

NOTIZIARIO

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo

Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991 - Direttore responsabile: Elvio G. Russi

NEL NUMERO 0

Il Notiziario OMCeO diventa digitale

IL PUNTO DEL PRESIDENTE

di Sebastiano Cavalli

ARTICOLI SCIENTIFICI

Donazione a cuore fermo

DCD, Donation after Cardiac Death

**Tumore Fibroso Solitario della Pleura:
sfida all'imprevedibilità**

**Studio con Risonanza Magnetica (Defeco-RM)
delle disfunzioni del pavimento pelvico**

IL CASO IN ESAME

Racconto didattico con quesiti clinici

**La corsa contro il tempo
per salvare un paziente instabile**

ATTIVITÀ DELLE COMMISSIONI E RUBRICHE

DECIDERE IN MEDICINA - PARTE I

TRA SCIENZA, ESPERIENZA E UMANITÀ

I DILEMMI ETICI DELLA PROFESSIONE MEDICA

SEDAZIONE COSCIENTE: UN PERSONAGGIO IN CERCA D'AUTORE

PRESENTAZIONE DEGLI ORGANI ISTITUZIONALI

AGGIORNAMENTO ALBO ISCRIZIONI

BILANCIO CONSULTIVO 2024

NOTIZIARIO

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo

Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991 - Direttore responsabile: Elvio G. Russi

NEL NUMERO 0

COLOPHON

Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Cuneo

Testata di informazione ufficialmente registrata

Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

notiziario.omceocn.it

notiziario@omceocn.it

DIRETTORE

Elvio G. Russi (in attesa di attribuzione).

Comitato di redazione

Elena Fenocchio, Roberto Gallo, Andrea Gonella, Marino Lorenzo, Gianmauro Numico, Angelo Pellegrino,

Fulvio Pomero, Alessandro Quercia, Marina Vallati

Comitato scientifico

Felice Borghi, Luigi Fenoglio, Livio Vivalda, Giorgio Giraudo, Fulvio Pomero

Editore

Metafore

C.so Dante 5 12100 Cuneo - CN - P.IVA e C.FISCALE: 02563360045

© OMCEO CUNEO e autori citati



Il punto del Presidente

Cari Colleghe e Colleghi,
comincio con il ringraziarvi per la fiducia accordata a questo nuovo Direttivo che mi onora presiedere e che sono certo saprà rafforzare in tutti noi il senso di appartenenza alla famiglia ordinistica perseguendo con determinazione la tutela e gli interessi della categoria medica e odontoiatrica.

Mi preme ribadire come ancora oggi l'Ordine dei medici svolga un ruolo fondamentale per la tutela della professione medica e odontoiatrica, intervenendo sull'aggiornamento professionale dell'iscritto e sulla buona applicazione del Codice Deontologico, agendo come organo sussidiario dello Stato.

Ribadisco inoltre come l'atto medico debba essere inteso come relazione paritaria tra medico e persona, e che non abbia nessun condizionamento se non quello del bene della persona assistita.

So che soprattutto tra i più giovani il doversi iscrivere per esercitare è spesso percepito esclusivamente come onere economico, per questo rivolgo a loro in particolare l'invito a frequentare l'Ordine, a partecipare alle attività collettive, a proporre iniziative di loro interesse.

Vorrei ricordarvi che l'Ordine si adopera fin dalla sua istituzione:

- » per la difesa degli interessi dei medici, garantendo il rispetto delle normative e dei principi etici;
- » per la regolamentazione dell'esercizio professionale: dai requisiti per l'iscrizione, alla formazione professionale continua, al mantenimento dei requisiti necessari;
- » per garantire la qualità dell'assistenza sanitaria ai cittadini, monitorando la condotta professionale dei medici e intervenendo in caso di inadempienze o violazioni;
- » per contribuire alle situazioni di emergenza sanitaria, collaborando con le istituzioni e fornendo supporto ai medici sul territorio.

L'accelerazione tecnologica dell'ultimo decennio ha insinuato dubbi sulla presenza attiva del medico nel sistema di garanzia della salute; con l'Intelligenza Artificiale i rapporti nel sistema di assistenza e cura del malato sono orientati alle Tecnologie Digitali per la Salute (DHT) offrendo soluzioni innovative per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la gestione delle malattie affidati a nuove figure professionali non necessariamente mediche.

I frequenti casi d'intolleranza, sfociati in vere e proprie aggressioni non solo verbali a danno di professionisti sanitari, testimoniano la dilagante caduta di valori che espone tutta la categoria a diventare bersaglio di frustrazione, rabbia e insofferenza conseguenti l'assenza di risposte e soluzioni da parte del Sistema Sanitario appesantito e rallentato dal post-pandemia e dalla carenza di risorse finanziarie. Con il DL 137/2024 di contrasto alla violenza, è stato fatto un passo in avanti, ma questo deterrente non prescinde la necessità di un'analisi. Partendo dal mondo medico vanno esaminate cause e responsabilità collettive. Sono necessari interventi strutturali

che determinino la corretta percezione culturale ed educativa della figure mediche e del loro operato. Interventi che ahimè stridono con il perseverare di programmi politici volte a ridurre il finanziamento del Sistema Sanità.

La qualità dei servizi erogati e le conseguenti ricadute sociali del sistema salute non può prescindere la considerazione economica che colloca i professionisti del nostro Servizio Sanitario Nazionale tra i peggio retribuiti dell'Europa. Finché la salute pubblica non verrà considerata prioritaria quale bene produttivo per il Paese, finché la si considererà onerosa e preoccupante voce significativa del bilancio di spesa gli scenari descritti difficilmente potranno invertire la loro tendenza, si consolideranno problematiche quali:

- » carenza del sistema di cura per gli organici insufficienti che schiacciati da surplus lavorativo sono spinti talvolta all'abbandono della struttura pubblica;
- » ricaduta sulle liste d'attesa dove la domanda di specialistica continua a crescere a dispetto della contrazione delle risorse umane;
- » organizzazione basata sul task shifting (trasferimento dei compiti): dalle cure primarie, agli ospedali di comunità, ai primi livelli strutturati d'assistenza e cura, determinando alterazione delle priorità ed evidenti conseguenze per la collettività.

Altro delicato aspetto strettamente connesso alle risorse è quello della formazione. L'esigenza primaria è orientare i giovani attraverso una puntuale valutazione delle necessità. Dobbiamo tenere conto delle stime che indicano già tra cinque anni l'esubero di circa 19 mila laureati destinati ad aumentare negli anni successivi. Dobbiamo impegnarci a fornire ai nostri giovani le giuste indicazioni per orientarsi a percorsi post-laurea professionalizzanti, efficaci, rispondenti alle effettive richieste di specialità dinamiche, in divenire ed auspiccate quale risultato di una più intensa connessione tra Università e territorio.

La mia riflessione vorrebbe invitare i colleghi a essere parte nel prossimo quadriennio di azioni volte a contribuire in positivo ai cambiamenti in atto. Dobbiamo lavorare insieme per migliorare la condizione ormai sofferente della professione medica, dobbiamo interrogarci sui chi e come saranno i medici del prossimo secolo, dobbiamo - come nelle migliori famiglie - contribuire al futuro delle nuove generazioni. La famiglia medica deve ricompattarsi intorno ai valori fondanti di dedizione alla cura e all'assistenza di chi ne abbia necessità, la nostra famiglia ordinistica può intraprendere un percorso di avvicinamento e di conoscenza per contribuire concretamente al futuro della categoria.

Ricordo che grazie alla preziosa iniziativa del personale interno l'Ordine ha investito ed investe annualmente in progetti formativi rivolti agli iscritti, che la nostra Segreteria è disponibile per supportare ed orientare ciascuno di voi rispetto ad ogni atto, obbligo, adempimento attinente la professione. Anticipo - infine - che sarà cura di questo Direttivo favorire e stimolare le occasioni di confronto e reciproca crescita.



Il Notiziario OMCeO diventa digitale

Dal 2025 il Notiziario dell'Ordine verrà pubblicato esclusivamente online.

Una scelta ponderata, ecosostenibile e soprattutto efficace ai fini della tempestiva divulgazione delle notizie.

Con questo che chiameremo numero "0" dettaglieremo ai colleghi come e dove reperire le Notizie, come collaborare alla redazione, come stimolare approfondimenti su temi d'interesse.

Il progetto cui stiamo lavorando con la realizzazione di un sito dedicato mira a tradurre in fatti i propositi d'inclusione dalla lista che ha portato all'elezione del nuovo direttivo presieduto da Sebastiano Cavalli. Il Notiziario online ambisce a favorire il dibattito efficace e mirato tra i medici su argomenti di reale interesse professionale, si propone d'incoraggiare scambi rispettosi e moderati garantendo un confronto sereno e costruttivo.

Avendo accettato l'incarico di Direttore Responsabile del Notiziario confido sull'iniziativa determinante dei colleghi aderenti al **Comitato di Redazione** al momento composto da: Elena Fenocchio, Roberto Gallo, Andrea Gonella, Marino Lorenzo, Gianmauro Numico, Angelo Pellegrino, Fulvio Pomero, Alessandro Quercia, Marina Vallati ed in fase di completamento.

Sostanziale sarà l'apporto del **Comitato Scientifico** composto, oltre che dal sottoscritto, da Felice Borghi, Luigi Fenoglio, Livio Vivalda, Giorgio Giraudo, Fulvio Pomero, che stimolerà pubblicazioni di approfondimenti, studi, e ricerche rilevanti in ambito scientifico.



Confidiamo che le novità introdotte da quest'anno favoriscano la comunicazione tra i medici, offrendo strumenti aggiornati e interattivi per la condivisione di conoscenze ed esperienze.

Sollecitiamo il contributo di tutti gli iscritti: inviateci suggerimenti, proposte di articoli, domande e casi clinici per rendere la rivista sempre più vicina alle vostre esigenze.

La vostra partecipazione è fondamentale: costruiamo insieme un'informazione medica dinamica, autorevole e partecipativa!

Struttura della rivista digitale

La rivista sarà articolata in diverse sezioni per rispondere agli interessi e alle necessità degli iscritti, promuovendo il dibattito e la condivisione di conoscenze.

Tra le principali novità è il **racconto di un caso clinico seriale** che ha l'obiettivo di dimostrare come la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM - Evidence-Based Medicine) non debba essere un'applicazione rigida di protocolli, ma un equilibrio tra conoscenza, esperienza e relazione con il paziente. La novità vorrebbe stimolare la partecipazione dei colleghi che invitiamo a contribuire con la proposta di casi clinici anonimi, che verranno analizzati dalla commissione EBM prima della pubblicazione.

La pagina della Presidenza darà voce alle comunicazioni istituzionali dell'Ordine, ai progetti, alle linee programmatiche, sarà lo spazio preposto agli aggiornamenti ed a stimolare il dibattito su temi di attualità sanitaria e professionale.

La Divulgazione scientifica resta ambito di estrema attenzione con l'obiettivo di affrontare tematiche di rilievo medico e presentare studi, approfondimenti e ricerche utili all'esperienza dei colleghi ed alla loro informazione circa possibilità e procedure accessibili sul nostro territorio.

Le Commissioni istituite per favorire progetti specifici saranno protagoniste dello spazio loro dedicato dove iniziative e progetti troveranno amplificazione sia ai fini del coinvolgimento alla realizzazione sia per la presentazione dei risultati conseguiti.

Bioetica e medicina è il titolo di una nuova rubrica che si propone di affrontare argomenti e discussioni di etica professionale, di fatto afferenti al ruolo prioritario dell'Ordine che ricordiamo ha come compito principale la divulgazione del codice deontologico e dei valori etici fondanti la professione medica.

A completare il programma informativo dell'Ordine attraverso la realizzazione del Notiziario saranno rubriche dedicate a:

Previdenza e sanità integrativa per chiarire dubbi su previdenza e assistenza sanitaria integrativa. Le domande più rilevanti verranno inoltrate agli enti competenti per ottenere risposte ufficiali.

Orientamento per i giovani medici per chi si affaccia alla professione, con approfondimenti sulle necessità del Servizio Sanitario Nazionale e interviste a specialisti delle varie discipline per offrire una panoramica sulle diverse opportunità professionali.

