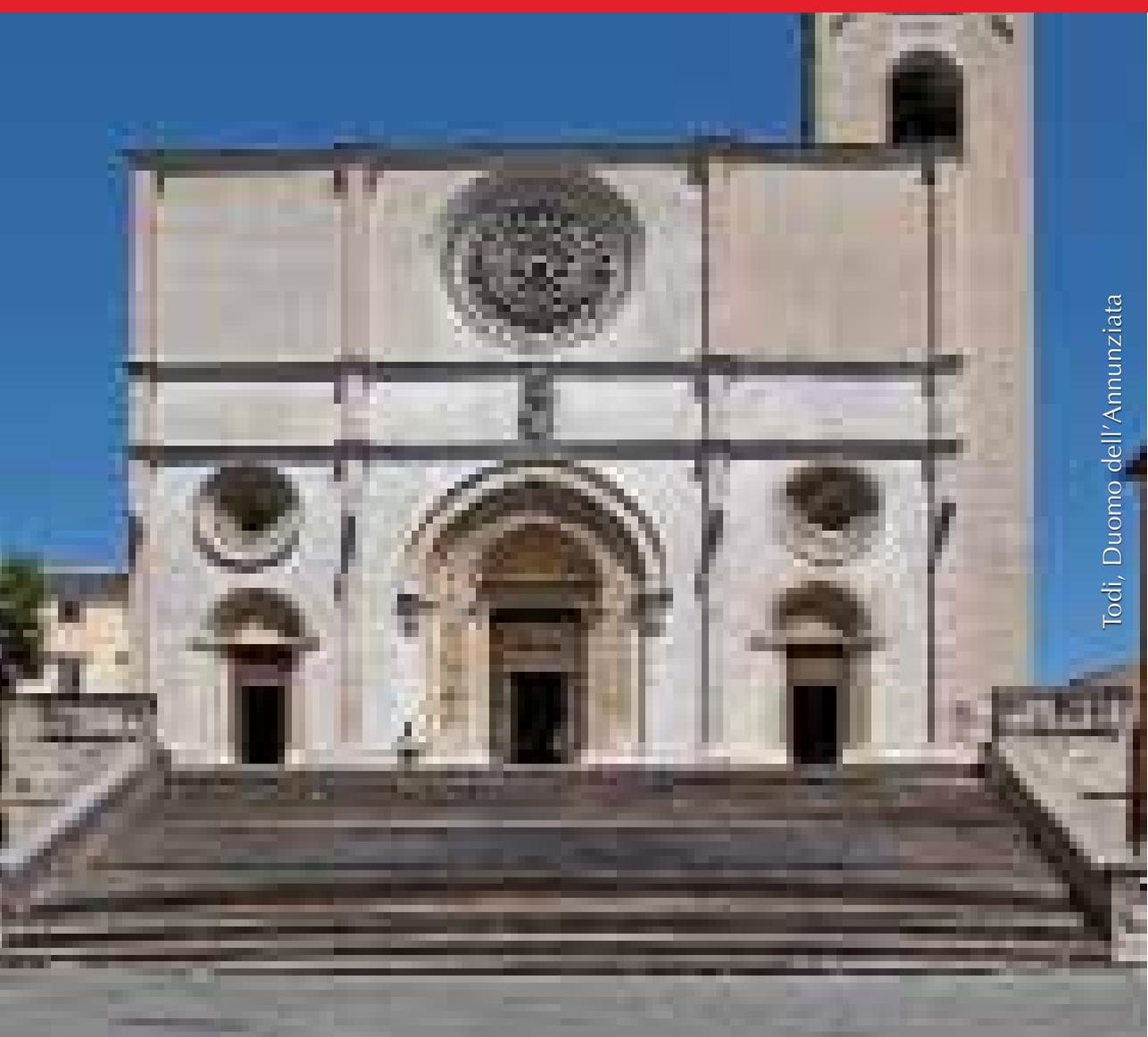




Bollettino ⁰²⁻²⁰¹⁶

ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA - 02-2016



Todi, Duomo dell'Annunziata

i n d i c e

*I MEDICI ITALIANI
SONO ALLO
SBANDO
(parte seconda)*

pag. 3:

*OMAGGIO
ALLA MEMORIA
PROF. U. MERCATI*

pag. 8:

*IL MEDICO
PAZIENTE*

pag. 14:

*GLI ESAMI DI
LABORATORIO
NELLE MALATTIE
REUMATICHE*

pag. 19:

*GENTILE
DA FOLIGNO*

pag. 26

BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA 02/2016

Sommario

I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO? (SECONDA PARTE)	3
RISPOSTA ALL'EDITORIALE I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO (PARTE PRIMA)	6
UN OMAGGIO ALLA MEMORIA DEL PROF. U. MERCATI: UN LUMINARE DELLA CHIRURGIA	8
LA VALLE DEI FUOCHI	11
IL MEDICO PAZIENTE 14	
GLI ESAMI DI LABORATORIO NELLE MALATTIE REUMATICHE FLOGISTICO-CRONICO ED AUTOIMMUNITARIE SISTEMICHE	19
GENTILE DA FOLIGNO, MAESTRO DELLA MODERNA NEFROLOGIA E CARDIOLOGIA	26
QUANDO E' OPPORTUNO AVERE UN SECONDO PARERE MEDICO	28
DENTISTI "LOW COST", OCCHIO AI FURBI	30

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. *Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia*

Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle seguenti norme redazionali.

Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;

- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica.

La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

CONSIGLIO DIRETTIVO

RESIDENTE:

Dott. Graziano CONTI

VICE PRESIDENTE

Dott. Valerio SGRELLI

TESORIERE

Dott. Antonio MONTANARI
(Consigliere Odontoiatra)

SEGRETARIO

Dott. Stefano LENTINI

CONSIGLIERI

Dott. Mario BERARDI

Dott.ssa Patrizia BODO
Dott. Stefano CARAFFINI
Dott.ssa Cristina CENCI
Dott.ssa Alfredo CRESCENZI
Dott. Stefano CUSCO
Dott. Andrea DONATI
(Consigliere Odontoiatra)
Prof. Cesare FIORE
Dott.ssa Alessandra FUCA'
Dott. Francesco GIORGETTI
Dott. Gian Marco MATTIOLI
Dott. Tiziano SCARPONI
Dott. Massimo SORBO

COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE

Dott. Andrea DONATI

COMPONENTI

Dott. Leonardo CANCELLONI
Dott.ssa Claudia GIANNONI
Dott. Antonio MONTANARI
Dott. Ezio POLITI

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE

Dott. Gianluigi ROSI

EFFETTIVI

Dott. Giovanni Battista GENOVESI
Dott. Oreste Maria LUCHETTI

SUPPLENTE

Dott. Primo PENSI

BOLLETTINO

Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi

Resp. Editoriale

Prof. Fortunato Berardi

Comitato di redazione

Dott. Stefano Lentini

Dott. Antonio Montanari

Dott. Marco Petrella

Dott.ssa Stefania Petrelli
Dott. Giuseppe Quintaliani
Prof. Fausto Santeusano
Dott. Massimo Sorbo
Dott. Antonio Tonzani
Segretaria di redazione
Sig.ra Rita Micheletti
Impaginazione e stampa
Tipografia Recchioni - Foligno

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it - segretario@ordinemediciperugia.it
uffici@ordinemediciperugia.it - commissioneodo@ordinemediciperugia.it
previdenza@ordinemediciperugia.it

Sito Internet www.ordinemediciperugia.it



I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO? (SECONDA PARTE)

Dott. Tiziano Scarponi

Sono diversi giorni che sto provando a buttare giù questo editoriale, ma ogni volta mi fermo dopo le prime due o tre righe e ricomincio daccapo...il motivo? Forse perché parto con il presupposto di dover fare il contraddittorio alle affermazioni di Ivan Cavicchi come avevo promesso nell'ultimo Bollettino, ma evidentemente non è quello che dentro di me sento di poter fare.

Ho letto e riletto diverse pagine della "Questione Medica" e molte altre considerazioni fatte dal Nostro in diverse circostanze e devo ammettere, come asserisce anche il collega Hanke nello scritto che seguirà, che purtroppo molte sue affermazioni corrispondono a verità.

Le cause che stanno determinando l'esistenza della " Questione Medica" sono molteplici: dal tirare in ballo Zygmunt Bauman con la sua definizione di "società liquida" o parlare della crisi valoriale che sta spazzando via tutte quelle certezze che nel bene e nel male avevano guidato sino ad ora la nostra società occidentale. Invocare la crisi economica che sta facendo maturare sempre più in maniera forte il concetto di sanità come spesa piuttosto che come diritto. Sottolineare i cambiamenti di paradigma che di fatto hanno messo in crisi i fondamenti della

scienza positivista che ancora invece anima la medicina. Un nuovo concetto di salute che considera il paziente non più come un ricevitore passivo di consigli e terapie, ma come un soggetto attivo dotato di autodeterminazione, capacità di scegliere e portato all' *empowerment*.

