

PRINCIPJ
D I
SCIENZA NUOVA
D I
GIAMBATTISTA VICO
D'INTORNO ALLA COMUNE NATURA
DELLE NAZIONI
IN QUESTA TERZA IMPRESSIONE
Dal medesimo Autore in un gran numero di luoghi
Corretta, Schiarita, e notabilmente Accrefciuta.
T O M O I.



IN NAPOLI MDCCXLIV.
NELLA STAMPERIA MUZIANA
A spese di Gaetano, e Stefano Elia.
CON LICENZA DE' SUPERIORI.



INVITO A COLLABORARE ALLA REDAZIONE

I contributi dei Colleghi al Notiziario, che ospitiamo sempre e volentieri, sono espressione dell'esperienza personale, maturata nei singoli ambiti di lavoro. Gli Autori sono tenuti alla redazione di un lavoro originale e ne assumono la paternità, citando, quando necessario, le fonti o i coautori. Deve essere implicita, e nel caso dichiarata, l'assenza di conflitti di interesse o l'eventuale presenza di finanziamenti della ricerca e/o del progetto da cui scaturisce l'articolo.

Per le "pratiche cliniche" cui attenersi occorre fare riferimento unicamente a comportamenti e linee guida validati a livello nazionale ed internazionale. Gli articoli scientifici verranno valutati in base ai contenuti dal Comitato scientifico del nostro Ordine.

La collaborazione è aperta a tutti gli iscritti; la Direzione si riserva di valutare la pubblicazione e di elaborare i testi in base alle esigenze redazionali. Viene comunque raccomandata la brevità. Eventuali immagini a corredo degli articoli devono essere di proprietà dell'autore o acquisite con licenza, oltre che con risoluzione adeguata alla stampa tipografica (300dpi).

Vi preghiamo di inviare il materiale esclusivamente via e-mail a:

notiziario.omceo.cn@gmail.com

segreteria@omceo.cuneo.it

Il termine di consegna per il prossimo numero è stabilito entro e non oltre il:
20 aprile 2022.

EFFETTI COLLATERALI

Due anni fa è iniziata la pandemia da Covid 19, un virus al passo coi tempi che in questi mesi si è saputo "trasformare" e non soltanto per le sue mutazioni genetiche.

Gli argomenti pandemia, green pass, tamponi e vaccini sono "trend topic" ed hanno letteralmente preso possesso di interi programmi televisivi, portando alla ribalta personaggi fino a ieri del tutto ignoti che, pur privi di qualsiasi competenza in materia, si sono accreditati come combattivi opinion leader, complice la connivenza interessata dei mass media, un'informazione scientifica non sempre lineare ed una farraginoso gestione collettiva dei problemi da parte dello Stato.

Figure folkloristiche sono diventate ospiti fissi di trasmissioni di "divulgazione generalista" che ormai alla causa scientifica non portano più nulla, contenitori trasformati in una sorta di pollaio nel quale ci si urla addosso "a prescindere", sostenendo per contratto idee diametralmente contrapposte sotto lo sguardo di finto disagio di un compiaciuto conduttore.

Politici, avvocati, sedicenti giuristi, ecumenici, filosofi, giornalisti, cantanti, sportivi, "professori" in Etica, Morale, Teologia, Statistica, Matematica, Sociologia, Fisica, esperti in "la qualunque": tutti si sentono elevati a far partecipare il mondo delle proprie teorie, non importa quanto sgangherate siano o quanto deleterie possano essere per chi ascolta e non ha mezzi propri o filtri culturali per decifrarle.

Qui non si tratta di limitare la libertà di espressione o di pensiero ma almeno di calmierare la divulgazione di false notizie che sarebbero sotterrate da una risata, se fatte al bar o alla bocciola, ma che purtroppo hanno un peso diverso se distribuite a milioni di persone e da personaggi pubblici, spesso animati da fini personali più che filantropici.

L'argomento Covid è stato divorato dalle "regole di mercato" e a questo virus si sono quindi dedicate, ovunque, tutte le attenzioni possibili, a volte fin troppe.

In ambito sanitario, come due anni fa, con la crescita dei contagi ci siamo ritrovati a dover fermare parte dell'offerta di servizi ai cittadini, compreso quel 90 % di persone vaccinate che quindi ha continuato ad aspettare una prestazione diagnostica o un intervento in elezione per il quale è in programma da mesi o da anni, che forse non sarà "salvavita" ma è cura essenziale per una patologia sicuramente invalidante per chi ne soffre.