Aggiornamenti dell'Albo e iniziative quali corsi, convegni, congressi ed altri eventi. Qui verranno presentate le nuove iscrizioni, si comunicheranno variazioni della compagine degli iscritti dovute a trasferimenti, cancellazioni o "forza maggiore", verranno presentate le iniziative patrocinate dall'Ordine.



Donazione a cuore fermo

DCD, Donation after Cardiac Death

Divulgazione scientifica



Il trapianto è l'unica opzione possibile per molte patologie end-stage. Purtroppo, il numero di donatori idonei al prelievo multiorgano è decisamente inferiore rispetto ai pazienti in lista di attesa. Ciò ha spinto molti paesi, nell'ultimo decennio a sviluppare nuove strategie atte ad espandere il pool di donatori.

di Federica LOMBARDO
e Maurizio ROBERTO

Le principali strategie riguardano:

- » il miglioramento del trattamento del donatore in morte encefalica (Brain Death Donor, DBD) attraverso protocolli di supporto e mantenimento più aggressivi;
- » l'estensione dei criteri di accettabilità per donatori considerati marginali;
- » l'implementazione di protocolli di donazione dopo morte cardiaca da donatori a cuore fermo (Donation after Cardiac Death, DCD).

In Italia il programma "Donation after Cardiac Death (DCD)" è stato avviato nel 2007 a Pavia nella forma "uncontrolled" (il cosiddetto Programma Alba)⁽¹⁾, ovvero nei confronti dei cittadini vittime di arresto cardiaco improvviso, inatteso ed irreversibile.

Nel 2015, a Torino, primo centro italiano, è stato avviato il programma DCD "controlled", in quei pazienti sottoposti a sospensione dei trattamenti di supporto alle funzioni vitali, considerati clinicamente inappropriati o eticamente sproporzionati. Ad oggi sono molte le Regioni Italiane che partecipano al programma e ogni anno aumenta considerevolmente il numero dei casi segnalati. Tale programma di donazione DCD controllato è stato avviato dal mese di Gennaio 2024 anche nell'AO S.Croce e Carle di Cuneo, dove appunto nel 2024 ci sono state 5 donazioni multiorgano a cuore fermo.

Classificazione DCD

Negli anni Novanta si tenne in Olanda, a Maastricht un workshop internazionale sul tema del donatore DCD, in cui furono proposte diverse categorie di donatori a cuore fermo.

La classificazione originaria di Maastricht è stata modificata in una Consensus Conference a Parigi nel 2013, come riportato in Tabella.

CATEGORIA	TIPOLOGIA	CLINICA DELL'EVENTO	Categorie di donatori DCD (Maastricht e successive integrazioni)
Categoria I Non controllato	Giunto cadavere IA. Extraospedaliero IB. Intraospedaliero	Arresto cardiaco improvviso, inatteso senza tentativi di rianimazione da parte di sanitari	
Categoria II Non controllato	Arresto cardiaco testimoniato IA. Extraospedaliero IB. Intraospedaliero	Arresto cardiaco improvviso, inatteso con rianimazione inefficace	
Categoria III Controllato	Sospensione della terapia e dei sostegni vitali	Pianificazione della sospensione delle terapie; arresto cardiaco atteso	
Categoria IV Non controllato Controllato	Arresto cardiaco durante accertamento di morte encefalica	Arresto cardiaco improvviso dopo la diagnosi di morte encefalica, durante l'accertamento di ME, durante il mantenimento del potenziale donatore ma prima del prelievo di organi	

La classificazione più semplice e utile ai fini pratici, distingue i DCD in due categorie:

1. Donatori non controllati (uDCD)- categorie II, IV di Maastricht: soggetti con arresto cardiaco improvviso e non prevedibile, trattato con manovre rianimatorie risultate inefficaci; la morte non è prevedibile ed è quindi "non controllata".
2. Donatori controllati (cDCD)- categoria III di Maastricht: pazienti ricoverati in Terapia Intensiva con prognosi infausta, in cui si decide collegialmente con i medici specialisti di sospendere i trattamenti a sostegno delle funzioni vitali ritenuti non appropriati e futili (ventilazione meccanica, farmaci inotropi e vasopressori, eventuale supporto circolatorio extra-corporeo).

Donazione di organi e tessuti da donatore controllato cDCD

I potenziali donatori cDCD sono pazienti affetti da lesioni cerebrali devastanti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva e con prognosi neurologica infausta, che tuttavia non soddisfano i criteri neurologici di morte encefalica.

L'équipe medica curante decide collegialmente una sospensione dei trattamenti ritenuti sproporzionati ed inappropriati rispetto al quadro clinico (withdrawal of life sustaining therapy WLST) e la famiglia viene informata esaustivamente della prognosi e della strategia terapeutica. Tra gli obiettivi di cura rientra infatti anche la comunicazione e la relazione d'aiuto con i familiari, che è resa più semplice in un modello di Terapia Intensiva aperta.

La decisione di limitazione terapeutica e di sospensione di terapie di supporto delle funzioni vitali è indipendente dall'eventuale possibilità

di donazione di organi. Tale decisione deve essere fondata su criteri di proporzionalità ed appropriatezza, deve essere trasparente, documentata e condivisa. Solo dopo che i curanti hanno formalizzato in cartella il percorso di "desistenza terapeutica", il Coordinamento ospedaliero delle donazioni di organi e tessuti viene contattato e valuta la possibilità di inserire tali pazienti in un percorso di donazione a cuore fermo.

Se il paziente in cui è stato pianificato un percorso di limitazione dei trattamenti intensivi non presenta controindicazioni cliniche alla donazione di organi, il Coordinamento ospedaliero esplora la presenza di un'eventuale volontà donativa espressa in vita secondo quanto previsto dalla normativa vigente (L. 91/1999), mediante interrogazione del Sistema Informativo Trapianti (SIT). In assenza di volontà registrata al SIT, il Coordinamento ospedaliero

coinvolge i familiari aventi diritto in merito alla decisione donativa.

Tempi di ischemia e danno d'organo

Non esiste una definizione univoca di tempo di ischemia calda WIT. In donatori controllati può essere definita come l'intervallo tra la sospensione del trattamento intensivo e l'inizio delle tecniche di perfusione d'organo ed è caratterizzato da una fase di ipotensione che può avere un impatto sostanziale sugli organi prelevati. La durata totale del tempo di ischemia calda non deve essere superiore ai 120 minuti.

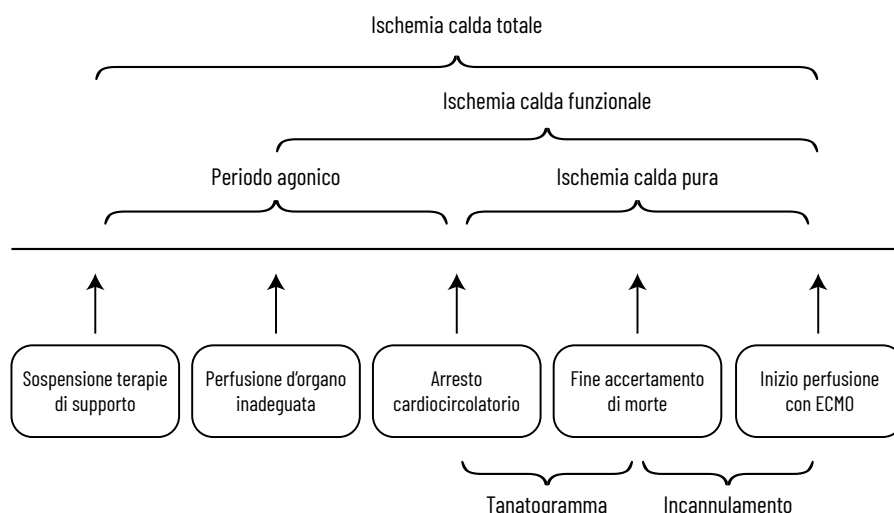
L'ischemia calda funzionale" intercorre nel momento in cui si considera realmente inadeguata la perfusione d'organo nel donatore e non dovrebbe superare i 60 minuti totali; essa comprende il periodo in cui la pressione arteriosa sistolica scende al di sotto dei 50 mmHg o la saturazione arteriosa dell'ossigeno al di sotto del 75%, il periodo di accertamento di morte con tanatogramma della durata di 20 minuti secondo la Legge Italiana (no touch-period) è il tempo necessario per avviare la perfusione regionale.

La durata dei 20 minuti è la più lunga al mondo e questo dovrebbe essere a garanzia che l'accertamento di morte sia effettivo.

La differenza tra l'ischemia calda totale (total WIT) e l'ischemia calda funzionale (Functional WIT) dipende dalla durata del periodo agonico, dalle condizioni del donatore e dalle modalità di sospensione dei supporti vitali. La durata del periodo agonico è difficilmente prevedibile.

L'ischemia calda funzionale è responsabile del danno da ischemia e successivamente da riperfusione, la principale causa di graft failure dopo trapianto.

È stato dimostrato dalla letteratura che l'utilizzo di ECMO (Regional Extra Corporeal Membrane Oxygenator) o perfusione regionale normotermica (Normothermic Regional Perfusion, NRP)



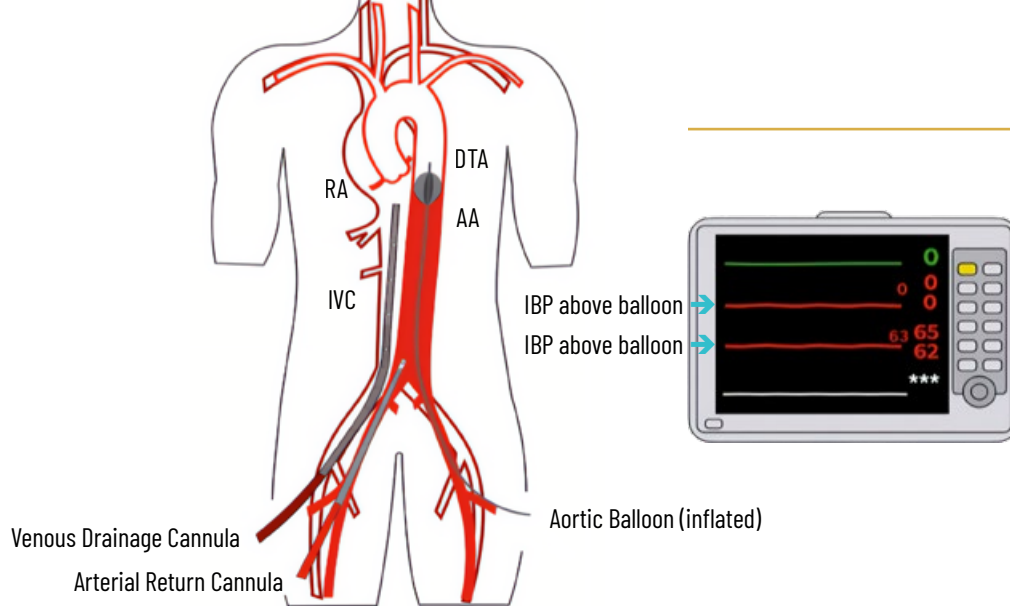
ha la potenzialità di rendere possibile un certo grado di recupero del danno ischemico e di consentire una valutazione funzionale degli organi addominali ^(2,3).

La NRP consente di ripristinare i processi metabolici danneggiati e le riserve energetiche funzionali, riparare il danno cellulare e rimuovere i radicali liberi.

La valutazione funzionale del graft durante la perfusione può essere fatta misurando alcuni semplici aspetti:

- » il trend dei lattati, espressione del danno ischemico e quindi della perfusione inadeguata,
- » il trend delle transaminasi e degli esami di funzionalità renale
- » la ripresa della diuresi

Tali parametri, associati alla valutazione macroscopica del graft, alla biopsia e ad un eventuale periodo di perfusione "ex situ" ovvero successivo al prelievo mediante Perfusion Machine sono in grado di stabilire l'idoneità dell'organo e quindi la sua trapiantabilità. La perfusione regionale avviene mediante un circuito extracorporeo attraverso la cannulazione di una vena e di un'arteria femorale per via chirurgica o percutanea; la peculiarità di questa tecnica è che la circolazione è limitata al distretto addominale e ciò viene ottenuto posizionando nell'arteria femorale controlaterale un catetere Fogarty il cui gonfiaggio avviene in aorta sopraceliaca o mediante laparotomia e clampaggio diretto dell'aorta sottodiaframmatica, per impedire la perfusione cardiaca e cerebrale.