Difronte a questo scenario quale è stata la risposta nostra? Dispiace dirlo, ma si è risposto ignorando il problema e allora le conclusioni di Cavicchi sono forse giustamente impietose "..... *Nel momento in cui il ruolo storico è liquidato ma non ridefinito, cioè non è rimpiazzato con un altro ruolo deciso volontariamente dal medico, nasce la **questione medica**. Il saldo tra vecchio medico e nuovo medico non è a vantaggio del medico nel senso che ad un certo tipo di medico oggi corrisponde solo la sua negazione il **non medico** ma non la sua riaffermazione*". Ecco pertanto le responsabilità storiche della nostra categoria, soprattutto di chi istituzionalmente doveva essere in grado di anticipare il cambiamento prevedendo la complessità dei contesti, i cambiamenti in atto ed invece ha fatto finta di nulla o minimizzato la portata dei problemi. Ecco perché i medici sono "immanentisti": pensano cioè solo al problema del giorno, vi-



vono alla giornata. Ed ecco perché “... Oggi i medici si trovano male (molto male):

- perché quel peso sociale che avevano una volta non ce l'hanno più;
- perché il consociativismo con la politica al quale erano abituati non c'è più;
- perché è stata superata financo la concertazione, cioè essi sono stati esclusi dalle scelte e dalle decisioni;
- perché è in atto una trasformazione politico-istituzionale in ragione della quale il governo tende a diventare sempre più autorevole e centralista, e i medici nelle diverse istituzioni non solo non possono fare niente ma alla fine devono allinearsi;
- perché, come è stato già detto, le ragioni dell'economia ormai a proposito

di sovrastruttura non guardano in faccia più nessuno, medici compresi, cioè soprattutto con la crisi economica del paese, i giochi sono diventati altri”.

Tutto perduto? Tutto andato? Forse no! Lo stesso Cavicchi individua la causa che potrà determinare lo sblocco: l'immobilismo e il malessere della categoria medica non va certo a vantaggio del cittadino, ma determina uno svantaggio sociale a tutti i cittadini. Condizione indispensabile, però, è che i medici non indirizzino le loro energie e rivendicazioni per invocare il ripristino del ruolo e della modalità dell'essere medico di una volta, riproporre cioè dei modelli oramai superati e sepolti. La carta vincente è quella di una svolta, di una ridefinizione della propria

figura alla luce dei nuovi modelli relazionali, gestionali e alla fine ontologici. Ne saremo in grado? Spero, anzi credo di sì dopo che ho vissuto in quel di Rimini la 3° Conferenza Nazionale sulla Professione Medica ed Odontoiatrica dal titolo:” Guardiamo al futuro: quale medico, quale paziente, quale medicina nel SSN?” dal 19 al 21 maggio u.s. organizzata dalla FNOMCeO. Io stesso ho tenuto un intervento dal titolo:” Costruzione complessa della relazione di cura in medicina di famiglia” nella sessione Relazione di Cura e Gestione della Complessità, il cui testo può essere consultato nel mio blog: www.tizianoscarponi.blogspot.it.

In estrema sintesi estrapolo alcune considerazioni dal documento finale della conferenza che delinea il medico come: “ Un medico leader in una sanità complessa in cui il medico è chiamato a sfide future in un sistema di collaborazione con altre figure professionali, maturando caratteristiche diverse in particolare per fronteggiare le innovazioni tecnologiche che connoteranno il futuro assetto della medicina. Dovrà ricoprire il ruolo di garante e artefice della salute, gestendo la propria leadership in un sistema sempre più complesso e di fronte a una richiesta di salute e di risultati..... Il medico in Italia nei prossimi anni dovrà essere:

- 1) proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici.
- 2) detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;
- 3) detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze;
- 4) capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno;

5) capace di tener conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità;

6) attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;

7) capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite;

8) cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un potere di advocacy;

9) cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti;

10) attento a perseguire il migliore continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltreché a dimostrarlo”. Sarà solo una declinazione di buoni intenti? La storia lo dirà





RISPOSTA ALL'EDITORIALE I MEDICI ITALIANI SONO ALLO SBANDO (PARTE PRIMA)

Dott. Maurizio Hanke

Caro Scarponi, non conosco questo Ivan Cavicchi, da te citato nell'editoriale dell'ultimo Bollettino (04/2015 - 01/2016), ma temo che le sue affermazioni, riportate nello stesso editoriale ed estrapolate da numerosi suoi articoli, contengano molte verità.

Le categorie antropologiche e morali a cui il Cavicchi ci associa - individualisti, utilitaristi, opportunisti, conservatori e immanentisti - fatta eccezione per questa ultima di cui mi sfugge il reale significato che forse è stato frainteso dall'autore, e la prima, di cui parleremo più avanti, mi sembrano azzeccate.

In realtà la classe medica ha perso gran parte delle sue caratteristiche che per molti decenni, ma io direi sicuramente per oltre un secolo, (parte del XIX° e almeno la prima metà del XX° secolo), l'hanno fatta una categoria professionale di avanguardia, che spingeva sulle novità, le anticipava, le rendeva possibili e scommetteva sulla propria organizzazione professionale per dare alla società intera una forte spinta in direzione del progresso e dell'avanzamento. Oggi mi sento di condividere anche l'altra

affermazione da te riportata, quella della Annalisa Silvestro che, riferendosi ai medici, ammette che non riescono "più a trovare l'elemento sui cui avere una posizione culturalmente dominante".

Credo che sia opportuno parlarsi chiaro e non schierarsi nella difesa corporativa della nostra categoria evitando, come tu dici nell'editoriale, di "perdere la calma" per la nostra messa in stato di accusa. I medici solo raramente sono stati corporativi - forse anche perchè le diversificazioni all'interno della loro categoria hanno impedito una unità sostanziale nelle loro rivendicazioni professionali e sindacali; anzi il corporativismo - da cui io personalmente rifuggo anche come concezione generale dei rapporti sociali - confligge col concetto stesso della medicina e della professione medica che esalta l'individualismo sia nei rapporti coi colleghi sia nei confronti della società, verso la quale ciascuno assume un impegno di cui rende conto personalmente e individualmente (ecco perché l'accusa di essere individualisti, mossaci da Cavicchi, è concettualmente errata).

Detto questo ti pare che nelle recen-

ti vicende noi siamo stati all'altezza della nostra tradizione e dei nostri attuali compiti? Credi che dobbiamo continuare a dire, come fanno molti di noi continuamente -anche i nostri rappresentanti sindacali -, che siamo oberati da troppe funzioni burocratiche e che vogliamo tornare a "fare i medici"? E' questo un approccio giusto per l'epoca che viviamo? Non pensi che calarci nella nostra realtà non significhi frenare e puntare i piedi verso le novità o dobbiamo continuare a sospirare per cercare di praticare solo un esame obiettivo mettendo un fonendoscopio sul torace e le mani sulla pancia dei nostri pazienti?

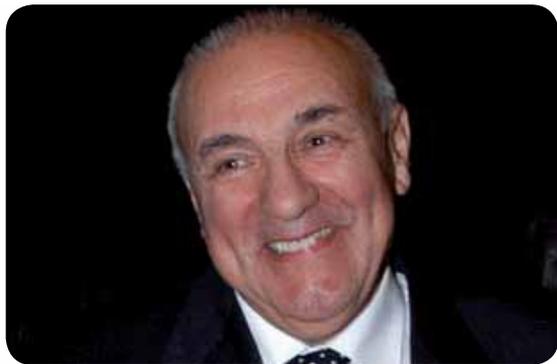
Le funzioni della medicina moderna non possono prescindere dall'approccio "olistico" della medicina pratica e della clinica e sicuramente non possiamo pensare di confinare l'atto medico nel dimenticatoio della nostra professione; ma oltre a quello abbiamo compiti nuovi, inediti, esaltanti che a mio parere possono ingigantire la funzione sociale della medicina che non può più fare a meno dei livelli informatici, della telematica, delle nuove frontiere nell'organizzazione del lavoro e della ricerca tecnologica. "Sono ormai 10 anni che i medici sono sconfitti sul campo ma la ragione della loro sconfitta permanente non è un difetto di mobilitazione (...) ma è il loro pretendere di invertire l'ordine delle cose, indifferenti al mondo che cambia"; questa è la frase di Cavicchi, da te riportata, che dovrebbe indurci ad una riflessione comune e a tentare di offrire risposte alla domanda successiva:"perché

i medici e i loro generali hanno paura del cambiamento?".

Proprio coloro che del cambiamento, per quasi due secoli, sono stati i protagonisti oggi sembrano impauriti e intimiditi dalle novità emergenti. Al contrario dovremmo essere noi, caro Scarponi, a creare problemi e difficoltà alla pubblica amministrazione sfidandola nel disegnare il nostro ruolo e i nostri nuovi compiti. O piuttosto preferiamo ostacolare il futuro, che è già presente, e darci da fare per negare le nostre nuove funzioni nella società che cambia e in scenari del tutto inediti? A mio parere dovremmo imprimere alla nostra categoria una forte spinta innovativa e sollecitare i pubblici poteri per allargare piuttosto che restringere le offerte di collaborazione a tutti i livelli. E dovremmo smetterla di opporci con miope e ottusa ostinazione ad ogni proposta di ampliamento delle nostre prestazioni di cui la parte pubblica non può più fare a meno.

Diversamente ci rinchiuderemmo, come le tartarughe, dentro il nostro guscio che diventerà inevitabilmente sempre più angusto e asfittico.





UN OMAGGIO ALLA MEMORIA DEL PROF. U. MERCATI: UN LUMINARE DELLA CHIRURGIA

Dott. Francesco Gamuzza

Era consuetudine per me, in alcune occasioni più o meno ufficiali in cui il Prof. era presente come ospite, rivolgere alla sua persona parole di plauso e riconoscenza dettate dalla stima che provavo nei suoi riguardi in quanto vedevo in lui un uomo coraggioso, tenace, determinato, preparato qualità che ne facevano l'incarnazione della figura del grande professionista che aveva fatto della chirurgia una vera e propria arte al servizio di chi aveva bisogno. Non l'ho mai visto rifiutare in ospedale un intervento a nessuno anche se presentava dei rischi. Mi diceva se è in lista e gli esami sono in ordine operiamolo.