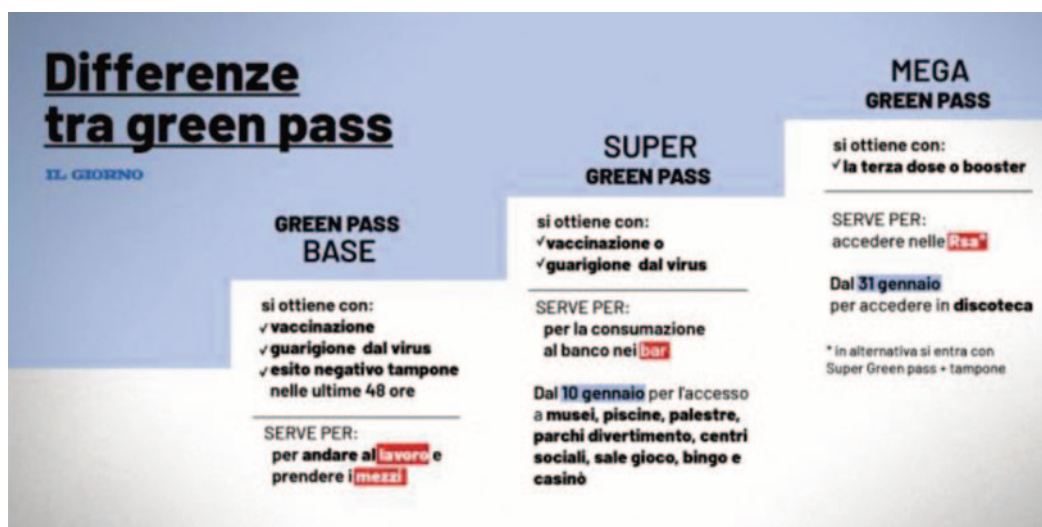
La stanchezza e la perdita di fiducia di molte persone, in tutti gli ambiti, si deve anche alla percezione che, nonostante tutto, nella gestione dei problemi quotidiani poco sia cambiato dalla prima ora e che alla fine, per scongiurare il marasma, occorra come sempre rimboccarsi in proprio le maniche e sperare solo che le prossime mutazioni del virus siano benevole.

A parte una minoranza di "irriducibili" la stragrande maggioranza degli italiani ha risposto positivamente sia alle restrizioni imposte di necessità sia alla compagna vaccinale, veramente la più grande sia mai stata fatta nel nostro Paese.

Fino ad ora, però: la sensazione è che il tempo della rassegnata sopportazione stia per finire e che (quasi) tutti si stia aspettando impazienti una vera e definitiva ripartenza.

PANDEMIA, GREEN-PASS, SUPERGREEN-PASS ORDINE E LIBERTÀ DI OPINIONE

Che la pandemia sia stata e sia tutt'ora un problema, non solo italiano ma anche europeo e mondiale, non ci sono dubbi. Almeno così è per la maggioranza dell'opinione pubblica, pur continuando a persistere un certo numero, marginale secondo più di una rilevazione, di indecisi, dubbiosi, o francamente negazionisti. Certo, all'interno di questa galassia ci sono suddivisioni, sfumature e distinguo. Ci sono quelli che non sono proprio contro, ma che hanno dubbi, comprensibili, ragionevoli. Ci sono quelli che non si sono informati abbastanza, che si sono avvalsi di opinioni di seconda mano, ci sono quelli che non hanno capito, che hanno paura o che hanno paure. Che poi in questo vasto e articolato panorama di opinioni i "duri e puri" in tema di negazione della pandemia esistano,



non ci sono dubbi. Ognuno è libero di avere le proprie convinzioni personali in materia e ci mancherebbe altro! Così come chi ritiene che la terra sia piatta, nonostante già ai tempi dei greci, Eratostene e Pitagora e lo stesso Aristotele, ne conoscessero la sfericità, deducendola dall'ombra della terra sulla luna. Più avanti Copernico, Newton e Galilei elaborarono modelli per la gravità, da cui la sfericità scaturisce naturalmente. Nonostante questo, il "be-different" è all'ordine del giorno e su questa, come su tante altre materie, il Covid 19 non fa eccezione. Ognuno, direbbero i fautori di quest'ultima posizione, può pensarla come vuole. Niente di più vero ma... Ma ci sono una serie di considerazioni sul tema. A ben pensarci la libertà di opinione è un diritto oltre che un dovere. Il problema, tanto per intenderci, è su cosa e su come. Se parliamo di opinioni allora dobbiamo definire l'ambito in cui vengono rappresentate e chi le rappresenta. Per semplificare: se preferisco l'arrosto al bollito, o mi piace di più il rosso dell'azzurro è un'opinione soggettiva e ognuno è libero di pensarla come vuole. Se però cambiamo il campo di analisi forse la