Nel mese di aprile 2023 il Centro Nazionale Trapianti ha pubblicato il documento di indirizzo "Prelievo di cuore combinato con organi addominali da donatore DCD controllato (cDCD)"; tale documento indica i presupposti di natura normativa, etica, clinica ed organizzativa per il prelievo e la valutazione del cuore a scopo di trapianto da donatore dopo arresto cardiocircolatorio "atteso e controllato"⁽⁴⁾.

Il trapianto di un cuore prelevato da un donatore "a cuore fermo" è una sfida nella sfida, perché l'organo cardiaco resta fermo per un tempo molto prolungato prima del prelievo e successivamente va di nuovo "riattivato" e irrorato per poter poi essere trapiantato. Dopo il primo DCD cuore eseguito a Padova nel Maggio 2023, sono stati diversi i Centri italiani in cui è stato avviato questo programma, compresa l'AO S.Croce e Carle di Cuneo dove il primo cDCD cuore è stato eseguito nel gennaio 2024 ed un secondo nel febbraio 2025, in cui hanno collaborato le 2 equipe cardiocirurgiche delle Molinette di Torino e del S Croce di Cuneo⁽⁵⁾. A differenza di quanto avviene nelle donazioni a cuore fermo limitate al distretto addominale,

in quest'ultimo caso si procede all'istituzione di una perfusione normotermica toraco-addominale, con esclusione della riperfusione cerebrale mediante clampaggio dei tronchi sovraortici.

La donazione di organi dopo morte cardiaca richiede quindi un'organizzazione e delle competenze tecniche molto elevate, sia da un punto di vista anestesilogico che cardiocirurgico, con una stretta collaborazione e sinergia tra i vari professionisti coinvolti. Il percorso che porta al prelievo inizia tuttavia durante il ricovero nel reparto di Rianimazione, laddove il personale sanitario si prende cura con competenza e delicatezza non solo del paziente ma anche della sua famiglia, avviando una comunicazione puntuale, precisa e quotidiana. La sensibilità, l'accoglienza e la vicinanza dei sanitari alla famiglia rivestono un ruolo fondamentale nel creare quel rapporto di fiducia che può aprire uno spiraglio verso la donazione. Perché per ogni donazione si regala una nuova vita a più persone, grazie ad un effetto domino positivo e nobile.

Bibliografia

1. **Documento del Centro Nazionale Trapianti (CNT) Donazione di Organi a Cuore fermo (DCD) in Italia Raccomandazioni Operative.** Protocollo Alba 2.0 - febbraio 2015 - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia
2. **The international experience of in-situ recovery of the DCD heart: a multicentre retrospective observational study.** eClinicalMedicine 2023;58: 101887 Published Online <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101887>
3. **Expanding Horizons in Cardiac Transplant: Efficacy and Outcomes of Circulatory and Brain Death Donor Hearts in a Newly Implemented Cardiac Transplant Program with Limited Donor Accessibility and a Literature Review.** J. Clin. Med. 2024, 13, 4972. <https://doi.org/10.3390/jcm13174972>
4. **Come i donatori a cuore fermo e i nuovi protocolli terapeutici stanno cambiando la donazione e il trapianto di cuore.** Rivista Trapianti. 2023, Vol 27, N 4, Ottobre-dicembre
5. **Heart transplantation in controlled donation after circulatory determination of death: the Italian experience.** Ann CardioThorac Surg, 2025;14(1):47-54

Tumore Fibroso Solitario della Pleura: sfida all'imprevedibilità

Divulgazione scientifica

Il tumore fibroso solitario della pleura (TFSP) è una neoplasia rara, con comportamento biologico imprevedibile. Rappresenta meno del 5% di tutti i tumori pleurici e, sebbene la maggior parte di essi abbia una crescita lenta e un comportamento benigno, il 10-15% può presentare caratteristiche aggressive



La diagnosi è spesso incidentale, poiché nelle fasi iniziali i sintomi sono scarsi o assenti. Tuttavia, in alcuni casi, il TFSP può manifestarsi con sintomi aspecifici, come tosse persistente, dispnea o dolore toracico. In alcuni casi, i TFSP possono produrre *Insulin-like Growth Factor*, causando ipoglicemia ricorrente nota come **Sindrome di Doege-Potter**. Il riconoscimento precoce e un adeguato follow-up sono essenziali per la gestione ottimale della malattia.

di Alberto GORLA

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il TFSP è classificato tra le neoplasie fibroblastiche e miofibroblastiche e viene considerato a potenziale malignità intermedia. L'OMS sottolinea che la sua evoluzione può essere imprevedibile e che le forme con alta attività mitotica (>4 mitosi per 10 HPF), necrosi, ipercellularità e pleomorfismo citologico dovrebbero essere considerate a rischio più elevato di recidiva e metastasi.

Presso la Divisione di Chirurgia Toracica dell'Ospedale S.Croce di Cuneo vengono osservati e trattati, oltre alle più comuni neoplasie del polmone, anche neoplasie rare e peculiari come il caso clinico illustrato di seguito, scelto tra quelli osservati e trattati nel tempo, per la sua presentazione atipica.

Caso Clinico

Una paziente di 86 anni è stata valutata per tosse persistente e dispnea da sforzo. La radiografia del torace ha evidenziato un versamento pleurico sinistro significativo. L'anamnesi rivelava una pregressa mastectomia per neoplasia mammaria, ponendo il sospetto di una carcinosi pleurica secondaria.

La TC del torace ha mostrato multiple formazioni solide addossate alla pleura parietale, la maggiore di circa 9 cm, con un disomogeneo enhance-ment contrastografico, ma senza segni di infiltrazione costale (Fig. 1-2). La RM ha confermato l'origine pleurica delle lesioni, mentre la PET ha rivelato una modesta attività metabolica (SUV/Max 4.4), senza evidenza di metastasi a distanza.

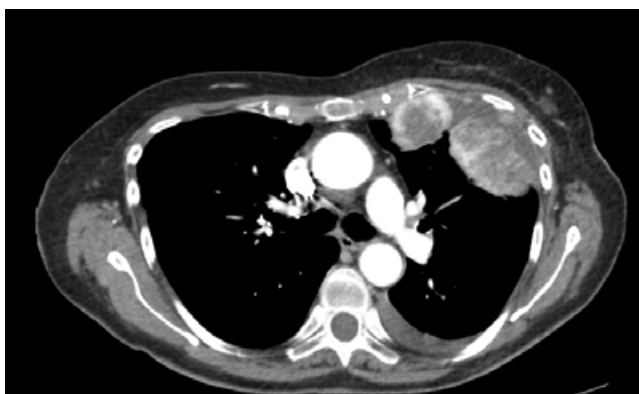


Fig. 1 - Immagine TC che evidenzia le neoformazioni pleuriche.



Fig. 2 - Stesso caso con evidenza anche di versamento pleurico

Per chiarire la natura delle lesioni, è stata eseguita una biopsia ecoguidata, che ha rivelato una neoplasia mesenchimale fibroblastica con assenza di necrosi, basso indice mitotico ($<2 \times 10$ HPF) e atipia citologica blanda. L'immunoistochimica è risultata positiva per STAT6 e CD34, confermando la diagnosi di TFSP (Fig 3-4).

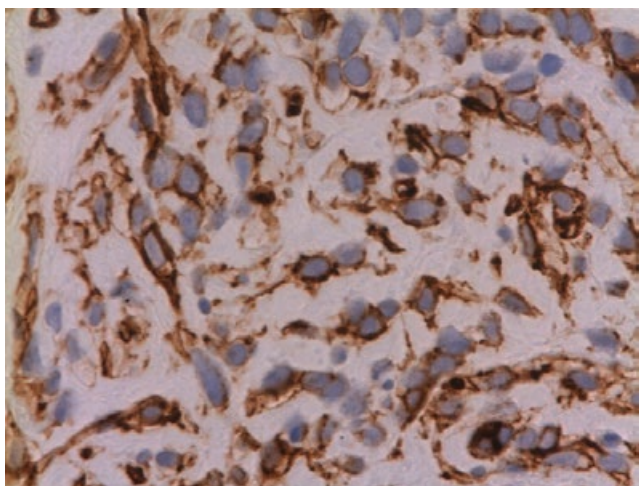


Fig. 3 - Positività CD34 40X

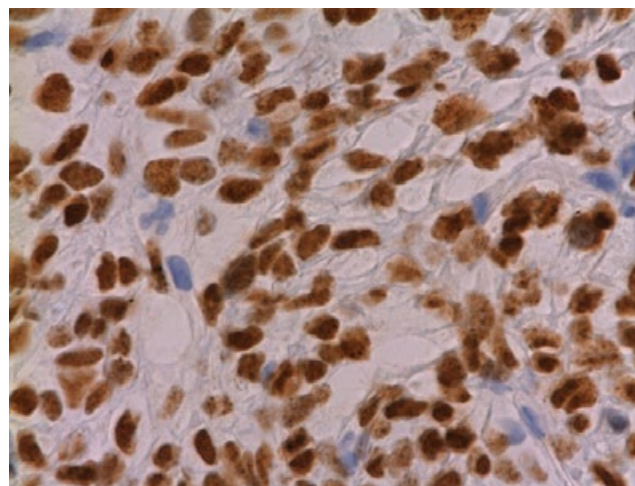


Fig. 4 - Positività Stat6 40x

Vista l'estensione della malattia e la presenza di versamento pleurico, si è optato per una toracosopia esplorativa con posizionamento di drenaggio pleurico. La procedura ha evidenziato una massa polilobata

pleuro-polmonare con adesione al pericardio e al mediastino, oltre a noduli multipli diffusi in maniera pressoché ubiquitaria alla pleura viscerale e parietale. Data l'impossibilità di una resezione completa, sono stati prelevati campioni multipli per ulteriore analisi istopatologica: nonostante il comportamento macroscopicamente aggressivo osservato durante la toracosopia, la malattia è caratterizzata da assenza di focolai di necrosi, figure mitotiche $<2 \times 10$ HPF e atipia citologica blanda. L'indagine immunohistochimica è positiva per STAT6 e CD34 e negativa per CKAE1/AE3, Calretinina e WT1, confermando la diagnosi di tumore fibroso solitario.

In definitiva quindi il TFSP è una neoplasia con un comportamento biologico variabile. La maggior parte dei casi ha un decorso benigno, ma una percentuale significativa può assumere caratteristiche aggressive con rischio di recidiva o metastasi. In particolare, la crescita diffusa pleurica, come nel caso descritto, è rara e solleva dubbi diagnostici che necessitano di approfondimenti per escludere patologie più aggressive, come il mesotelioma o metastasi pleuriche secondarie.

L'imaging gioca un ruolo cruciale nella diagnosi, con la TC e la RM che consentono di caratterizzare le lesioni e guidare le procedure biotiche. La PET può essere utile per la stadiazione e il monitoraggio della malattia, anche se il valore predittivo di malignità basato sulla captazione di FDG rimane controverso.

Dal punto di vista istologico, il TFSP mostra un ampio spettro morfologico. I tumori benigni sono caratterizzati da una bassa cellularità e scarsa attività mitotica, mentre le forme aggressive presentano alta cellularità, incremento dell'attività mitotica e necrosi. L'immunohistochimica è fondamentale per la diagnosi differenziale, con STAT6 e CD34 considerati marker chiave. In alcuni casi, la dimostrazione della fusione genica NAB2-STAT6 può fornire ulteriore supporto diagnostico.

L'OMS raccomanda di stratificare il rischio in base a criteri istopatologici e clinici, suggerendo una classificazione dei TFSP in:

- » Basso rischio: attività mitotica <4 mitosi/10 HPF, assenza di necrosi, atipia lieve.
- » Rischio intermedio: 4-9 mitosi/10 HPF, lieve necrosi focale, ipercellularità moderata.
- » Alto rischio: ≥ 10 mitosi/10 HPF, necrosi diffusa, spiccata atipia citologica e pleomorfismo.

Questa classificazione aiuta nella stratificazione del rischio di recidiva e metastasi e guida le strategie terapeutiche e di follow-up.