In occasione della sua recente scomparsa desidero ribadire che sicuramente è stato per diversi decenni il Chirurgo dell'Umbria per antonomasia, che della sua professione aveva fatto un'arte a servizio non soltanto dei cittadini Umbri ma anche di quanti provenivano dalle regioni circostanti. Credo che non ci sia famiglia a Perugia che il professore non abbia gratificato con un intervento spesso risolutivo. Dire Mercati equivale dire chirurgia. La sua casistica aggiornata a 10 anni sfiorava il numero di cinquantamila interventi in ogni

settore specialistico. Per questi motivi rappresentava una sicurezza per quanti ricorrevano a Lui come ultima speranza per risolvere problemi di salute quasi sempre complessi, perché necessitavano per la loro risoluzione di una notevole preparazione e di una grande esperienza professionale. Peraltro era una personalità nota ed apprezzata da tutta la famiglia dei chirurghi operanti in Italia, per tali motivi fu eletto nel 1990 Vice-Presidente della (Società italiana di Chirurgia). Mi rendevo conto della sua fama quando nei vari congressi in cui partecipavo mi presentavo come appartenente alla sua scuola. Un'altra sua dote innata era quella dell'insegnamento; quanto avrebbe potuto innalzare il livello del sapere medico se gli fosse stato concesso un insegnamento universitario! Ma i fatti della vita talvolta vanno come non dovrebbero andare a causa di particolari interessi, di gelosie, di pochezza intellettuale, di ristrettezza di vedute; infatti dimostrava una naturale disponibilità verso i giovani medici interessati alla chirurgia aiutandoli e incoraggiandoli a intraprendere un'attività difficile ed impegnativa perché il suo scopo era quello di creare nuovi chirurghi che potessero operare bene in diverse



realità ospedaliera. Il professore, tra i primi in Italia, aveva creato nel 1973 una Divisione di Chirurgia d'Urgenza divenuto punto di riferimento regionale e sotto la sua guida si era formato un gruppo di allievi, specializzati in vari settori chirurgici, che erano conosciuti come "l'Equipe di Mercati", per inciso è stato per me un onore averne fatto parte per molti anni. Aveva compreso negli anni '70 che la Chirurgia del futuro sarebbe stata quella dei trapianti; attraverso un impegno continuo, una notevole passione e aiutato da una notorietà peraltro meritata attraverso un lavoro instancabile riuscì ad ottenere il permesso Ministeriale a Roma per l'esecuzione a Perugia del primo Trapianto renale e dell'espianto multi-organo. Anche in questa evenienza aveva dimostrato di avere un carattere di Innovatore e nello stesso tempo di Pioniere. Per il professore questa realizzazione ha rappresentato un vanto, in definitiva, non tanto per la sua persona, ma per la città di Perugia che divenne punto di riferimento per molti operatori come sede importante di trapiantologia sul piano nazionale. Secondo la mia convinzione rappresentò anche una benedizione per alcuni nostri

concittadini che poterono riacquistare, tramite il trapianto di rene, la salute senza affrontare i cosiddetti viaggi della speranza in altre parti d'Italia o all'estero.

Per il Professore fortunatamente non si è avverato il detto latino: "Nemo profeta in patria"; infatti nel suo campo è stato più che un vincente, peraltro riconosciuto dalla cittadinanza perugina come il Chirurgo per eccellenza. A conferma di ciò le stesse Istituzioni locali, alcuni anni fa, hanno voluto premiarlo con una cerimonia svoltasi alla Sala dei Notari come personaggio che si era distinto per la sua attività a favore della sanità pubblica e per il prestigio che aveva dato alla sua Città con le sue brillanti iniziative non soltanto per l'organizzazione nel 1990 del 1° Congresso nazionale di chirurgia tenuto in Umbria che portò a Perugia centinaia di specialisti da tutta Italia, ma soprattutto per essere stato il pioniere della scienza trapiantologica della nostra Regione. Per concludere sono convinto, avendolo conosciuto da vicino per circa venticinque anni, che oltre ad essere stato un eccellente professionista si è dimostrato un innovatore nel suo lavoro e nei suoi studi dando ad ognuno dei suoi collaboratori quanto gli era dovuto; era un privilegio lavorare con lui in quanto era capace di trasmettere il suo entusiasmo per le novità che la Scienza metteva a punto per diffonderle con equilibrio e saggezza. A tal proposito aveva creato con la collaborazione di un tecnico preparato (sig. A. Dozzini) uno studio per produrre filmati ripresi in sala operatoria durante interventi complessi e inno-

vativi per poterli proiettare nei vari congressi a vantaggio soprattutto dei giovani medici desiderosi di apprendere le novità riguardanti la chirurgia. Mi piace ricordare a tal proposito che in più occasioni tali filmati scientifici furono premiati come i migliori in assoluto da giurie qualificate. Non rimango stupito che purtroppo nella realtà sanitaria locale nessuno è riuscito a sostituirlo e tanto meno a imitarlo; una volta di più si dimostra che la classe non è acqua! Ciò che mi auguro è che il ricordo del professore possa continuare negli anni e che le generazioni future possano sapere chi è stato e come ha inciso nel-

la società perugina. Un mio auspicio, mi auguro condiviso da chi di dovere (vedi le istituzioni locali) dovrebbe essere la intestazione al suo nome di un luogo (una via, una piazza, un'area dello stesso ospedale cittadino) che possa ricordarlo. In questo modo Perugia avrebbe tenuto conto della riconoscenza che deve a questo grande professionista che ha dedicato l'intera sua vita alla cura dei suoi cittadini.

Un saluto deferente e affettuoso alla tua memoria caro Professore e un ciao da parte di quanti ti hanno conosciuto e ti hanno apprezzato.





LA VALLE DEI FUOCHI

Dott. Marco Petrella

E' questo il titolo di richiamo utilizzato dalla stampa umbra per seguire gli sviluppi della questione ambientale insorta intorno alla centrale di Pietrafitta. Devo ammettere che per me ha funzionato e mi ha portato di nuovo a ragionare sulle difficoltà specifiche della epidemiologia ambientale.

Perché è così difficile rispondere al quesito: può questo inquinamento avere apportato danni alla salute o apportarne in futuro?

Premetto che la gravità di comportamenti irrispettosi degli equilibri ambientali resta tale anche in assenza di prove immediate di malattie o morti correlate. Il degrado ambientale apporta tali pregiudizi alla qualità e alla sicurezza dell'esistenza umana da dover essere combattuto a prescindere e senza miopie. D'altro canto per molti inquinanti esistono già prove inconfutabili del loro impatto sulla salute e ci si può regolare di conseguenza senza attendere ulteriori verifiche locali.

Però il quesito da parte della popolazione potenzialmente esposta resta legittimo. Cosa rende tecnicamente difficile rispondere? In generale: le ipotesi aspecifiche, la misclassificazione, il confondimento e in casi particolari la bassa numerosità delle popolazioni.

Le ipotesi aspecifiche: quali danni

dobbiamo cercare? Dopo una prima fase doverosa nella quale valutare se la popolazione potenzialmente esposta presenta eccessi di morbilità e mortalità per tutte le cause, bisogna selezionare le ipotesi più promettenti alla luce degli inquinanti e delle vie di contatto in questione. Qui l'esperienza del gruppo di lavoro multidisciplinare che affronta la questione è fondamentale per non battere vie destinate al fallimento.

La misclassificazione: come si fa a individuare gli esposti, la cui salute o esistenza in vita va confrontata con i non esposti? Da un lato ci sono i percorsi che l'inquinante (più spesso gli inquinanti) seguono per entrare in contatto con l'organismo umano in modo efficace per causare danni. Dall'altro c'è da verificare la collocazione sul territorio delle persone compatibile con tale contatto per tempi adeguati a realizzare il danno presunto.

C'è quindi innanzitutto bisogno di una collaborazione tra competenze diverse, già abituate a dialogare tra loro con una terminologia e una metodologia condivisa. E' difficile che un gruppo di tale genere sia presente in loco, di solito si tratta di esperienze che maturano a livelli sovra-zonali.

Dopo di che si tratta di collocare le



persone sul territorio. La residenza (di solito a livello di comune) è la via più facile, ma è difficile che i confini amministrativi corrispondano a quelli della dispersione ambientale degli inquinanti. Altre geo-localizzazioni automatiche, ammesso che vengano rese disponibili da chi le detiene, possono minimizzare la misclassificazione, ma fanno comunque riferimento alla residenza, che è un dato ufficiale ma non è l'unico motivo per cui una persona può entrare in contatto con un'area, né assicura che la persona stia davvero là per periodi sufficienti.

In ogni caso la misclassificazione indebolisce l'associazione. Si finisce per mettere tra gli esposti persone che non si ammalano proprio perché

non sono esposte, o per collocare tra i non esposti persone in realtà a rischio. Questo intuitivamente diminuisce le differenze che si possono osservare e portare ad un esito negativo dello studio.

Questo problema non si presenta se si confrontano quartieri densamente popolati di una grande città, abbastanza omogeneamente divisibili tra inquinati o no (sulla base della distanza da una fonte di inquinamento atmosferico, per esempio).

In alternativa si possono geo-localizzare le persone sulla base di questionari individuali, quindi con alti costi di rilevazione.

Il confondimento: i danni che si osservano dipendono dall'inquinamento o

da altri fattori di rischio che viaggiano insieme all'inquinamento?

Un caso esemplare è quello della "terra dei fuochi" in Campania, dove certe le popolazioni stanno peggio che altrove, ma anche perché, come spesso succede, sono gli strati socialmente svantaggiati (e quindi portatori di altri fattori di rischio) a vivere in posti inquinati. Cioè, per fare un esempio banale: sono vittime dell'inquinamento o del fumo di tabacco?

Solo studi di grandi dimensioni possono permettersi di stratificare le popolazioni per rischi diversi da quelli indagati e quindi controllare gli effetti dei diversi fattori.

La bassa numerosità: quanto ampi saranno i limiti di confidenza delle misure di rischio?

