505.8 secondi contro 455.2 secondi, $p=0.445$) e una tendenza verso equivalenti metabolici dell'attività più lunghi (9.5 vs 8.7; $p=0.094$). Il tempo di esercizio si è mantenuto più prolungato anche dopo aggiustamento del dato per età e sesso ($p=0.071$). *(Shami W, et al. Abstract 1182-006. Presentato all'American College of Cardiology Scientific Session; 10-12 marzo 2018; Orlando, Florida.)*

Un lungo bagno caldo fa bruciare calorie come una camminata di 30 minuti

(da Huffingtonpost.it - Aprile 2018) Immergersi in una vasca con acqua accuratamente regolata sui 40 gradi centigradi permette di bruciare le stesse calorie che si consumano con una camminata di 30 minuti. Ad affermarlo sono gli esperti dell'Università di Loughborough, stimando che il consumo energetico si attesti sulle 130 calorie. Gli scienziati dell'ateneo inglese hanno testato 14 individui, prima chiedendo loro di fare un giro in bicicletta della durata di un'ora, per poi lasciare che facessero un bagno in acqua a 40° C per altri 60 minuti. Ovviamente è emerso che il ciclismo consente un dispendio calorico non indifferente ma anche che, molto più sorprendentemente, rilassandosi in un bel bagno caldo si possono bruciare anche 130 calorie, a causa dell'aumento della temperatura corporea. Gli scienziati, inoltre, hanno monitorato la glicemia di tutti i partecipanti al test per le 24 ore successive ed hanno riscontrato un calo del picco glicemico pari al 10%. La ricerca suggerisce che questo meccanismo di “riscaldamento passivo” (già usato come trattamento medico in Finlandia) riduca in maniera significativa l'infiammazione dei tessuti. La rivista 'JAMA Internal Medicine' ha addirittura sottolineato che sedute di sauna potrebbero contrastare le malattie cardiovascolari.

Un nuovo laser ringiovanisce viso, collo e décolletè

(da AGI - Maggio 2018) Un rivoluzionario sistema laser frazionato a picosecondi, che per la prima volta utilizza due lunghezze d'onda - 532 nm e 1064 nm - anziché una singola, che insieme consentono un trattamento più efficace e completo dei tessuti, sia che si tratti di rughe, tono della pelle e consistenza, sia per il ringiovanimento e il miglioramento estetico di lesioni pigmentate e di cicatrici di diversa origine. E' il laser PicoWay Resolve, messo a punto da Syneron Candela. “Se il laser a

picosecondi ha segnato un punto di svolta, il nuovo PicoWay Resolve, grazie alla doppia lunghezza d'onda e al particolare sistema di frazionamento 'olografico' del raggio laser, è un approccio unico al mondo, originale, molto efficace e performante", ha spiegato Giuseppe Scarcella, medico chirurgo, specialista dermatologo con esperienza trentennale nell'utilizzo dei laser in Dermatologia chirurgica, oncologica ed estetica e responsabile nazionale del Dipartimento high-tech I.S.P.L.A.D. "Da oggi il laser PicoWay è efficace nello skin rejuvenation e nel trattamento di rughe, lassità cutanea, pori dilatati, cicatrici acneiche, con grande efficacia su viso, décolleté e mani", ha aggiunto. Il trattamento PicoWay Resolve utilizza un manipolo laser che fraziona il raggio laser principale in fasci più piccoli e identici, del diametro di circa 0,1 mm ciascuno, per il trattamento di cicatrici da acne e rughe, che spesso derivano dalla perdita di collagene ed elastina della pelle. Il laser ad impulsi ultra-brevi, a picosecondi, (un trilionesimo di secondo), arriva al di sotto della superficie della pelle, l'epidermide e, attraverso l'effetto PLASMA prodotto dalle sue altissime potenze, crea delle piccole cavità che nei giorni successivi al trattamento vengono poi riempite da nuovo collagene prodotto dalle cellule deputate a questo scopo e stimolate da questi minuscoli, precisi e potentissimi piccoli raggi frazionati. Tutto ciò stimola la produzione di collagene ed elastina, lasciando integri gli strati cutanei più esterni; limita notevolmente eventuali effetti collaterali e complicanze e produce degli ottimi risultati sul ringiovanimento, miglioramento della texture e lassità cutanea, delle discromie e di eventuali cicatrici presenti. "Nel 90 per cento dei casi - ha evidenziato Scarcella - viene richiesto da donne tra i 35 e i 65 anni di età. Quando invece bisogna trattare le cicatrici acneiche, l'età media dei pazienti si aggira sui 20-30 anni, nel 60 per cento sono donne, nel 40 per cento uomini. Un aspetto molto interessante di Resolve è che non è doloroso, può provocare solo un lieve pizzicore. E' sufficiente un ciclo di 2-5 sedute in base alle condizioni del soggetto e subito dopo il trattamento si utilizza una comune crema idratante, la stessa che si usa quotidianamente, e dei normalissimi filtri solari; e, qualora la paziente lo desiderasse, può tranquillamente truccarsi subito dopo il trattamento riducendo l'eventuale disagio praticamente a nulla. Ogni anno si consiglia una seduta di mantenimento e riguardo i costi, per esempio sull'intero viso si può arrivare a spendere in media 400 euro a seduta".

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. Castellani Umberto

Dr. Castellini Angelo

Dr. Costantini Matteo

Dr. De Vito Andrea

Dr. Forgiarini Alberto

Dr.ssa Gunelli Roberta

Dr. Lucchi Leonardo

Dr. ssa Pasini Veronica

Dr. Paganelli Paolo (Odontoiatra)

Dr. Ragazzini Marco

Dr. Simoni Claudio

Dr. Vergoni Gilberto

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente: Dr. Paganelli Paolo

Segretario: Dr. D'Arcangelo Domenico

Componenti:

Dr. Alberti Andrea

Dr.ssa Giulianini Benedetta

Dr.ssa Vicchi Melania

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente: Dr. Fabbroni Giovanni

Componenti:

Dr. Gardini Marco

Dr. ssa Possanzini Paola

Supplente: Dr.ssa Zanetti Daniela



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