In conclusione, data l'imprevedibilità biologica del TFSP, il follow-up a lungo termine è essenziale. Anche i tumori inizialmente classificati come benigni possono recidivare o evolvere in forme più aggressive nel tempo. La paziente descritta è stata seguita per dieci mesi, con evidenza

di stabilità radiologica e buone condizioni cliniche. Tuttavia, la sorveglianza periodica è raccomandata per monitorare eventuali progressioni o recidive tardive.

Per i medici di medicina generale, il riconoscimento di questa neoplasia è cruciale per indirizzare i pazienti verso un corretto iter diagnostico e terapeutico. La collaborazione tra specialisti e una strategia di follow-up personalizzata possono fare la differenza nella gestione di questi tumori rari ma potenzialmente insidiosi.

Bibliografia

1. Nakano T, Endo S, Tsubochi H, Tetsuka K, Nokubi M. **Potentially disseminated solitary fibrous tumor of the pleura: a case report.** J Thorac Dis. 2015 Oct;7(10): E509-12.
2. Rerkpichaisuth V, Hung YP. **Mesenchymal tumours of the pleura: review and update.** Histopathology. 2024 Jan;84(1):163-182.
3. Wang C, Cao T, Hu G, Min B, Hu H, Liu B, Wang Y, Zuo X. **Recurrence of solitary fibrous tumor of the pleura with hypoglycemia (Doege-Potter Syndrome): a case report description.** Front Oncol. 2023 Sep 26; 13:1245289.
4. Sakamoto R, Hamahiro T, Maeda R, Ayabe T, Tomita M, Tanaka H. **Recurrent solitary fibrous tumor of the pleura with malignant transformation: a case report.** J Surg Case Rep. 2021 Jul 6;2021(7)
5. Zhang P, Xiong K, Lv P, Zhang H, Wang Y, Yang Z, Tao Z, Zhang P, Song W. **Malignant solitary fibrous tumor occurring in the mediastinal pleura showing NAB2ex4-STAT6ex2 fusion and negative STAT6 immunohistochemistry: A case report.** Thorac Cancer. 2020 May;11(5):1344-1349.
6. Singh RK, Thangakunam B, Isaac BT, Gupta A. **Disseminated solitary fibrous tumour of the lung and pleura.** BMJ Case Rep. 2013 Sep 18;2013:
7. Andrews WG, Vallières E. **Implications of Adverse Biological Factors and Management of Solitary Fibrous Tumors of the Pleura.** Thorac Surg Clin. 2021 Aug;31(3):347-355.
8. Zhao L, Wang H, Shi J. **18 F-FDG PET/CT characteristics of solitary fibrous tumour of the pleura: single institution experience.** Ann Nucl Med. 2022 May;36(5):429-438.
9. Watanabe T, Suzuki E, Yoshii N, Kohama T, Iguchi K, Takeuchi S, Nakamura M, Endo T, Tanahashi M. **Multiple solitary fibrous tumors of the pleura with multicentric and unilateral involvement: a case report.** Surg Case Rep. 2023 Jul 26;9(1):134.
10. Khouzam MS, Khouzam N. **Malignant solitary fibrous tumor of the pleura.** J Cardiothorac Surg. 2022 May 3;17(1):92.
11. Yagyu H, Hara Y, Murohashi K, Ishikawa Y, Isaka T, Woo T, Kaneko T. **Giant Solitary Fibrous Tumor of Pleura Presenting Both Benign and Malignant Features.** Am J Case Rep. 2019 Nov 27; 20:1755-1759.
12. Gupta A, Souza CA, Sekhon HS, Gomes MM, Hare SS, Agarwal PP, Kanne JP, Seely JM. **Solitary fibrous tumour of pleura: CT differentiation of benign and malignant types.** Clin Radiol. 2017 Sep;72(9): 796.e9-796.e17.

Studio con Risonanza Magnetica (Defeco-RM) delle disfunzioni del pavimento pelvico

Divulgazione scientifica



Le disfunzioni del pavimento pelvico comprendono un gruppo eterogeneo di condizioni patologiche relativamente comuni che interessano prevalentemente le donne pluripare in fase peri-post menopausale e rappresentano un problema emergente coinvolgendo circa il 23.7 % della popolazione adulta femminile con un'incidenza che appare in continua crescita negli ultimi anni. Si stima che con l'incremento dell'aspettativa di vita tali patologie diventino sempre più frequenti con una incidenza del 46% nel 2050 solo negli USA. Queste condizioni influenzano negativamente la qualità di vita delle pazienti e si manifestano con un'ampia varietà di sintomi spesso associati tra loro quali prolasso degli organi pelvici, incontinenza urinaria, dispareunia, incontinenza fecale, dolore pelvico cronico, sindrome da ostruita defecazione (SOD), che consiste in un'inadeguata evacuazione di feci dal retto con feci frammentate, ponzamento inefficace ripetuto e necessità di evacuazioni quotidiane associate a manovre digitali.

di Roberto PRIOTTO

Diversi sono i fattori di rischio relativi alla disfunzionalità del pavimento pelvico quali in particolare il sesso femminile, la menopausa, l'età avanzata e la ridotta o alterata produzione di collagene ed elastina; seguono l'obesità, la gravidanza e la multiparità per l'incremento della pressione addominale ed il ridotto tono muscolare; a questi si aggiungono il parto per via vaginale per la possibile lesione di legamenti, muscoli ed ossa del bacino, una pregressa chirurgia pelvica come l'isterectomia per il possibile danno di strutture anatomiche quali la fascia pubovesicale e rettovaginale, una coesistente neuropatia del pudendo da stiramento cronico nei casi di stipsi conica.

Il pavimento pelvico femminile viene classicamente diviso in tre compartimenti anatomico-funzionali: il compartimento anteriore che contiene vescica e uretra, il compartimento intermedio che contiene utero e vagina ed il compartimento posteriore che contiene retto e canale anale. Il pavimento pelvico è un sistema complesso formato da una componente muscolare attiva ed un sistema di supporto passivo con muscoli, legamenti e fasce strettamente interconnessi tra loro con la funzione di sostenere i visceri pelvici partecipando anche attivamente alla continenza urinaria e fecale e coordinando il rilassamento degli sfinteri nel corso della minzione ed evacuazione.

La compresenza di lesioni dei muscoli, dei legamenti e delle fasce del pavimento pelvico diversamente associati tra loro possono determinare prolapsi degli organi e disfunzioni del pavimento pelvico che possono coinvolgere in misura differente tutti i tre compartimenti.

Tra le strutture di supporto vengono distinte in senso cranio-caudale la fascia endopelvica, il diaframma pelvico ed il diaframma urogenitale. Il diaframma pelvico è formato dal muscolo elevatore dell'ano a conformazione laminare anteriormente e dal muscolo pubococcigeo posteriormente. Il muscolo elevatore dell'ano con la sua componente puborettale è la principale componente del meccanismo volontario della continenza ed è la struttura muscolare più danneggiata nei disturbi funzionali del pavimento pelvico.

Vista la complessità anatomica e funzionale diventa fondamentale il ruolo dell'imaging nella valutazione delle disfunzioni del pavimento pelvico in quanto l'esame clinico di certo utile nell'iter diagnostico, tuttavia, può sottostimare la sede, il grado ed il coinvolgimento viscerale in caso di prolapsi degli organi pelvici nel 45-90% dei pazienti.

Tra le metodiche di imaging la tecnica fluoroscopica dinamica dell'evacuazione è stata descritta per la prima volta da Walden nel 1952; nel 1964 Burhenne ha descritto la tecnica a raggi X. In seguito, sono stati pubblicati moltissimi lavori. L'utilizzo della RMN nello studio della patologia del pavimento pelvico inizialmente con immagini statiche, successivamente mediante immagini dinamiche, è stata proposta per la prima volta da Yang e Kruyt nel 1991.

La tecnica RMN rispetto alla defecografia RX presenta diversi vantaggi tra cui l'assenza di radiazioni che garantisce la eventuale ripetibilità di sequenze non diagnostiche, la biocompatibilità del gel ecografico rispetto al bario, un imaging multiplanare e multiparametrico con elevata risoluzione di contrasto degli organi pelvici e dei muscoli del pavimento pelvico, l'assenza di mezzi di contrasto somministrati per via endovenosa, una valutazione funzionale unitaria e panoramica dei tre compartimenti pelvici, tempi di esecuzione relativamente brevi ed una maggiore compliance della paziente.



Presso il servizio di Risonanza Magnetica della SC di Radiodiagnostica dell'ospedale di Mondovì vengono effettuati studi di valutazione delle disfunzioni del pavimento pelvico attraverso un protocollo di studio dedicato in accordo con le linee guida dell'ESUR/ESGAR (2017).

Il giorno dell'esame la paziente deve presentarsi a digiuno, con vescica parzialmente repleta e con piccolo clistere rettale di pulizia eseguito la sera prima ed il mattino stesso dell'esame.

Risulta fondamentale un preliminare colloquio con il radiologo finalizzato a raccogliere l'anamnesi e ad avere notizie cliniche oltre ad istruire in modo adeguato la paziente sulla corretta esecuzione dell'esame nella fase dinamica.

All'interno del magnete il soggetto viene posizionato supino, con le ginocchia flesse ed avvolto in un pannolone di protezione. Vengono introdotti nel canale anale 180 cc di gel ultrasonografico in modo da ottenere un'adeguata distensione delle pareti rettali. Lo studio si compone di due diverse fasi: un preliminare studio morfologico a riposo sui tre piani dello spazio seguito da uno studio dinamico che comprende una fase di contrazione, una fase di ponzamento ed una fase di evacuazione. Le fasi di contrazione e ponzamento indipendentemente dall'evacuazione vengono ripetute per almeno tre volte in quanto solo dopo successivi ponzamenti possono evidenziarsi reperti patologici quali prolapsi di organi pelvici prima non obiettabili.

Nella fase finale di evacuazione la maggior parte del gel endorettale viene evacuato dal retto entro in genere 60 secondi. La durata complessiva dell'esame defeco RMN è di circa 25-30 minuti. Numerosi sono i reperti che si possono evidenziare con l'imaging RM tra cui:

sione intraddominale, con possibile perdita della continenza dello sfintere uretrale interno;

prolasso vaginale o uterino: viene definito dalla discesa al sotto la PCL della cupola vaginale o cervice uterina ed è causato da un danno muscolare o da una lassità dei legamenti uterosacrali;

enterocele: è l'erniazione della cavità peritoneale nello spazio retto-vaginale e può contenere omento (peritoneocele), intestino tenue (enterocele) o sigma (sigmoidocele), si associa spesso ad una pregressa isterectomia ed è importante ai fini chirurgici segnalare se è riducibile a riposo in quanto cambia il tipo di approccio chirurgico;

rettocele: è un'estroflessione della parete anteriore del retto anteriore attraverso la parete vaginale posteriore, meno comune risulta il prolasso posteriore e laterale, ed è determinato da difetti della fascia prerettale e pararettale o del setto rettovaginale in particolare durante il parto. Il rettocele si presenta con sintomi da ostruita defecazione con la necessità di manovre digita-