Questo credo che sia il principale problema che si pone nella realtà umbra, problema che come ben si capisce, amplifica gli altri due.

Quando sulla base dei dati di una ricerca nazionale sui danni da polveri sottili, la nostra USL provò in collaborazione con l'ARPA a calcolare l'eccesso di ricoveri e morti nella popolazione perugina, correlati ai superamenti dei livelli di pM10, l'eccesso c'era, ma era di 1 o 2 casi all'anno con limiti di confidenza che scendevano sotto lo zero. Questo non sarebbe successo con una città da un milione di abitanti.

Nel resto dell'Umbria, dove gran parte della popolazione vive in piccoli centri o in case sparse, acquisire una numerosità sufficiente per uno studio di epidemiologia ambientale è ancora più difficile.

Cosa succede se i limiti confidenza sono ampi? Che la risposta potrebbe correttamente essere di non conclusi-

vità dello studio, ma l'interpretazione potrebbe essere che il rischio non c'è. E' per questi motivi che prima di invocare o proporre un'indagine epidemiologica vanno trovate soluzioni a questi problemi. Un gruppo multidisciplinare consapevole di quali fattori possono ostacolare il buon esito dell'indagine, può in parte trovare dei rimedi, in parte smorzare le attese di rivelazioni drammatiche e risolutive.

Marco Petrella

Conflitti di interesse: sono un po' pigro e gran sostenitore del principio "prima di tutto non nuocere", ma credo che anche mettere in guardia sui limiti e sulla complessità di certi terreni di indagine sia un modo costruttivo di applicare la metodologia epidemiologica.





IL MEDICO PAZIENTE

Dott. Daniele Crotti

Cari colleghi,
nei numeri passati Tiziano Scarponi ha raccontato episodi di vita professionale, storie di vita che lo hanno veduto come medico curante ed uomo nel rapporto con i suoi pazienti. Rammento poi come anni addietro il buon Stefano Lentini raccogliesse dai suoi pazienti aneddoti, battute, aforismi del tutto peculiari a volte, che poi ci raccontava.

Orbene, mi permetto di inviarvi tre di alcuni miei brevissimi racconti che ho scritto come medico-utente/uomo-paziente nell'ambulatorio del mio curante quando, da anni, ormai in pensione, debbo giustamente fare la fila per essere ascoltato.

Cordialmente,
Daniele Crotti

Mal'occhio

Sono andato dal mio medico, ieri pomeriggio. Nel suo ambulatorio, a Colombella, Strada Eugubina 160A, proprio a fianco del *Light Blue Bar* (oggi, martedì, chiuso di turno). Avevo bisogno di alcune ricette (quelle mutuabili), di verificare la pressione sanguigna (temo in un suo leggero rialzo; così sarà infatti), di fare una chiacchierata per cercare di comprendere meglio, con lui, il perché di questo emovitreo

recidivante, che, credetemi, è proprio invalidante.

Arrivo alle sedici. Inevitabile la presenza di numerosi pazienti ("il martedì c'è sempre gente", dice qualcuno, "meglio il mercoledì o il giovedì"); sono dodici prima di me, di cui dieci donne, quasi tutte anziane (una in ciabattine, un'altra con il fazzoletto in testa, un'altra ancora che tiene il posto alla figlia che arriverà, ...). Una, invece di lamentarsi, quasi approva la moltitudine: "così ti siedì - parlando davanti a sé, non si sa se ad altri o a se stessa - aspetti ma ti riposi; a casa c'è sempre così tanto da fare". "Chi è l'ultimo?" (doveroso non essendoci per fortuna fogliettini con i numeri tipo supermercato, o posta, o sportello ticket). Sguardi indifferenti o rassegnati, stanchi. "Io?; lei è arrivata prima no?"; "Sì". I tempi saranno lunghi; numerose sono le telefonate durante le singole visite che il nostro dottore riceve ("bravo, sempre disponibile"; "e sapesse la moglie, proprio come lui. Sempre dedita al lavoro. Ce ne fossero di più come loro"), e a cui non può sempre esimersi dal rispondere ("perché non si trova una segretaria come il medico di mia suocera?"; "già, ma sai quanto poi gli costa?").

La giornata è ancora calda, ma un tenue vento autunnale, sia pur non fred-



do, ricorda che ci stiamo avvicinando alla metà d'ottobre: "che caldo anche oggi; qui dentro non si respira"; "eppure oggi si sente l'autunno"; "è che io sono *calderina*, magari freddo freddo no *de 'sta stagione*, ma neppure così ancora caldo". Quello che sbadiglia, quella che sbadiglia, quello che tace, quella che ridacchia, quello che scherza, quella che si impiccia sin troppo dei fatti altrui ("che vipera!"), quella che telefona con il cellulare ma è in difficoltà e allora si fa aiutare dall'amica o dalla vicina, si fa fare anche il numero e poi parla a voce alta alla cornetta che non c'è ("*sie, sie, vien giue subito*"; "è presto per il mio turno, c'è ancora *'n sacco de' persone*. Prepara tu la cena"; e così via).

E' un salotto povero di campagna l'ambulatorio medico in cui mi ritrovo, fatto di sospiri ("tutto rotto, madonna mia!; invece dopo due giorni già a casa"), di amari ricordi ("son caduta tante volte e mi sono rotta tutta, e allora?"), di presenze ("ecco l'Osvalda; ciao Matilde"), di lamenti ("mi fa tanto mal la punta della spalla"), di curiosità curiose ("e chissà cosa *cercono*; hanno sparato anche alle porte di casa e hanno rubato qualcosa, ma niente di valore. Mah, chissà cosa cercavano"),

di racconti di vita indiretta ("sì, lì sotto c'è l'eremita, un frate; ora ha sistemato alcune cassette per il turismo. C'è sempre tanta gente". "Già, e che silenzio!". "Sì però da quando c'è l'acqua c'è anche la nebbia").

Sono ormai le diciotto e trenta. Mi fa piacere rivedere il *Barullino*; mi si ferma proprio per salutarmi (ero uscito un attimo). Quanti anni son passati da quando andavo da lui a tagliarmi i capelli. Così ci si racconta; meglio racconta. Racconta dei due figli, di quello bravo e volenteroso, e di quello indolente e inconcludente. Ci si saluta con simpatia. Poco prima delle sette entro, è il mio turno finalmente. Ci sto dieci minuti, credo; ne esco incerto e pensieroso come prima, non meno preoccupato e pieno di ma e di se. E la sera è sopraggiunta.

In ambulatorio, un pomeriggio

Arrivo poco prima delle quattro pomeridiane. Il medico di base non è ancora giunto in ambulatorio. Chiedo subito chi è *'l bicchio*, l'ultimo, l'ultimo dei pazienti già presenti, non molti, in verità, oggi. V'è indecisione. Poi due signore (tra i quaranta e cinquanta), che sono insieme, si accordano e tali si dichiarano, ossia le ultime della fila. Appena in tempo, e l'ottavo paziente (utente? cliente?; come meglio chiamarci?), una signora (anziana), entra nella sala d'attesa dell'ambulatorio. E' venerdì. E purtroppo c'è spazio per tre collaboratori scientifici (informatori?, rappresentanti?, venditori di farmaci?). Saranno soltanto due: uno è già seduto, col suo borsone sotto la seggiola; il secondo sopraggiunge poco dopo il mio arrivo; è una giovane collaboratrice anche lei con la sua borsa

piena di “nuovi miracoli farmaceutici” (probabilmente), professionale ma più femminile (la borsa). Gli utenti (chiamiamoli così), ancora in paziente (sic!) attesa, in parte escono sotto il portico del palazzo che al piano terra ospita lo studio medico. E’ più fresco, dentro l’aria è un po’ viziata, come spesso accade, ma forse è la voglia di una sigaretta o di ingannare il tempo senza doversi troppo spazientire. All’interno tre utenti, anziani, maschi, tacciono; le donne chiacchierano tra loro. Ecco, è saltato fuori il primo tema pomeridiano d’attualità. Deve essere successo un “brutto” incidente, al Piccione, quasi di fronte alla Farmacia. L’ho intravisto per venire qui, a Colombella, da casa. Non sono certo andato a curiosare, ma un’ambulanza era già presente ed un’altra stava arrivando a sirena spiegata; anche una pattuglia della “polstrada” era sul posto. Fors’anche un carro attrezzi (no, forse doveva ancora arrivare; lo vedrò tornando a casa più tardi). Nel frattempo arrivano altri utenti, un uomo dapprima, poi una donna. Sempre anziani (e io?). I due informatori scientifici (ho deciso di chiamarli così) parlano tra loro animatamente, ridendo e scherzando (non

ho raccolto quanto si raccontano o si dicono).

“E’ arrivato, ho riconosciuto la macchina”, dice una voce maschile. “C’è qualcuno che fa il furbo”, si lamenta subito un’altra voce ma femminile: “Lo starà aspettando fuori”. Tant’è che, in effetti, il medico ritarda visibilmente (il parcheggio è appena dietro il palazzo). “Arrivato è arrivato”, sottolinea qualcuno. “Già, ma l’han beccato subito; *staronno* facendosi fare le ricette dentro la macchina”, sentenzia la prima voce.

“Ciao”. “Ciao”. “Come va?”. “Così così”. “Tra una poesia e l’altra, vedo, no?”. “Già”.

Avanti il primo, ma di collaboratore (ne ha diritto, così è scritto sulla porta dello studio). Si commenta, ora, con l’ultimo arrivato, cosa mai possa essere successo alla Farmacia del Piccione. Si cerca di inventarsi o immaginarsi il punto preciso dove può essere successo l’incidente. La giovane informatrice finge di interessarsi ad una delle riviste settimanali poste sul tavolino al centro della stanza. Viene interpellata. Scherzosamente. Risponde. Scherzosamente.

“Quanto ce stà?”, comincia a lamentarsi uno degli utenti. L’informatrice, detta la sua, ora sfoglia la rivista frettolosamente e svagatamene. Un’altra signora è invece attenta e legge la cronaca mondiale molto interessata. Le due meno anziane signore (si riveleranno come due cognate) spettegolano, ma garbatamente, su coppie ad entrambe note. Per il resto è silenzio, al momento. La prima telefonata, “di là”, è subito arrivata. Ma sarà breve, fortunatamente. Son già le 16.20. Una delle due autoambulanze torna verso



l'ospedale, sempre a sirena spiegata. Si commentano di nuovo le possibili dinamiche dell'incidente ed il luogo preciso del medesimo. Prima imputata: la velocità.

Dimenticavo. Perché son venuto qua? Beh, è da alcuni giorni che mi sono accorto di un leggero edema agli arti inferiori. Già successe l'anno passato. Allora fui assicurato. Ora vedremo. Vorrei capire (sarò esaudito).

“Pioverà anche domani?”. Oggi è però giornata a tratti soleggiata (verso sera un acquazzone, dopo l'arcobaleno, chiuderà il ciclo settimanale della pioggia battente). Nella discussione saltano fuori i rospi, dai rospi si passa ai sorci. Dai sorci al problema della spazzatura in quel di Napoli. Accuse, da parte di alcuni. Silenzio da parte di altri, che non partecipano alla rogatoria improvvisata contro il sud e contro la camorra. “Ma al Vomero pochi sono i rifiuti per strada”. “Già, li ci abitano i ricchi”.

Alle 16.30 entra il primo vero paziente. Il tema si sposta alla compostizzazione e alla raccolta differenziata. Do una mano anch'io per sostenerla. Esce il primo ed entra il secondo. Dopo poco il terzo della fila si alza. Aspetta un po', poi si risiede. Ha forse calcolato male i tempi della visita di chi è da non molto entrato. Intanto si son fatte le 17.15. Ho ancora davanti a me due visite. Esce un utente e mi dice quasi sottovoce: “Toccherebbe tagliare i fili del telefono. Quattro telefonate, quattro”. Dice sconcolato.

A fianco dell'ambulatorio c'è un bar. Stasera festeggiano un anno di attività della attuale gestione; e allora stanno accendendo il braciere per una grigliata in omaggio ai clienti. Le co-

gnate scherzano; sono rilassate. Ecco-ci arrivati alle 17.30. Gira che ti rigira è un'ora e mezza che aspetto. Comincio a stufarmi. Mi alzo. Vado a fare pipì. Mi risiedo. Mi rialzo. Sono le 17.50. Pochi attimi ed è il mio turno.

Una lacrima sul viso tra morfemi e cromie

Come entro in ambulatorio chiedo, e mi sembra scontato, chi sia l'ultimo arrivato, sì da sapere quando sarà il mio turno. C'è sempre, o comunque spesso, un certo imbarazzo, sembra, o comunque noto incertezza, smarrimento, quasi reticenza. Perché?

Oggi stranamente la stanza d'attesa è maschile, ben sei uomini e una sola donna. Pochi minuti e all'improvviso ecco aprirsi un dibattito (tutti hanno qualcosa da dire) che sarà il tema centrale delle quasi due ore di attesa a me riservate: la raccolta delle olive, nonostante sia gennaio inoltrato e ormai essa sia cosa ormai quasi dimenticata (a breve ci si dovrà già preparare per la potatura, e prima ancora c'è la concimazione); ma va detto che tutti da queste parti posseggono piantoni di questa nostra pianta nata in terra di Palestina. La raccolta deve essere anticipata o procrastinata? Una vola si diceva *'Santa Caterina lasci la ghianda e coji l'ulja'*. I tempi sono cambiati, già! Mosca sì (al lago è frequente) mosca no (in collina è più rara, e oltre i 500 - 600 metri pressoché assente. Così a Fratticiola, sentenza un produttore locale [ma dall'accento milanese]). La mosca: che poi è un vermino, dice un altro (in effetti la larva di un insetto, di una mosca). Pressatura/molitura tradizionale o a ciclo continuo? Conoscono forse poco delle varie fasi

complessive, ma informazioni utili, soprattutto sui trucchetti per frodare il cliente da parte del proprietario del frantoio, le faccio mie. Olio umbro nostrale o frammisto al pugliese? Piccoli e grossi produttori, piccoli e grossi frantoi. Eccetera eccetera. Si va avanti per quindici minuti buoni (il tempo di un paziente o poco più).

Poi si accenna all'anoressia. Sì, perché entra una giovane donna, alta e magrissima, che poi saprò essere una del posto (la figlia di Stefano e nipote di Luciano), che deve ritirare soltanto una ricetta. La si fa passare, come accordi da sempre esistenti. Dicono sia anoressica, i più informati. Prima non che fosse proprio grassa, ma insomma era in carne. Ora no, non mangia più. Anoressica, sottolinea il più forbìto. Una anziana (ma non poi tanto): “e pensare che *‘na volta era toccia, e bella’*”; “*ma ora nun magna piue*”, ribadisce la stessa. Il tempo passa. Faccio un salto al bar a fianco e Barullino subito mi ordina un caffè. Lo accetto volen-

tieri, dal mio vecchio barbiere; ma decaffeinato. Non c'è alcuna radio accesa in ambulatorio; un sottofondo musicale classico via filodiffusione non ci starebbe male; ma siamo alla Colombella. Prima, al centro medico (per la fisioterapia), la radio era accesa, sincronizzata (a basso volume) su un canale nazionale. Tra una canzone e l'altra non mi risento il vecchio Bobby Solo con la sua lacrima sul viso? Ora ci si sta un po' annoiando. Io leggo. La signora al mio lato risponde al telefonino mobile ma cerca di essere evasiva. Sono seduto e l'occhio mi cade ogni tanto, quando alzo lo sguardo dal libro, sul manifesto appesa alla parete di fronte. E' il manifesto di una mostra pittorico-artistica di qualche anno fa, il 1987, di tal Carlo Carnevali dal titolo 'Tra morfemi e cromie'. Penso tra me e me: “E se si scriveva tra forme e colori”? La giovane ora entrata chiede chi sia l'ultimo tra di noi; una mano s'alza. Fatto. Ancora due pazienti prima di me. Ancora uno. Poi entro io.





GLI ESAMI DI LABORATORIO NELLE MALATTIE REUMATICHE FLOGISTICO-CRONICO ED AUTOIMMUNITARIE SISTEMICHE

Professor Roberto Gerli

Le patologie reumatiche autoimmunitarie sistemiche ed infiammatorie croniche, per il loro intrinseco meccanismo patogenetico, si caratterizzano per la produzione di un ampio spettro di autoanticorpi. Tuttavia, un chiaro ruolo patogenetico è stato dimostrato solo per alcuni di questi, mentre molti rivestono un ruolo essenziale nell'iter diagnostico per la loro stretta associazione con determinate affezioni autoimmunitarie o con specifiche manifestazioni di esse.

Esami generali di primo livello, inclusi reattanti della fase acuta, Ig, complementemia, per quanto aspecifici, possono essere comunque importanti per la diagnosi di una malattia reumatica infiammatoria cronica autoimmune. Quelli più avanzati, come la valutazione di determinati autoanticorpi, risultano peraltro molto più specifici e determinanti per la definizione di una malattia di pertinenza reumatologica. Nell'interpretazione del risultato è tuttavia necessario considerare alcuni elementi fondamentali quali la metodica impiegata per la determinazione del test, il livello autoanticorpale, il tipo di anticorpo rilevato, il contesto clinico e le eventuali cause, come quelle farmacologiche o infettive, che potreb-

bero aver influito sul risultato. A titolo esemplificativo, è bene ricordare che una positività autoanticorpale, in genere a basso titolo, può caratterizzare una significativa percentuale di popolazione apparentemente sana, con una prevalenza che aumenta con il progredire dell'età. È pertanto importante sottolineare il concetto che l'interpretazione del dato sierologico va sempre fatta considerando lo specifico quadro clinico del paziente e che l'evidenza di un autoanticorpo in un soggetto asintomatico, soprattutto in una fascia d'età avanzata, potrebbe non avere particolare rilevanza clinica.

In questa breve rassegna si cercherà di analizzare sinteticamente i principali esami comunemente utilizzati nella diagnostica differenziale delle malattie reumatiche flogistico-croniche ed autoimmunitarie sistemiche.

Fattore reumatoide (FR). Comprende un gruppo di anticorpi, appartenenti alla classe delle immunoglobuline (Ig) M, G o A, diretti contro la porzione Fc_γ delle IgG. La classe comunemente testata dai *kits* disponibili in commercio è la IgM, mentre la valutazione del FR IgG ed IgA è al momento riservata pressochè esclusivamente a scopi di ricerca. La nefelometria è attualmen-

te la metodica più utilizzata in quanto rapida, riproducibile ed in grado di fornire un risultato quantitativo. I titoli più elevati, soprattutto se confermati in una seconda determinazione ad almeno 3 mesi di distanza dalla prima, sono considerati di maggiore valore diagnostico. Come descritto nella Tab. 1, artrite reumatoide (AR) e sindrome di Sjögren primaria rappresentano le due patologie reumatiche più frequentemente associate a presenza di FR, la cui positività si associa nell'AR a maggior rischio di coinvolgimento extra-articolare, ma è possibile il suo riscontro anche in altre malattie autoimmunitarie, sia sistemiche che organo-specifiche. Come già accennato poi, una certa percentuale di soggetti apparentemente sani può presentare una positività per il FR e tale evenienza è tanto maggiore quanto più avanzata è l'età, come evidenziato nella tabella. E' da ricordare tuttavia che il FR può risultare positivo, a titolo variabile, in un ampio spettro di patologie differenti dalle malattie autoimmunitarie sistemiche (Tab. 2). Una positività del FR, infatti, spesso transitoria ed in genere a basso titolo, si può osservare a seguito di episodio infettivo acuto o cronico, sia di natura batterica, virale o parassitaria. Tra queste è opportuno ricordare l'endocardite batterica subacuta e l'infezione da virus C dell'epatite. La crioglobulinemia mista è per definizione FR positiva. Positività del FR si può anche riscontrare in corso di patologia neoplastica, in particolare della linea ematologica, ed in alcune patologie polmonari ed epatiche croniche.