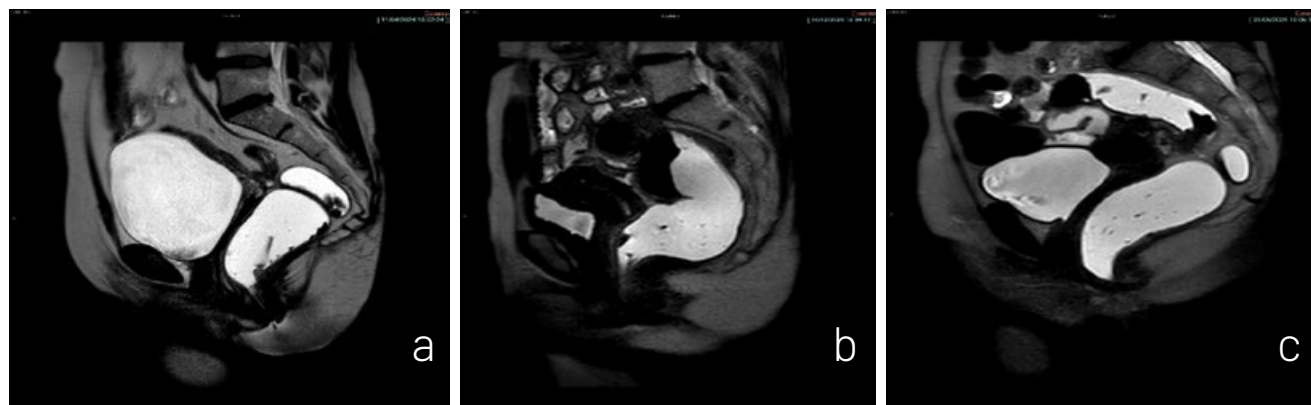


Fig 1: Sequenze sagittali T2 statiche in tre differenti casi: Condizioni di riposo (a), Contrazione (b), Ponzamento senza evacuazione (c)

cistocoele: rappresenta lo scivolamento della base della vescica al di sotto della linea pubococcigea (PCL) conseguente ad un indebolimento dei tessuti connettivi di sostegno del pavimento pelvico in particolare della fascia pubocervicale e si manifesta con un'incontinenza urinaria da stress e/o ritenzione urinaria;

ipermobilità uretrale: risulta spesso associata al cistocoele e compare quando la discesa della parete posteriore della vescica risulta superiore rispetto all'escursione compiuta dalla sua parete anteriore, con conseguente variazione dell'asse uretrale che risulterà posizionato in orizzontale nelle condizioni di aumentata pres-

si su vagina e perineo per evacuare ("digitazione" p.d.) e si associa sempre all'invaginazione rettale. L'invaginazione intestinale si manifesta più comunemente verso la fine dell'evacuazione, può interessare solo la mucosa rettale o tutta la parete, e viene distinta in base alla sua posizione in intrarettale, intra-ale ed esterna (prolasso rettale p.d.);

sindrome del perineo discendente: viene definita dalla eccessiva discesa del pavimento pelvico sia a riposo che in ponzamento;

anismo: caratterizzato dall'assente o insufficiente rilasciamento del muscolo puborettale e dello sfintere anale esterno durante la defe-

cazione e si manifesta con un'evacuazione prolungata ed incompleta dovuta ad una contrazione paradossa del muscolo puborettale durante il ponzamento e la defecazione. In conclusione, la defeco-RM rappresenta una tecnica di imaging molto utile nello studio della regione ano-rettale, dotata di elevata accura-

tezza nel rilevare le varie disfunzioni e patologie del pavimento pelvico, stante l'elevato dettaglio anatomico, la riproducibilità e l'assenza di radiazioni ionizzanti, molto importante in un setting di pazienti giovani, quale valida alternativa alla più tradizionale defecografia RX.



Fig 2: Sequenze sagittali T2 dinamiche in tre differenti casi: rettocele anteriore (a), prolasso rettale con rettocele anteriore (b), sindrome del perineo discendente con rettocele anteriore ed invaginazione intrarettale (c)

Bibliografia

1. Maccioni F et al. **MRI of the Pelvic Floor and MR Defecography.** In: **Diseases of the Abdomen and Pelvis 2018-2021: Diagnostic Imaging** - IDKD Book. Cham (CH): Springer; 2018. Chapter 2.
2. Salvador JC et al. **Dynamic magnetic resonance imaging of the female pelvic floor- a pictorial review.** *Insights Imaging.* 2019 Jan 28; 10(1):4.
3. Revels JW et al. **MR Defecating Proctography with Emphasis on Posterior Compartment Disorders.** *Radiographics.* 2023 Jan; 43 (1): e220119.
4. El Sayed RF et al. **Magnetic resonance imaging of pelvic floor dysfunction -joint recommendations of the ESUR and ESGAR Pelvic Floor Working Group.** *Eur Radiol.* 2017 May; 27 (5):2067-2085
5. Lalwani N et al. **MR defecography technique: recommendations of the society of abdominal radiology's disease -focused panel on pelvic floor imaging.** *Abdom radiol (NY).* 2021 Apr; 46 (4):1351-1361
6. Gilyadova A. et al. **Diagnostic Value of Dynamic Magnetic Resonance Imaging (dMRI) of the Pelvic Floor in Genital Prolapses.** *Biomedicines.* 2023 Oct 20; 11(10):2849
7. Bitti GT et al. **Pelvic Floor Failure: MR Imaging Evaluation of Anatomic and Functional Abnormalities.** *Radiographics.* 2014 Mar-April; 34 (2):429-448
8. Colaiacomo MC et al. **Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review.** *Radiographics.* 2009 May-Jun; 29 (3):e35
9. Di Piazza A. et al. **Defecografia RM, utile non solo nella sindrome da defecazione ostruita.** *Il giornale italiano di Radiologia Medica* (2016) 3:468-479

La corsa contro il tempo per salvare un paziente instabile

Caso in esame

Il dottor Paolo Rossi, medico di famiglia itinerante nel Cuneese, prospetta all'amico d'infanzia, avvocato Marco Galli, gli interventi clinici utili ai familiari dell'amico avvocato trattandoli con professionalità empatia ed emozione, così come avverrebbe nella vita reale. Il nostro protagonista condividerà con colleghi immaginati nel racconto e quelli che tra gli iscritti vorranno partecipare, le sue riflessioni su casi clinici affrontati con esperienza, aggiornamento scientifico e sensibilità umana.

Scopo di questa narrazione è di coinvolgere i lettori a commentare e discutere i casi proposti. Una dimensione in parte ludica per stimolare la partecipazione anche rilevando incongruenze ed errori talvolta appositamente integrati al racconto per favorire l'analisi critica.

Parte I: L'enigma di Villa Magnolia

È sera. Piove. Paolo Rossi, medico di medicina generale nella provincia di Cuneo, sente il telefono squillare e riconosce immediatamente il numero di Villa Magnolia, l'elegante residenza per anziani che ospita alcuni suoi assistiti: *"dottore, Giulio Bianchi ha febbre alta, pressione in calo ed è molto confuso. Il medico della guardia notturna ha prescritto Ceftriaxone, ma considerati i 78 anni del paziente si è raccomandato di contattarla in assenza di miglioramento. La febbre non accenna a diminuire, ha anche una tosse produttiva e in generale sembra peggiorare rapidamente..."*

di Elvio RUSSI

Mentre si prepara velocemente per uscire, Paolo Rossi ripensa alle raccomandazioni dell'amico Marco Galli: *"Paolo, ti prego, tienimi aggiornato. Sai quanto tengo a mio suocero. È un uomo difficile, testardo, ma con me è sempre stato straordinario e non vorrei perderlo come ho perso mio padre..."*.

Giulio Bianchi è il paziente affidatogli da Marco, amico dai tempi della scuola con cui ha mantenuto assidui rapporti nonostante le diverse scelte. Mentre Paolo, appassionato di scienze si era orientato alla professione medica, Marco aveva scelto il diritto diventando avvocato. Paolo si occupava della salute del suocero dell'amico Marco da tempo. Ex insegnante di storia il professor Giulio Bianchi è oggi un paziente affetto da diabete con una lieve insufficienza renale cronica complicato da BPCO in ossigenoterapia domiciliare. BPCO che solo meno di due mesi prima si era riacutizzata richiedendo un ricovero ospedaliero per la necessità di ventilazione non invasiva.

Bianchi in ospedale era stato sottoposto a terapia antibiotica con Piperacillina-Tazobactam per una polmonite nosocomiale.

Il professor Bianchi era sempre stato ironico ed ottimista. Il dottor Rossi ripensò a quando rientrato dall'ospedale gli aveva chiesto: *"perché fanno tamponi rettali di screening a chi ha la BPCO..?"*, continuando dopo una fragorosa risata: *"pare che queste bestioline abitino nel mio corpo per portarmi carbone... mi sa che me le ha mandate il tuo caro amico Marco, mio genero..."*. Scherzando sollecitava il medico a parlargli del significato clinico della carbapenemasi (CPE)!

Il ricordo di quell'episodio fece sorridere Paolo tra sé e sé, mentre premeva sull'acceleratore con sempre maggiore consapevolezza che non ci fosse tempo da perdere. All'arrivo a Villa Magnolia, Paolo trova il professore in stato soporoso, con respiro affannoso e sudorazione profusa. Effettuato un esame generale il dottor Rossi rileva:

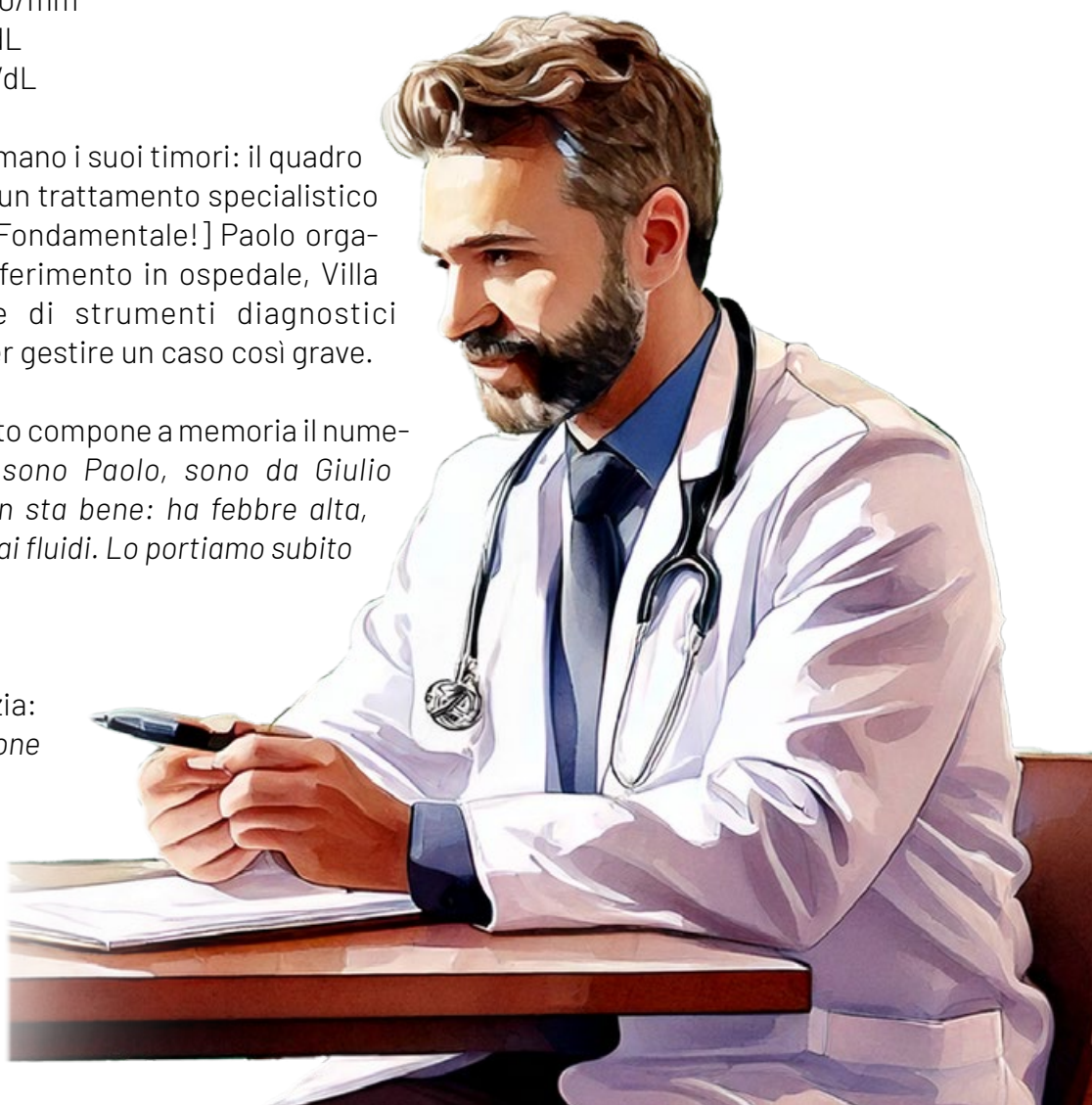
- » PA: 85/50 mmHg
- » Frequenza cardiaca: 115 bpm
- » Saturazione O₂: 88% con 4 L/min di ossigeno
- » Temperatura: 39,2°C
- » Auscultazione polmonare: rantoli bibasali
- » Esami eseguiti in clinica:
 - » Leucocitosi: 16.000/mm³
 - » Azotemia: 80 mg/dL
 - » Creatinina: 2,1 mg/dL

Tutti gli elementi confermano i suoi timori: il quadro è grave ed è necessario un trattamento specialistico immediato. [Decisione Fondamentale!] Paolo organizza il tempestivo trasferimento in ospedale, Villa Magnolia non dispone di strumenti diagnostici e terapeutici avanzati per gestire un caso così grave.