Anticorpi anti-proteine cicliche citrullinate (APCA). Sono anticorpi diretti contro varie proteine nelle quali resi-

dui di arginina sono stati convertiti in residui di citrullina mediante l'azione di specifici enzimi. Diversi sono i test immunoenzimatici commercializzati, ma con diversa sensibilità e specificità: è quindi importante che chi esegue l'esame abbia adeguata conoscenza del test da impiegare. In genere nei soggetti con AR la sensibilità non è molto diversa da quella del FR, ma la specificità è molto più alta. Oltre all'elevato valore diagnostico, che consente una diagnosi di AR con accuratezza superiore al 95% in soggetti con FR positivo e con quadro clinico suggestivo, gli APCA hanno anche un elevato valore sia predittivo positivo di sviluppo di AR in soggetti con artrite indifferenziata, che prognostico di malattia a decorso più aggressivo, sia articolare che extra-articolare. Questo consente oggi allo specialista di selezionare con maggiore accuratezza pazienti da sottoporre a trattamenti più aggressivi. Ci sono invece scarse evidenze dell'utilità del dosaggio di tali anticorpi come parametro bioumorale per il monitoraggio della malattia o dell'effetto del trattamento farmacologico.

Anticorpi antinucleo (ANA). Sono anticorpi rivolti contro antigeni nucleari e/o citoplasmatici presenti in tutte le cellule umane e la loro positività è considerata una delle caratteristiche delle malattie autoimmunitarie sistemiche, tanto da rientrare nei rispettivi criteri classificativi della maggior parte di esse. Attualmente, la metodica di riferimento in grado di assicurare una corretta determinazione degli ANA è l'immunofluorescenza indiretta (IFI) che viene fatta su substrato cellulare Hep2. Ciò consente di determinare il pattern di fluorescenza, utile per indi-

rizzare il sospetto verso una specifica malattia autoimmune, ed il titolo anticorpale, di cui si considera significativa una positività per diluizioni $\geq 1:160$, confermata in due determinazioni eseguite a distanza di almeno 3 mesi (Tab. 3). La lettura dei risultati richiede indubbiamente una preparazione specifica da parte del personale di laboratorio e ciò ha suggerito in genere una limitazione del numero di laboratori preposti alla loro lettura. In Umbria, ad esempio, i Centri autorizzati sono solo quelli di Perugia, Terni, Foligno e Città di Castello. Purtroppo, in anni recenti, ha preso sempre più piede l'impiego di tecniche immunoenzimatiche di determinazione degli ANA che in alcuni laboratori sono utilizzate come unica metodica ed in altri come metodo di screening iniziale. In quest'ultimo caso,

solo quando il test risulta positivo si procede alla determinazione classica in IFI. Benchè lo screening possa comportare un teorico risparmio di tempo e di denaro, è stato ampiamente dimostrato che la insufficiente correlazione tra i due esami determina un significativo numero di falsi positivi, che genera falsi allarmi per medico e paziente, e falsi negativi, che possono impedire una diagnosi corretta.

La determinazione degli ANA trova indicazione nella fase di screening diagnostico nel sospetto clinico di malattia autoimmune sistemica che può presentarsi all'esordio con segni e sintomi estremamente vari. Il contesto clinico risulta quindi determinante nell'interpretazione di una positività per ANA, che, come per il FR, può risultare positiva in una certa percentuale di soggetti



apparentemente sani, soprattutto se a basso titolo e nei soggetti più anziani. Inoltre, una positivizzazione degli ANA si può osservare in corso di patologie infettive, come ad esempio l'infezione da Epstein-Barr o da Citomegalovirus, neoplastiche, dopo esposizione a certi farmaci ed in corso di malattie autoimmuni organo-specifiche come la tiroidite di Hashimoto. E' quindi spiegabile, sulla base di quanto sopra esposto, il motivo per cui le linee guida internazionali suggeriscano di richiedere gli ANA sulla base di specifiche indicazioni cliniche ed una valutazione in ambito specialistico in caso di positività dell'esame. Con le attuali metodiche a disposizione, nell'ambito delle malattie autoimmunitarie sistemiche la sensibilità e la specificità degli ANA dipende dal tipo di patologia sospettata.

Anticorpi anti-dsDNA. In caso di positività degli ANA a titolo significativo ed in presenza di un contesto clinico indicativo di LES è indicata la determinazione degli anti-dsDNA, anticorpi altamente specifici per tale affezione. Essi vengono valutati in IFI su substrato rappresentato da un protozoo, la *Crithidia luciliae*. Il test, di vecchio impiego, resta tuttora il più utilizzato in quanto la metodica radioimmunologica, molto attendibile, è stata pressoché abbandonata per motivi pratici, mentre quella immunoenzimatica non è consigliabile in fase diagnostica, poiché riconosce anche anticorpi anti-dsDNA a bassa affinità e quindi meno specifici. Gli anticorpi anti-dsDNA si associano a maggior rischio di nefropatia lupica e sono gli unici ANA a risultare utili nel monitoraggio di malattia, considerata l'evidenza di un possibile loro ruolo patogenetico nel LES.

Anticorpi anti-antigeni nucleari estraibili (anti-ENA). Il termine deriva dai vecchi procedimenti di estrazione enzimatica di antigeni nucleari (Extractable Nuclear Antigens), potenziale bersaglio degli ANA. Ne sono stati descritti qualche decina, anche se solo alcuni di questi rivestono un ruolo diagnostico definito (Tab. 3). La determinazione degli anti-ENA va considerata un'indagine di secondo livello per la identificazione, appunto, di specificità antigeniche riconosciute dagli ANA e va quindi richiesta solo dopo la dimostrazione di una positività per questi ultimi o nei casi di fortissimo sospetto di malattia autoimmunitaria. Un esempio è quello rappresentato da madri di bambini con blocco cardiaco congenito, nelle quali la ricerca degli anti-SSA/Ro, possibile causa del blocco stesso, è molto importante dal punto di vista clinico. Gli anti-ENA possono essere determinati con diverse metodiche, tra le quali l'immunoblotting e la tecnica immunoenzimatica sono quelle maggiormente impiegate. Quest'ultima è una metodica molto sensibile che permette la quantizzazione del titolo anticorpale, ma è caratterizzata tuttavia da una certa percentuale di falsi positivi. La positività di uno o più di tali anticorpi, in un contesto clinico compatibile, aiuta il medico nell'orientamento diagnostico verso una determinata malattia autoimmunitaria, come descritto nella Tab. 3. Il titolo degli anti-ENA non presenta correlazione con l'attività di malattia e non vi è pertanto indicazione a ripetere l'esame per il monitoraggio della patologia stessa. E' consigliabile comunque che la richiesta e l'interpretazione di questo esame sia affidata a specialista esperto della materia.

Anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili (ANCA). Gli ANCA sono anticorpi diretti contro antigeni citoplasmatici dei neutrofili. Il test di screening viene effettuato con IFI su neutrofili umani fissati in etanolo o formalina. Nei preparati fissati in etanolo, la reattività verso gli antigeni citoplasmatici può essere visualizzabile nel citoplasma (cANCA), o, per un artefatto tecnico, intorno al nucleo (perinucleare, pANCA). Il siero ANCA positivo in IFI viene quindi poi testato per la determinazione della specificità antigenica, in particolare per la proteinasi 3 (PR3), che si associa a pattern cANCA, e la mieloperossidasi (MPO), che si associa a pattern pANCA. Gli ANCA risultano fondamentali per la diagnosi di alcune vasculiti sistemiche quali la micropoliangiite, in genere associata a pANCA/anti-MPO, la poliangiite granulomatosa (in passato definita granulomatosi di Wegener), associata a cANCA/anti-PR3, e la poliangiite granulomatosa eosinofila (già definita granulomatosi di Churg-Strauss), più

spesso associata a pattern pANCA/anti-MPO. Gli ANCA, che al pari di altri autoanticorpi si possono positivamente in modo aspecifico in corso di infezioni e determinate terapie farmacologiche, vanno in genere richiesti in presenza di forte sospetto per vasculite sistemica ed hanno alto elevato valore predittivo positivo in caso di presenza di specifici elementi clinici elencati nella Tabella 4. Come per gli anti-dsDNA, anche gli ANCA, soprattutto gli anti-PR3, sembrano avere un ruolo nel monitoraggio dell'attività di malattia e della risposta al trattamento.

Ringraziamenti. *Colgo l'occasione per ringraziare Onelia Bistoni, Elena Bartoloni ed Alessia Alunno che con il loro impegno e la loro professionalità, seppure nelle loro diverse competenze, hanno consentito di mantenere in oltre 20 anni di attività un altissimo livello qualitativo, sia dal punto di vista diagnostico che di ricerca, del Centro per lo Studio delle Malattie Reumatiche di Perugia.*

Bibliografia essenziale

1. Bartoloni E, et al. Diagnostic value of anti-mutated citrullinated vimentin in comparison to anti-cyclic citrullinated peptide and anti-viral citrullinated peptide 2 antibodies in rheumatoid arthritis: an Italian multicentric study and review of the literature. *Autoimm. Rev* 2012;11:815.
2. Aggarwal A. Role of autoantibody testing. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014;28:907-920
3. Bhagat M, et al. Utility of immunologic testing in suspected rheumatologic disease. *Curr Allergy Asthma Rep* 2014;14:405.
4. Agmon-Levin N, et al. International recommendations for the assessment of autoantibodies to cellular antigens referred to as anti-nuclear antibodies. *Ann Rheum Dis* 2014;73:17-23.

° Specificità quando una diagnosi di sindrome di Sjögren è stata esclusa

Tabella 1. Sensibilità e specificità del fattore reumatoide (FR) nell'artrite reumatoide (AR)

Diagnosi	FR (% di pazienti positivi)*		
	≥15 U/ml	≥50 U/ml	≥100 U/ml
Artrite reumatoide	66	46	26
Sindrome di Sjögren	62	52	33
Lupus eritematoso sistemico	27	10	3
Connettive mista	23	13	6
Sclerodermia	44	18	2
Polimiosite	18	0	0
Artrite reattiva	0	0	0
Osteoartrosi	15	1	1
Controlli sani	13	0	0
Soggetti anziani	18	0	0
Centenari sani	24	1	0
Sensibilità (%)	66	46	26
Specificità (%)	72	88 (92) [°]	95 (98) [°]

* Mediante nefelometria in 100 pazienti con AR, 200 pazienti con altre patologie reumatiche, 110 controlli normali (70 con meno di 60 anni e 40 compresi tra 60 ed 80 anni) e 38 centenari sani.

[°] Specificità quando una diagnosi di sindrome di Sjögren è stata esclusa

Tabella 2. Principali malattie non reumatiche che possono associarsi a FR positivo

Infezioni

Virali (epatite, influenza, mononucleosi, ...)

Parassitarie (malaria,....)

Batteriche (tubercolosi, endocardite subacuta, brucellosi,...)

Neoplasie

Malattie linfoproliferative

Tumori dopo terapia radiante o chemioterapia

Ipergammaglobulinemie

Porpora iper globulinemica

Crioglobulinemia mista

Sarcoidosi

Malattie polmonari croniche

Malattie epatiche croniche

Tabella 3. Tipo di pattern degli ANA all'immunofluorescenza (IFI) con possibile specificità antigenica associata e relativo orientamento clinico-diagnostico

Pattern in IFI nucleare (N) o citoplasmatico (C)	Principali autoantigeni	Possibile associazione clinica
N omogeneo	dsDNA Nucleosomi (cromatina) Istoni	LES (+ + + +) LES, LES farmaco-indotto LES farmaco-indotto, altre connettiviti
N grossi granuli	Sm	LES (++++)
N fini/grossi granuli	U1-RNP	Connettivite mista, LES, SSc
N fini granuli	SSA/Ro SSB/La Ku Topoisomerasi I (Scl-70) Mi-2	SS, LES, LES neonatale SS, LES LES, sindrome overlap SSc diffusa DM/PM
N centromerico	CENP-A/B	SSc limitata
N nucleolare	Pm/ScI RNA polimerasi III	PM/SSc SSc
N pleomorfico	PCNA	LES (++++)
C lattescente	Proteina P ribosomiale	LES (++++)
C a fini granuli	Istidil-tRNA sintetasi (Jo-1) SRP	PM/fibrosi polmonare PM
C filamentoso	Mitocondri	Colangite autoimmune
C fibroso	Actina	Epatite autoimmune

LES: lupus eritematoso sistemico; SSc: sclerosi sistemica; SS: sindrome di Sjögren primaria; DM/PM: dermatomiosite/polimiosite; (++++): altamente specifico per LES

Tabella 4. Elementi clinici di sospetto per vasculite ANCA-associata

Sindrome reno-polmonare
Insufficienza renale rapidamente progressiva
Stenosi sub-glottica
Emorragia alveolare
Masse retro-orbitarie
Noduli polmonari multipli
Porpora vasculitica cutanea
Mononeurite multipla
Sinusite cronica non responsiva a terapia standard



GENTILE DA FOLIGNO, MAESTRO DELLA MODERNA NEFROLOGIA E CARDIOLOGIA

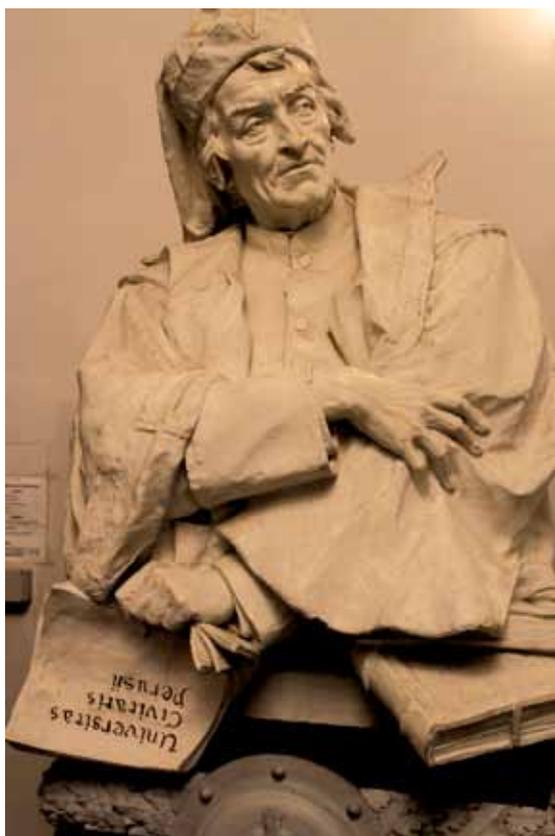
Professor Fausto Santeusano

Gentile da Foligno è uno dei più illustri medici del medioevo italiano (1272-1348) che insegnò anche nell'ateneo di Perugia ai suoi albori, come ci ricorda la grande statua conservata a sua memoria nella Chiesa dell'Università di Perugia, parte di un antico monastero degli Olivetani, trasformata in Aula Magna fra la fine dell' '800 e la prima metà del'900. Nel marzo 2014 è stata pubblicata la seconda edizione del volume "Gentile da Foligno: Maestro della moderna nefrologia e cardiologia", con i tipi della casa editrice Fabrizio Fabbri srl di Perugia. E' merito di Mario Timio, che ha curato sia la prima (1998), che la seconda edizione del volume (2014), di aver fatto riscoprire l'opera di questo grande medico nato a Foligno e docente nelle università di Bologna, Padova, Siena e Perugia. Nel volume sono riportati i "commentari" di Gentile ai "Carmina de Urinarum Iudiciis et de Pulsibus" del maestro Egidio Corbaliense, composti in metrica. I commentari di Gentile sono in realtà un trattato sugli aspetti di fisiologia e fisiopatologia del rene e del cuore con concetti desunti con grande acume ed intuizione dalla semplice osservazione delle urine e dall'esame del polso arterioso. Accanto al testo originale in latino è riportata anche la traduzione

italiana.

Mario Timio fa rilevare come questa opera abbia anticipato di oltre sei secoli la moderna cardio-nefrologia, una disciplina che ha assunto una sua connotazione ben definita in ambito clinico, scientifico e didattico proprio negli ultimi decenni, per la stretta connessione fisiologica e fisiopatologica esistente fra gli apparati urinario e cardio-vascolare, già intuita dall'illustre Maestro. Timio cita le numerose società scientifiche di nefro-cardiologia che si sono costituite negli ultimi 20-30 anni.

Gentile da Foligno ci offre una descrizione accurata sul significato diagnostico dell'esame delle urine in rapporto alla funzione renale e alle sue alterazioni, così come dell'esame delle pulsazioni arteriose quale espressione dell'attività cardiaca in condizioni normali e patologiche. Le caratteristiche fisiche delle urine sono descritte con una analisi meticolosa del colore (de colore) nelle sue molteplici varietà, dell'aspetto (de-substantia) e dei contenuti (de-contentis), correlandovi vari quadri clinici di malattie renali ed extrarenali. Analogamente presenta una descrizione semeiologica del polso arterioso molto puntuale, che non sfigura dinanzi alla moderna semeio-



tica cardiologica. Emergono concetti che si riferiscono all'insufficienza renale cronica ed acuta, alla nefrite, allo scompenso cardiaco cui si correla la contrazione della diuresi e la comparsa di edemi.

E' davvero sorprendente come le descrizioni offerte utilizzando strumenti semeiologici semplici, come l'esame delle urine e delle pulsazioni arteriose, ed i concetti fisiopatologici desunti siano ancora oggi validi per le intuizioni dell'illustre medico folignate.

Gentile da Foligno è stato autore di numerosi altri contributi scientifici. Fra questi si ricorda il "Consilium de peste", sulla prevenzione e cura della peste, un'opera che è stata a lungo citata come testo di riferimento nel mondo medico. Da notare che egli si recò a

Foligno in occasione della epidemia di peste nel 1348, al fine di studiare la malattia e di aiutare i malati ad affrontarla. Anch'egli contrasse la peste che causò la sua morte nel mese di agosto dello stesso anno.

Altra opera fondamentale dell'illustre medico folignate, che merita di essere ricordata per il suo valore storico e scientifico, è il commento al "Canone di Avicenna", filosofo, medico e scienziato, illustre esponente della scuola medica araba (980-1037). I contenuti di quest'opera, che rappresenta un tentativo di sintesi e codificazione del pensiero medico di Ippocrate e di Galeno, non disgiunto dalle concezioni biologiche di Aristotele, difficilmente venivano messi in discussione per l'autorevolezza dell'Autore. Il commento di Gentile da Foligno, in controtendenza rispetto al pensiero del tempo, venne subito apprezzato ed ebbe a lungo successo.