In attesa del trasferimento compone a memoria il numero dell'amico: *"Marco, sono Paolo, sono da Giulio a Villa Magnolia. Lui non sta bene: ha febbre alta, è ipoteso e non risponde ai fluidi. Lo portiamo subito in ospedale."*

Dopo un lungo silenzio, Marco reagisce alla notizia: *"Caspita Paolo, la situazione è così grave?"*.

"Sì, purtroppo, ma siamo in tempo. Lo ricoveriamo immediatamente. Vieni subito!".
"Arrivo. Ci vediamo lì" risponde Marco chiudendo la chiamata.



Il dottor Paolo Rossi pur volendo assicurare l'amico sapeva di aver appena avviato una battaglia dall'esito incerto per salvare la vita di Giulio Bianchi.

In ospedale, il signor Bianchi fu stabilizzato in pronto soccorso con ossigenoterapia ad alti flussi e supporto emodinamico. Tuttavia, il quadro clinico restava critico. Quindi il **team multidisciplinare - Infettivologi, Pneumologi, Radiologi e Urgentisti** – si riunì per pianificare gli esami necessari per confermare la diagnosi e avviare la terapia più appropriata. Il paziente, in stato settico con compromissione respiratoria, richiedeva una diagnosi rapida e una terapia empirica mirata.

Un paziente con quella storia clinica poteva avere:

- » Polmonite nosocomiale (HAP) o polmonite associata all'assistenza sanitaria (HCAP)
- » Sepsì di origine respiratoria con possibile eziologia batterica MDR
- » Urosepsi
- » Endocardite

L'Urgentista: *"L'assenza di sintomi urinari, e di alcun segno di flogosi urinaria, riducono la probabilità di urosepsi e la mancanza di soffi cardiaci nuovi e di segni di embolie settiche, riducono la possibilità di un endocardite; Abbiamo davanti un paziente con polmonite nosocomiale e sepsi".*

L'Infettivologo aggiunse *"... serve un'identificazione rapida del patogeno e del meccanismo di resistenza per ottimizzare la terapia".*

Esami microbiologici per identificare il patogeno e il meccanismo di resistenza:

- » **Emocolture e urinocoltura** per valutare la presenza di batteriemia o infezione urinaria concomitante.
- » **Aspirato tracheale per coltura batteriologica** metodo meno invasivo rispetto al BAL, indicato per pazienti non intubati.
- » **Test molecolare rapido su broncoaspirato per geni di resistenza ai carbapenemi (PCR multiplex per KPC, OXA-48, NDM, VIM)** per identificare rapidamente il meccanismo di resistenza e ottimizzare la terapia antibiotica

box1 - QUESITO CLINICO

L'uso di una diagnosi microbiologica rapida rispetto all'adozione dei test microbiologici convenzionali impatta sull'outcome clinico di pazienti settici? (pag. 14)¹

RACCOMANDAZIONE 1.1

Nei pazienti critici, si raccomanda l'uso di test diagnostici microbiologici rapidi (RDTs) poiché essi hanno il potenziale di ridurre il tempo di che intercorre tra la sindrome settica e l'inizio della terapia appropriata e possibilmente di migliorare l'outcome clinico. (pag. 15)¹

box2 - QUESITO CLINICO

Le tecniche diagnostiche rapide rispetto ai test microbiologici standard riducono il tempo tra infezione e inizio di una terapia antimicrobica appropriata nei pazienti settici? (pag. 17)¹

RACCOMANDAZIONE 2.1

Nei pazienti ospedalizzati si raccomanda l'uso di test microbiologici diagnostici rapidi (RDTs) per migliorare il tempo alla terapia antimicrobica appropriata. (pag. 17)¹

RACCOMANDAZIONE 2.2

I test diagnostici rapidi (RDTs) sono raccomandati per migliorare il timing alla terapia efficace nelle batteriemie (BSIs) causate da microrganismi resistenti, in particolare Enterococchi resistenti a vancomicina (VRE), Staphylococcus aureus resistente a meticillina (MRSA), Pseudomonas aeruginosa produttori di carbapenemasi e Enterobacterales produttori di ESBL e carbapenemasi. (pag. 18)¹

Vedi box1, box2

Un giovane specializzando di pneumologia, che assisteva alla discussione, si avvicinò al responsabile dell'unità di broncoscopia: "Professore, dovremmo eseguire anche un BAL?" Lo pneumologo senior si fermò un istante, valutando il paziente: "...domanda interessante; prima riassumiamo la situazione clinica...?"

Il giovane medico riflettendo: "...Il paziente è in insufficienza respiratoria, ma non è intubato. Sta ricevendo ossigeno ad alti flussi, ma non è ancora ventilato con NIV^A."

Il professore annuì: "esatto. Quindi, quali alternative abbiamo per ottenere un campione microbiologico senza fare una procedura eccessivamente invasiva? Serve un campione di espettorato, ma il paziente a me non sembra in grado di espettorare spontaneamente. E se fosse in NIV?" incalzò.

"Potremmo fare un'aspirazione tracheale" rispose prontamente il giovane medico.

Il professore sorridendo rispose: "Bravo. In un paziente non intubato, la prima scelta è sempre un'aspirazione tracheale o espettorato profondo. Il BAL è il gold standard, ma è una procedura invasiva che riserviamo ai casi in cui non otteniamo un campione adeguato o se l'eziologia rimane incerta dopo i primi test. Nel caso del Sig. Bianchi, possiamo ottenere un buon aspirato tracheale. E se la situazione peggiora o se i primi risultati sono inconclusivi, allora valuteremo il BAL".

Nel frattempo l'infettivologo segnalava la necessità di ulteriori esami per distinguere tra infezione batterica e virale.

Biomarcatori infiammatori per confermare l'eziologia batterica

- » Procalcitonina (PCT) e PCR

Vedi box3

L'Urgentista aggiunge agli esami necessari

- » Emogasanalisi arteriosa (EGA)
- » Elettroliti e funzionalità renale (Na, K, Cl, azotemia, creatinina)
- » Assetto epatico (AST, ALT, bilirubina, albumina)

Vedi box4

box3 - QUESITO CLINICO

L'uso combinato di biomarcatori infiammatori e test microbiologici rapidi migliora il tempo alla terapia appropriata nei pazienti settici?)

RACCOMANDAZIONE

Si raccomanda di eseguire biomarcatori infiammatori (PCT) e test microbiologici rapidi per ottimizzare la terapia antibiotica empirica².

box4 - Sintesi

RAZIONALE EVIDENCE-BASED PRACTICE

Emocolture e broncoaspirato

essenziali per identificare il patogeno e guidare la terapia antibiotica.

PCT e PCR

una PCT elevata (>2 ng/mL) ci può orientare verso una forma batterica, ma soprattutto supporta nell'ottimizzare la durata della terapia antibiotica, mentre una PCR elevata è un indicatore aspecifico di flogosi.

Lattato e coagulazione (D-dimero, PT/PTT)

valutano il grado di shock settico e disfunzione multiorgano. Un lattato >4 mmol/L suggerisce ipoperfusione tissutale e sepsi grave.

EGA arteriosa

analisi dello stato respiratorio e dell'eventuale necessità di ventilazione meccanica.

Funzionalità renale ed epatica

essenziali per il dosaggio corretto degli antibiotici, in particolare per farmaci eliminati per via renale (es. Ceftazidime/Avibactam).

Fatti gli esami di laboratorio era necessario visualizzare il coinvolgimento polmonare e identificare possibili complicanze; per stabilire l'origine dell'infezione l'equipe medica necessitava di "Imaging toracico", la decisione fu di eseguire RX torace, per identificare polmonite lobare o ARDS e TC per valutare le lesioni ed escludere ulteriori complicanze. **Vedi box5**

Gli esami erano stati eseguiti, bisognava attendere i risultati per formulare la diagnosi definitiva e individuare la terapia ottimale.

box5 - Ruolo dell'imaging toracico nella diagnosi di polmonite nosocomiale severa

Raggi X

la radiografia del torace è spesso il primo passo per sospettare la polmonite, rivelando infiltrati polmonari. Tuttavia, nessun segno radiografico è abbastanza sensibile o specifico per la polmonite nosocomiale, poiché condizioni come l'atelettasia, l'embolia o l'edema polmonare possono produrre risultati simili. Infine, occorre tener conto che nel paziente critico o anziano l'unica proiezione postero-anteriore obbligata riduce l'accuratezza della metodica.

Ecografia Toracica

ha guadagnato spazio durante il periodo Covid. Può identificare consolidamenti polmonari compatibili con polmonite ed evidenziare segni di ventilazione ridotta, che possono indirizzare la diagnosi. Non è efficace per lesioni polmonari profonde ed è operatore dipendente. L'uso dell'ecografia toracica può essere di supporto per la diagnosi di polmonite, in particolare in ambienti di terapia intensiva o quando la TC non è disponibile e quando c'è il sospetto di Pneumotorace o versamento pleurico³⁴.

Tomografia Computerizzata (TC)

La TC del torace è considerata il gold standard per lo studio dell'addensamento polmonare, con una sensibilità superiore rispetto alla radiografia convenzionale.

È particolarmente utile quando la radiografia del torace non è dirimente o per identificare piccole aree di infezione.

La TC è vantaggiosa in termini di praticità, ripetibilità e sicurezza per il monitoraggio.

Quale sarà il patogeno responsabile?

Quale strategia terapeutica sarà efficace per salvare il Sig. Bianchi?

Quale antibiotico avreste scelto se vi foste trovati al posto dell'infettivologo?

In attesa delle risposte in pubblicazione nel prossimo numero, potete partecipare con osservazioni, segnalazioni – anche di errori – e ogni altro contributo scrivendo all'indirizzo dedicato: casoclinico@omceocn.it

Note

A. Ventilazione Non Invasiva (Non-Invasive Ventilation)

Si tratta di un supporto ventilatorio che aiuta la respirazione del paziente senza la necessità di intubazione tracheale. Viene somministrato tramite maschere facciali, nasali o a casco (helmet) e fornisce pressione positiva per facilitare gli scambi gassosi nei pazienti con insufficienza respiratoria

Bibliografia

1. SIMIT, SITA, GISA, AMCLI, SIM. **Diagnosi e management delle infezioni causate da batteri multiresistenti: linee guida della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), Società Italiana di Terapia Antinfettiva (SITA), Gruppo Italiano per la Stewardship Antimicrobica (GISA), Associazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI), Società Italiana di Microbiologia (SIM).** Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida 2023; published online Nov 6.
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. **Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021.** Critical Care Medicine 2021; 49: e1063.
3. Boccattola A, Cocco G, D'Ardes D, et al. **Infectious Pneumonia and Lung Ultrasound: A Review.** Journal of Clinical Medicine 2023; 12: 1402.
4. Parlamento S, Copetti R, Di Bartolomeo S. **Evaluation of lung ultrasound for the diagnosis of pneumonia in the ED.** The American Journal of Emergency Medicine 2009; 27: 379-84.

Decidere in medicina – Parte I

Tra scienza, esperienza e umanità

In medicina, decidere non è mai un gesto automatico. È il momento in cui la professione si fa arte, e l'arte si confronta con i limiti della scienza.

È lì che si incontrano – e talvolta si scontrano – conoscenza scientifica, esperienza clinica e valori umani.

Non basta applicare linee guida o protocolli. Prendere “la decisione giusta” significa entrare nel merito, valutare, adattare. Significa riconoscere che ogni paziente è diverso, e che nessun algoritmo potrà mai cogliere da solo la complessità della vita reale.

Ogni giorno, i medici affrontano scelte che non riguardano solo numeri o percentuali, ma persone: con la loro storia, le loro aspettative, le loro paure. È qui che il decision making clinico diventa qualcosa di più: un atto di responsabilità che tiene insieme rigore scientifico, esperienza e capacità di ascolto.

Per comprendere davvero la portata di questo processo, abbiamo scelto di dividerlo – per necessità espositive – in tre sezioni, che esploreremo nei prossimi numeri.

Ognuna affronterà un nodo cruciale:

1. I fattori che influenzano le scelte mediche.
2. Gli strumenti a disposizione (studi clinici, revisioni sistematiche, linee guida).
3. Le implicazioni giuridiche e deontologiche, soprattutto alla luce della Legge Gelli-Bianco.

Un percorso articolato, sì, ma necessario per restituire complessità e valore a uno degli aspetti più delicati della pratica medica.

Nel processo decisionale clinico, la definizione del trattamento più appropriato non è mai un'operazione puramente tecnica. È il risultato di una valutazione articolata, che integra dimensioni biologiche, cliniche e umane.

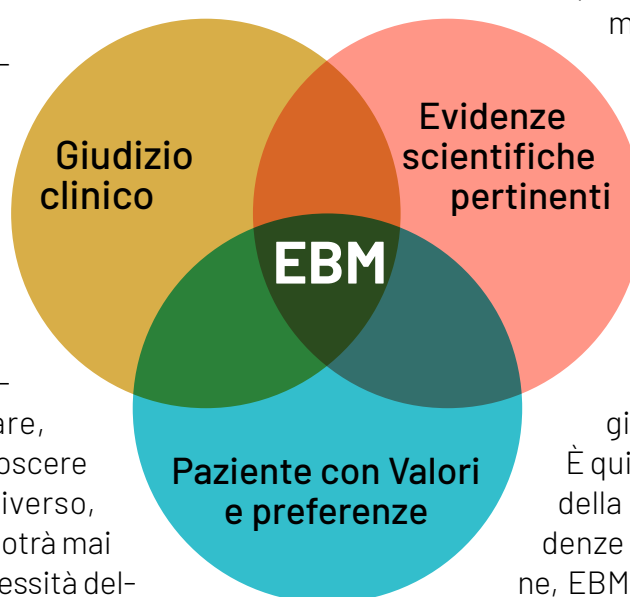
È qui che si inserisce il modello della medicina basata sulle evidenze (Evidence-Based Medicine, EBM)¹, che non si limita all'applicazione meccanica di protocolli, ma richiede la sintesi critica tra le migliori evidenze scientifiche disponibili,

il giudizio e l'esperienza clinica del medico e i valori del paziente.

Per orientare questo processo, è utile distinguere tre assi fondamentali che ne costituiscono l'impalcatura: **malattia, paziente e trattamento**.

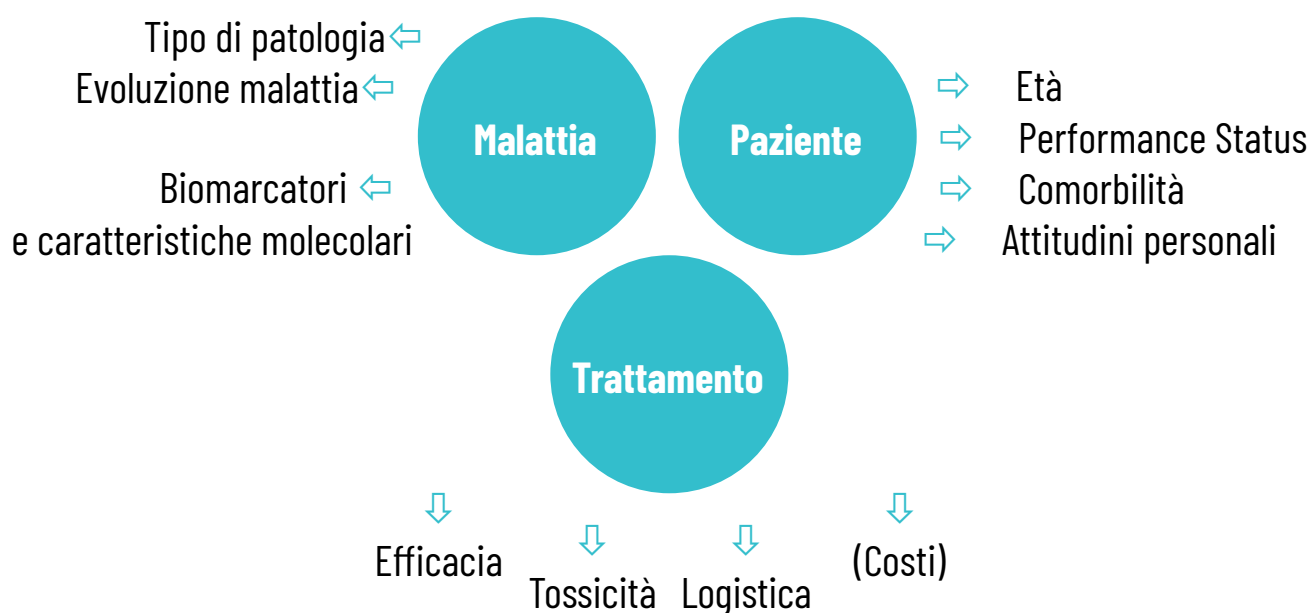
1. La malattia: il fondamento biologico

Ogni decisione medica parte dalla comprensione del quadro patologico. Tuttavia, “la malattia” non è una categoria astratta, né omogenea. Cambiano il tipo di patologia, la sua evoluzione clinica, la presenza di comorbidità e, sempre più spesso, la sua caratterizzazione molecolare. Oggi, grazie alla medicina di precisione, è possibile identificare alterazioni genetiche



Fattori che influenzano la decisione medica:
tra evidenza, contesto e persona

Determinanti cliniche della "Decision Making" in medicina



e biomarcatori che guidano la scelta terapeutica. Ad esempio, nel carcinoma polmonare non a piccole cellule, la presenza di mutazioni EGFR o di riarrangiamenti ALK modifica radicalmente l'approccio terapeutico.

La malattia non è più solo "un tumore", ma un'entità biologica unica, con specificità da riconoscere e trattare in modo mirato.

2. Il paziente: individualità clinica e valoriale

Accanto alla malattia, il secondo asse decisionale è rappresentato dalla persona che ne è portatrice. Età, fragilità, stato funzionale, storia

clinica pregressa, ma anche cultura, convinzioni personali e obiettivi di vita, influenzano profondamente la scelta terapeutica.

Due pazienti con la stessa diagnosi possono avere indicazioni differenti, perché diverso è il loro contesto, la tollerabilità attesa alle cure e la prospettiva individuale rispetto alla malattia. Il processo decisionale non si limita a "curare la patologia", ma richiede di "curare il paziente" nella sua interezza.

3. Il trattamento: tra efficacia e tollerabilità

Il terzo elemento chiave riguarda il profilo del trattamento disponibile. Anche quando una terapia si dimostra efficace a livello statistico, il medico deve chiedersi:

- Quanto è alto il beneficio atteso nel caso specifico?
- Quali sono i potenziali effetti collaterali?
- Il rapporto beneficio/rischio è favorevole per quel paziente?

L'efficacia clinica, infatti, va sempre contestualizzata. Una terapia intensiva può essere indicata in un paziente giovane e motivato, ma risultare inadeguata in un soggetto anziano, fragile o con aspettative diverse.

Ogni scelta terapeutica richiede di bilanciare dati scientifici e sostenibilità individuale.

Una scelta complessa ma necessaria.

BOX CLINICO

Una donna di 82 anni, affetta da fragilità cardiovascolare, riceve una diagnosi di carcinoma mammario ormono-responsivo. Le opzioni terapeutiche raccomandate comprendono un intervento conservativo (escissione ampia) seguito da radioterapia, oppure una chirurgia radicale (mastectomia), in entrambi i casi seguita da ormonoterapia. La paziente, dopo essere stata adeguatamente informata, opta per una mastectomia, pur consapevole dell'impatto sull'immagine corporea, motivando la scelta con la volontà di evitare il percorso radioterapico - reso logisticamente complesso dalla distanza dal centro di riferimento - e di semplificare il più possibile la gestione della propria quotidianità. La decisione, pienamente informata e coerente con i suoi valori, viene condivisa e rispettata.

Questa tripartizione – malattia, paziente, trattamento – non va intesa come una procedura lineare, ma come una griglia interpretativa che aiuta a orientare il giudizio clinico.

Il medico non agisce mai in un vuoto decisionale, ma in un contesto fatto di conoscenze in evoluzione, strumenti di supporto, ma anche vincoli organizzativi, pressioni emotive e responsabilità etiche.

Proprio per questo, la medicina delle evidenze deve essere anche medicina della persona, capace di leggere la complessità clinica alla luce della singolarità di ciascun individuo.

Anticipazione: la bussola della scelta.

Nella prossima sezione approfondiremo gli strumenti che orientano il processo decisionale: studi clinici, revisioni sistematiche, metanalisi e linee guida. Vedremo come vengono prodotti, quali sono i loro limiti e come possano essere utilizzati in modo critico e consapevole nella pratica clinica. Inoltre, vedremo come queste abbiano acquisito anche una valenza giuridica.

Perché decidere, in medicina, significa anche sapersi orientare tra le evidenze, con rigore metodologico e responsabilità professionale.

Bibliografia

1. Straus, Glasziou, Richardson, Haynes. **Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM**, 5° edizione. Edinburgh London New York: Elsevier, 2018.

I dilemmi etici della professione medica

Cari iscritti, il lavoro di medici ci pone costantemente di fronte a scelte non solo cliniche, ma anche etiche. Come affrontare il rapporto con il paziente in situazioni di vulnerabilità estrema? Quali implicazioni morali e giuridiche derivano dall'uso delle nuove tecnologie in ambito sanitario? Come bilanciare il diritto all'autonomia con il dovere di curare?

Per approfondire questi e altri temi, inaugureremo una rubrica dedicata alla bioetica, uno spazio di confronto aperto in cui i vostri quesiti saranno oggetto di riflessione condivisa.

A guidare questa discussione sarà il prof. Antonio Rimedio, filosofo e membro di diversi comitati etici piemontesi, che con il contributo di colleghi esperti ci aiuterà a esplorare i dilemmi etici della professione.

Vi invitiamo quindi a inviare le vostre domande e i vostri spunti, che diventeranno il punto di partenza per i futuri approfondimenti di questa rubrica.

“La medicina non è solo una scienza esatta: è anche, e forse soprattutto, una pratica profondamente umana, fatta di scelte complesse e di valori in tensione. I progressi della ricerca e della tecnologia ampliano ogni giorno le possibilità di diagnosi e cura, ma sollevano al contempo nuove domande etiche: cosa significa “fare il bene” del paziente? Esistono limiti al diritto di autodeterminazione? Quali sono le responsabilità del medico in scenari incerti o conflittuali?”

Con questa rubrica, vorremmo offrire uno spazio per riflettere insieme su questi temi, partendo dalle vostre esperienze e dai vostri dubbi concreti. Il mio ruolo sarà quello di stimolare una discussione aperta e rigorosa, con il supporto di colleghi medici, per affrontare le questioni bioetiche con il rispetto e la profondità che meritano.

Attendo con interesse i vostri spunti.

Antonio Rimedio



Sedazione cosciente: un personaggio in cerca d'autore

La "sedazione cosciente" con farmaci iniettabili è pratica anestesiológica oggi largamente diffusa per l'esecuzione di procedure chirurgiche ed odontoiatriche più invasive anche a livello ambulatoriale. A partire dagli anni duemila si è verificata la rapida diffusione di questa procedura che favorendo la serenità del paziente consente la piena operatività del curante. La pratica "facile" della "sedazione cosciente" in ambiente ambulatoriale ha evidenziato al legislatore la necessità di un quadro normativo certo e regolamentato - anche in ambito regionale - che definisse con chiarezza chi, dove e con quali farmaci erogare il trattamento. Attualmente l'esecuzione di prestazioni anestesiológicas quali la "sedazione cosciente" al di fuori delle strutture autorizzate, e con farmaci approvvigionati in modo estemporaneo e non tracciabile, configura un vero e proprio illecito attribuendo responsabilità che possono andare oltre "la colpa grave" determinando anche l'invalidità delle polizze assicurative dei professionisti. Volontà evidente del legislatore è di tutelare il paziente prevenendo il rischio di complicanze a seguito di sedazione in contesti non adeguati, privi di dispositivi per le emergenze come defibrillatori, laringoscopi, farmaci salvavita, ventilatori, ecc... Per fare chiarezza sulla normativa vigente è utile riassumere le tappe che hanno portato alla definizione della Chirurgia Ambulatoriale Complessa (CAC) come unico regime prestazionale che consenta una sedazione cosciente in ambulatorio dedicato.