Dobbiamo essere grati al collega Mario Timio, esperto di storia della medicina e di epistemologia, per averci riproposto l'opera di Gentile da Foligno, la cui figura merita di essere riconsiderata per gli insegnamenti preziosi che ancora può offrirci in un'epoca in cui la Medicina sta diventando sempre più tecnologica.

Fausto Santeusanio (Già docente di Endocrinologia dell'Università di Perugia)

GENTILE DA FOLIGNO, MAESTRO DELLA MODERNA NEFROLOGIA E CARDIOLOGIA Carmina de urinarum iudiciis et de pulsibus

Mario Timio
Fabrizio Fabbri s.r.l., 2014



QUANDO E' OPPORTUNO AVERE UN SECONDO PARERE MEDICO

Professor Fortunato Berardi

E' denominato "MEDICAL SECOND OPINION", con terminologia scientifica, il ricorso al parere di un altro medico per confrontare, confermare o correggere una diagnosi od una terapia.

Negli Stati Uniti è una prassi comune, spesso doverosa. Fa parte integrante dell'assistenza al malato in Francia ed Inghilterra; anche da noi è sempre più frequentemente accettata. Molti infatti cercano, talvolta, conferme per condividere casi particolarmente complessi con la collaborazione di colleghi.

Insomma, non si tratta di sfiducia nella propria capacità professionale, ma cosciente responsabilità verso i pazienti.

Quindi, per schematizzare elencando, è opportuna una "seconda opinione" quando non si ritiene sufficiente il parere del medico curante (F.S.). E' comprensibile ed un diritto del malato avere dei dubbi nell'intraprendere una terapia. Se poi la seconda opinione sanitaria concorda con la prima, oltre ad essere più rinfanciato, il paziente consoliderà la sua fiducia nel primo curante. Peraltro, è accertato che risponde meglio alla terapia chi viene confortato da una successiva opinione concorde (Federica Sciac-

ca).

E' poi certamente consigliabile avere un'altra opinione, volendo valutare diverse eventuali opzioni; specialmente se si tratta di interventi chirurgici, da pianificare in elezione, per orientarsi al meglio ed in modo consapevole.

Anche se il ricorso alla "seconda opinione" può interessare tutte le branche della medicina, questa pratica è più frequente quando la malattia ha un alto rischio per la vita stessa, al fine di valutare adeguatamente tutte le possibili conseguenze delle diverse opzioni terapeutiche. Tra i motivi che inducono, talora, alla "seconda o successive opinioni" uno dei più segnalati è l'insoddisfazione per la scarsa completezza dell'informazione ricevuta sui rischi e negli attesi benefici del trattamento proposto. Se poi il medico "non lascia speranze", è evidente che il paziente, o chi per lui, si rivolga altrove alla ricerca di una speranza. Fondamentale, in tali evenienze, è la necessità della guida competente ed insostituibile del medico di fiducia nella ricerca dei successivi specialisti; non è conveniente, comunque, cedere a chi promette "falsi miracoli".

Qualora sia stata ipotizzata una "malattia rara", sarà lo stesso medico curante a consigliare il ricorso all'opi-

nione di un collega, con maggiore esperienza specifica, per giungere ad una diagnosi accurata e circostanziata, evitando interventi inutili; risparmiando migrazioni e denaro (Claudio Cricelli).

Interpellare un “secondo specialista”, quando non si è convinti di una diagnosi, può aiutare a fare chiarezza (Walter Marrocco); basta non esagerare!. Avere “dieci opinioni” non è, infatti, meglio che averne solo due o tre”; sommersi da un eccesso di informazioni, di esperienze e pareri individuali, talora contrastanti!, che generano confusione e disorientamento.

In definitiva, deve essere sempre il medico di base ad orientare, seguire e stabilire l’opportunità o meno di chiedere un secondo parere; soprattutto se le cure proposte non diano

i risultati attesi, anche per ovviare a contestazioni e denunce.

Secondo i dati disponibili (Claudio Cricelli), negli ultimi 25 anni, infatti, il numero delle denunce a carico dei professionisti sanitari è cresciuto del 300% e sono oltre 10.000 in Italia le cause pendenti per richieste di risarcimenti danni superiori a 2,5 miliardi di euro. Una “seconda opinione”, potrebbe, talvolta, evitare tutto questo contenzioso assicurando e facendo desistere pazienti e parentele “difficili”.

- Federica Sciacca: Viversani, D.E. DI-DIEFFE ED. MILANO - Claudio Cricelli: Presidente Società italiana Medicina generale

- Walter Marrocco: Presidente SIM-PESV (Società italiana di medicina di prevenzione e sani stili di vita)





DENTISTI "LOW COST", OCCHIO AI FURBI

Prima visita gratuita, radiografia in omaggio, prezzi scontati anche del 70%, pagamenti agevolati, orari flessibili. Ma nei centri dentistici low cost non sarebbe tutto oro quel che luccica, almeno a sentire il racconto di una cliente che chiede di rimanere anonima.

E l'Andi, l'associazione dei dentisti, mette in guardia i pazienti.

"Ho sottoposto un piano terapeutico che prevedeva sei otturazioni - racconta -. mi è sembrato strano, così sono ritornata dal vecchio odontoiatra che mi seguiva in precedenza e ho scoperto che in realtà c'era solo una carie". In città opera una decina di queste strutture. L'ultima è una catena spagnola che dovrebbe aprire a breve al civico 35 sotto i portici di piazza Ferrero. Beninteso: sono tutte autorizzate e nel libero mercato la prima regola è la concorrenza. Ma qualche distinguo arriva dall'Andi, con il suo presidente provinciale di Venezia, Stefano Berto: "Posto e considerato che la gente è libera di farsi curare dove vuole - spiega - non possiamo non richiamare alcune regole generali per un buon trattamento: perché il lavoro sia fatto come si deve serve il tempo necessario che non è mai breve, bisogna valutarne la qualità che passa anche per la dura-

ta del risultato dopo l'intervento e le condizioni d'igiene devono rispondere agli standard prescritti".

Ai centri low cost si rivolgono soprattutto persone straniere e una quota crescente di italiani. D'altronde le differenze di listino sono notevoli. "Poi però capita che ti sottopongano a cure non dovute - osserva la signora -. D'altronde, uno non può guarirsi così bene in bocca e se non ha l'occhio clinico da solo non può neppure sapere se ciò che ti consigliano sia effettivamente necessario. E alcuni sembrano essere prezzi civetta: scrivono 15 euro per fare una carie, ma quando è il mo-



mento di pagare aggiungono altre voci, come l'anestesia, la protezione del nervo e questo e quell'altro ancora".

Qualche tempo fa, una di queste catene aveva fatto parlare di sé perché aveva come direttore sanitario non un dentista, ma un anziano ginecologo residente nel sud Italia. A sentire un giovane odontoiatra fresco di laurea e che lì ha trovato il primo impiego, la paga è calcolata sulle ore ed è così bassa (si parla addirittura di 12,50 euro all'ora) che il turnover del personale è

costante. "Certo, queste strutture possono esercitare legittimamente - sottolinea Berto, che è anche consigliere dell'Ordine dei medici e odontoiatri -. Il punto, però, è un altro: invitiamo i pazienti ad essere sempre consapevoli di ciò che scelgono e lo possono essere solo confrontandosi con un altro professionista, com'è stato nel caso in questione. La nostra categoria è a loro disposizione. Noi non siamo contrari alla concorrenza, ma siamo per tutelare il diritto di ciascuna persona alla salute e a ricevere le cure migliori".

Odontoiatri. "Tetto a società capitali e no a rapporti economici odontotecnici-pazienti". Cao scrive a Ministero

Il presidente Renzo sollecita un intervento del Ministero su due temi: dal limite per le società capitali (come le farmacie) "all'illegittimità per gli odontotecnici di intrattenere qualsiasi rapporto anche economico con il paziente".



Il presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Giuseppe Renzo, scrive al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: "La modalità di svolgimento della professione odontoiatrica da parte di società di capitali non rispetta tutte le normative e mette a rischio la sicurezza delle cure e la salute dei cittadini".

Il Presidente della Cao affronta poi la questione della "illegittimità" per gli odontotecnici di intrattenere qualsiasi rapporto anche economico con il paziente".

Il dott. Renzo chiama in causa il direttore delle professioni sanitarie del Ministero della Salute, Rossana Ugenti: "In riferimento alla figura professionale dell'odontotecnico, la Corte di Cassazione ha ribadito che la progettazione, la preparazione e la collocazione nel cavo orale del cliente di una protesi dentaria implicano l'esecuzione di operazioni e manovre vietate agli odontotecnici. Ne consegue la nullità del rapporto contrattuale intercorso al riguardo tra odontotecnico e cliente".

"Come è possibile - chiede Renzo - che nelle strutture del SSN i clienti/pazienti delle strutture stesse eseguano pagamenti tramite bollettini postali del costo del manufatto protesico direttamente al laboratorio convenzionato il quale a sua volta rilascia fattura intestata".

Il Presidente del Cao Nazionale parla anche della recente approvazione di un emendamento del Ddl Concorrenza che in sostanza limita al 20% su base regionale le farmacie che possono essere di proprietà della società di capitali. "Una differenza di trattamento rispetto alla professione odontoiatrica".



ORARIO DEGLI UFFICI DELL'ORDINE

Lunedì - Mercoledì - Venerdì : 10.00 / 16.00
Martedì - Giovedì : 09.30 / 13.30
Sabato: 09.00 / 12.00

**ORARIO ESTIVO UFFICI DELL'ORDINE
(LUGLIO - AGOSTO)**

Da Lunedì a Venerdì: 09.30 / 13.30
Sabato: 09.00 / 12.00

Chiusura completa dal 16 agosto al 20 agosto 2016