Il DM 70/ 2015 (consultabile all'allegato 2), definisce come Chirurgia Ambulatoriale Complessa (CAC) "la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili

senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione), su pazienti accuratamente selezionati, comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e troncurre effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici".

Successivamente la DGR 35-3310 della Regione Piemonte del maggio 2016 ha definito i requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi per tale tipologia prestazionale nella quale rientrano tutte le prestazioni ambulatoriali,

comprese quelle odontoiatriche, nelle quali al paziente vengono somministrati farmaci endovenosi in grado di indurre uno stato di sedazione fino al II grado (sedazione cosciente).

Dopo un lungo periodo di concertazione con l'AlFA circa la disponibilità dei farmaci di fascia H, la Giunta regionale del Piemonte con DGR n. 37-794 del 20.12.2019 ha dichiarato l'assimilabilità al contesto Ospedaliero delle Strutture autorizzate alla CAC dettagliando successivamente con il DD 820/A1404B/2021, l'elenco di farmaci di fascia H utilizzabili per le sedazioni nelle strutture autorizzate ed approvvigionabili solo in modo tracciabile dalle stesse.

In sintesi la normativa attualmente vigente attribuisce alla figura dell'anestesista la possibilità di praticare la sedazione cosciente esclusivamente nelle Strutture sanitarie appositamente autorizzate, e con una precisa tracciabilità dei farmaci.

Allegati (links)

- » [DD-A14_820_2021](#)
- » [DD-A14_820_2021](#)
- Allegato N_1
- » [Appendice 2 dell'Allegato 1 al DM70](#)
- » [dda1400000730_11200](#)
- » [dgr_00794_1050_20122019](#)
- » [dgr_03310_830_16052016](#)
- » [OCD177-2353](#)

Sistema sanitario: ieri oggi e domani

Sabato 23 Novembre 2024 alle ore 17 si è svolto a Saluzzo presso il teatro don Bosco l'incontro dal titolo "Sistema Sanitario Nazionale ieri, oggi... e domani?" rivolto agli operatori sanitari e aperto alla popolazione, organizzato dalla Associazione Medici Cattolici sezione di Saluzzo e patrocinato da: Ordine dei medici della provincia di Cuneo, Ordine professioni infermieristiche provincia di Cuneo e Comune di Saluzzo. Sono intervenuti Federico Riboldi, assessore alla Sanità della Regione Piemonte; Franco Demaria, sindaco di Saluzzo. Il contributo videoregistrato dell'avvocato Emanuele Bellavia, esperto di legislazione socio sanitaria impossibilitato per motivi di salute - si è focalizzato sulla Legge 833/1978 che istituì il SSN.

L'assessore Riboldi si è dimostrato accogliente e propositivo, rispondendo alla domanda degli operatori sanitari ospedalieri e del territorio presenti. Si è dibattuto su problematiche quali la carenza di medici e infermieri, il taglio delle liste d'attesa, il nuovo CUP e delle prospettive per una nuova medicina territoriale più capillare e continuativa. Riboldi ha illustrato con competenza le soluzioni prospettate per potenziare il personale sanitario ospedaliero, analogamente ha illustrato il progetto

di riorganizzazione della medicina territoriale con l'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e le AFT (aggregazioni funzionali territoriali).

La gestione del CUP con il supporto dell'intelligenza artificiale dovrebbe distinguere i casi acuti e specialistici da orientare agli ospedali specializzati su determinate patologie rispetto ai problemi cronici gestibili nell'ambito delle singole ASL.

Infine l'assessore Riboldi ha illustrato il considerevole impegno finanziario della

Regione Piemonte che pianificando la riorganizzazione della rete ospedaliera prevede anche la costruzione di nuovi ospedali anche nella provincia di Cuneo.

La buona riuscita dell'incontro è stata favorita dalla presenza del direttore generale ASLCN1 dr. Giuseppe Guerra (già presidente OMCeO), del direttore del distretto nord-ovest Valter Peiretti, del presidente dell'Ordine degli infermieri Remo Galaverna, del Vescovo di Saluzzo Cristiano Bodo, di amministratori e sindaci del territorio, oltre che i numerosi operatori sanitari intervenuti.

Un ringraziamento a tutti per la buona riuscita dell'incontro.

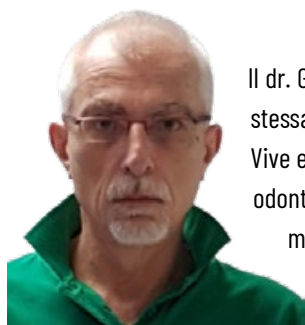


CONSIGLIO DIRETTIVO QUADRIENNIO 2025-2028

Presidente	Dr. Cavalli Sebastiano
Vicepresidente	Dr. Bertolusso Luciano
Tesoriere	Dr. Russi Elvio Grazioso
Segretario	D.ssa Rossi Paola
Consigliere	D.ssa Amati Annalisa
Consigliere	Dr. Balestrino Elsio
Consigliere	Dr. Ceratto Simone
Consigliere	D.ssa De Renzis Francesca
Consigliere	Dr. Dotta Andrea
Consigliere	Dr. Favilla Bruno
Consigliere	Dr. Mura Stefano
Consigliere	D.ssa Palmisano Sarah
Consigliere	Dr. Papaleo Alberto
Consigliere	Dr. Pomero Fulvio
Consigliere	Dr. Ricchiardi Paolo

COMMISSIONE ALBO MEDICI

Presidente	Dr. Ricchiardi Paolo
Vicepresidente	Dr. Bertolusso Luciano
Segretario	D.ssa Rossi Paola
Consigliere	D.ssa Amati Annalisa
Consigliere	Dr. Balestrino Elsio
Consigliere	Dr. Cavalli Sebastiano
Consigliere	Dr. Ceratto Simone
Consigliere	D.ssa De Renzis Francesca
Consigliere	Dr. Dotta Andrea
Consigliere	Dr. Favilla Bruno
Consigliere	Dr. Mura Stefano
Consigliere	D.ssa Palmisano Sarah
Consigliere	Dr. Papaleo Alberto
Consigliere	Dr. Pomero Fulvio
Consigliere	Dr. Russi Elvio Grazioso



Il dr. Gian Paolo Damilano si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino nel 1982 e presso la stessa Università ha quindi conseguito il diploma di specializzazione in Odontostomatologia.

Vive e lavora a Fossano come libero professionista. Ha ricoperto numerosi incarichi in ANDI, sindacato dell'area odontoiatrica. La sua esperienza ordinistica comincia come consigliere nel 2006, con il primo mandato in quota medici. Nel mandato successivo è stato eletto come consigliere nella Commissione Albo Odontoiatri di cui ha assunto la presidenza nel 2012, carica che ricopre attualmente. Ha assunto il ruolo di segretario dell'Ordine dal 2012 al 2024. Nel 2025 è stato eletto come componente della CAO Nazionale presso FNOMCeO.

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Presidente	Dr. Gian Paolo Damilano
Consigliere	Dr. Bevilacqua Marco
Consigliere	Dr. Gallo Roberto
Consigliere	Dr. Luigi Giovanni Nivoli
Consigliere	Dr. Radogna Franco

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Laudani Elio	Presidente
Panero Paola	Revisore dei Conti
Borgogno Elena	Supplente

MEDICI PRIME ISCRIZIONI

BERTINOTTI dr.ssa Cristina	Boves
GARELLI dr.ssa Anna	Mondovì

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

CHIOZZA dr Matteo	Torino
DE ROSA dr Federico	Como
GIORDANO dr Mario	Salerno
PITTALUGA dr Michele	Genova
RICARDI prof. Umberto	Torino
SACCHI dr.ssa Francesca	Pisa
SAGLIETTI dr Francesco	Milano
VADALÀ dr Paolo	Roma

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

ANGORETTO dr Vincenzo	Asti
GRASSO dr.ssa Angela	Asti
INCALCATERRA dr Pietro	Palermo
POGGI dr Davide	Genova
RUARO dr.ssa Barbara	Trieste

MEDICI DECEDUTI

BERTOLOTTO dr Gianni	Magliano Alfieri
COTTINO dr Roberto	S. Stefano Belbo
INAUDI dr Bruno	Cuneo
PIEROPAN dr Lorenzo	Mondovì
VERRI dr Pier Giorgio	Alba

ODONTOIATRI PRIME ISCRIZIONI

BENSO dr Andrea	Cuneo
SEGBEDJI dr.ssa Melissa	Montemarle

ODONTOIATRI CANCELLATI SU RICHIESTA

PARODI dr Loris	Savona
-----------------	--------

ODONTOIATRI DECEDUTI

BERTOLOTTO dr Gianni	Magliano Alfieri
----------------------	------------------

NECROLOGI

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa dei Colleghi

BERTOLOTTO dr Gianni

medico chirurgo ed odontoiatra di anni 68

COTTINO dr Roberto

medico chirurgo di anni 74

INAUDI dr Bruno

medico chirurgo di anni 65

PIEROPAN dr Lorenzo

medico chirurgo di anni 64

VERRI dr Pier Giorgio

medico chirurgo di anni 80

A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai famigliari le più sentite e affettuose condoglianze.

ENTRATE			
I ENTRATE CORRENTI			568.170
I.I	Contributi associativi	530.436	
I.II	Entrate per la prestazione di servizi	308	
I.III	Redditi e proventi patrimoniali	3.900	
I.IV	Poste correttive e comprensive di spese	19.526	
I.V	Entrate non classificabili in altre voci	14.000	
II ENTRATE IN CONTO CAPITALE			
II.I	Alienazione beni patrimoniali		
II.II	Entrate derivanti da contributi FNOMCeO		
III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO		228.332	
III.I	Entrate per partite di giro	228.332	
TOTALE ENTRATE			796.502
TOTALE A PAREGGIO			796.502

USCITE			
I USCITE CORRENTI			534.584
I.I	Funzionamento Organi Istituzionali	151.270	
I.II	Spese per lo svolgimento di attribuzioni istituzionali	33.115	
I.III	Spese di rappresentanza	35.205	
I.IV	Spese per acquisto libri, riviste e giornali	35.591	
I.V	Spese per il personale in attività	151.958	
I.VI	Consulenze e collaborazioni	39.213	
I.VII	Acquisto beni di consumo	51.197	
I.VIII	Oneri finanziari e tributari	24.930	
I.IX	Poste correttive e compensative di entrate	12.106	
I.X	Fondi di adeguamento	0	
II USCITE IN CONTO CAPITALE			
II.I	Acquisto beni di uso durevole	78.859	
II.II	Accantonamento TFR	10.592	
II.IV	Estinzione mutui e anticipazioni	0	
II.V	Ammortamenti di competenza	22.266	
		111.717	
III USCITE PER PARTITE DI GIRO		228.332	
III.I	Spese per partite di giro	228.332	
TOTALE USCITE			874.633
Disavanzo economico			-78.131
TOTALE A PAREGGIO			796.502

Contabilità Finanziaria

Fondo iniziale liquidità (cassa, c/c)		365.263,24
Riscossioni eseguite	901.487,54	
Pagamenti effettuati	-937.189,42	
Fondo finale di cassa		329.561,36
<i>Fondo finale liquidità calcolato in base alle registrazioni (mostrato solo per verifica)</i>		329.561,36

Situazione amministrativa

Consistenza della liquidità inizio esercizio		365.263,24
Riscossioni eseguite in c/competenza	793.862,36	
Riscossioni eseguite in c/residui	107.625,18	901.487,54
		1.266.750,78
Pagamenti effettuati in c/competenza	-834.177,29	
Pagamenti effettuati in c/residui	-103.012,13	-937.189,42
Consistenza della liquidità a fine esercizio		329.561,36
Residui attivi da precedenti esercizi	1.381,67	
Residui attivi da esercizio corrente	2.640,00	4.021,67
		333.583,03
Residui passivi da precedenti esercizi	157.737,77	
Residui passivi da esercizio corrente	18.189,96	-175.927,73
Avanzo di amministrazione		157.655,30

Disavanzo economico

Ricavi esercizio corrente		796.502,36
Costi esercizio corrente		-874.633,33
Disavanzo economico		-78.130,97