soggettività e l'indipendenza di giudizio possono non aver la stessa valenza. Se devo costruire un ponte la decisione sulla quantità di cemento armato da utilizzare non è mai un elemento di valutazione soggettivo, così come la competenza e la capacità di guidare un aeromobile non passa attraverso la valutazione di chiunque. Insomma, in questi due casi come in tanti altri, ad esempio in ambito legale o medico, le decisioni vengono prese sulla base della competenza e della documentazione a supporto della scelta stessa. Il problema, nel caso del Covid e non solo, è che spesso abbiamo assistito ad un balletto di cosiddetti opinion-leader che invece di tacere più saggiamente, si sono lanciati in una serie sfrenata di opinioni personali basate più giudizi soggettivi che dati oggettivi. Contribuendo così non poco a disorientare l'ascoltatore medio e ovviamente i meno competenti, o i più sprovveduti. Certo il calcolo del cemento armato non lo può fare chiunque, pur rispettando la capacità di giudizio e la libertà di opinione, così come non tutti posso guidare un'aeromobili con passeggeri a bordo. Seppur chiunque ritenendosi capace potrebbe provare a farlo disponendo del mezzo e salendoci da solo. Tanto per sperimentare la propria capacità di giudizio, azione e libertà di opinione, evitando però che da questo comportamento derivino conseguenze nocive per altri. Venendo al Covid e alla pandemia, ci sono alcune cose che mi preme sottolineare. La libertà di opinione e la tutela della minoranza sono un dovere oltre che un diritto, ma allo stesso tempo in una democrazia valgono, o se preferite prevalgono, le opinioni della maggioranza. E non potrebbe essere altrimenti se no sarebbe impossibile procedere e non si andrebbe da nessuna parte. È un problema di proporzioni e di proporzionalità. Mi spiego meglio. Su una bilancia il grammo da una parte non ha lo stesso peso del chilogrammo dall'altra. Difatti pende dalla parte più pesante e questa non è né una mancanza di libertà di opinione, né di autonomia di giudizio, è semplicemente un dato di fatto o se preferite, di realtà oggettiva. Allo stesso modo 10 euro non sono uguali a 10.000 Eu, nonostante sia solo una questione di zeri, anche se da solo lo zero vale sempre e solo zero. Non possiamo quindi paragonare un sedicente esperto con un esperto vero, un ingegnere esperto in calcolo di cemento armato con un sedicente esperto della materia, oppure un pilota di una compagnia aerea certificato, con un sedicente pilota. In questo i media hanno sempre più di frequente dato la patente di opinion-leader, per garantirsi l'audience, a persone che tali non erano. E molti degli interpellati sono stati rapidamente affascinati dalla possibilità di una passerella che li avrebbe resi famosi non senza ritorni personali. Il fatto poi di mettere sullo stesso piano opinioni di peso e opinioni personali ha completato l'opera. Opera a cui, non possiamo non riconoscerlo, hanno drammaticamente contribuito la mancanza di capacità gestionale oltre che informativa da parte degli apparati nevralgici della sanità per quanto riguarda gli snodi cruciali, gli interventi preventivi o contenitivi nei momenti più critici. Tutto questo ha aiutato, nel tempo, a far sorgere più dubbi che certezze, a sollevare interrogativi più che a risolverli. Il continuo cambio di rotta, oltre che di provvedimenti, il susseguirsi di indicazioni poi subito smentite o modificate il giorno dopo, non



ha certo cooperato a fare chiarezza. È vero che era, ed è, una situazione completamente nuova e che pertanto sono stati necessari aggiustamenti in corsa, ma c'è modo e modo per farlo e soprattutto la tempistica ha lasciato spesso a desiderare. Per non parlare poi di indicazioni spesso farraginose, fumose o non chiare, che continuano a prestarsi a più di un'interpretazione, lasciando in ambascia chi le deve poi applicare. E tutto questo certo non è stato e non è di aiuto a risolvere i problemi, a chiarire i dubbi e le perplessità dell'opinione pubblica. Qualcuno sostiene poi, e non a torto, che la libertà individuale di ciascuno finisce dove comincia quella degli altri. E anche questo è un concetto chiave della democrazia e della tutela della libertà e dell'indipendenza di opinione. Proprio la pandemia e la necessità di posti letto straordinari ha contratto la disponibilità dei posti letto per la normale attività ospedaliera. Sono giocoforza passati in secondo piano interventi e ricoveri per gestire la normale routine delle patologie croniche. Questo dilazionare e ritardare interventi già programmati per patologie croniche od oncologiche ha un peso che a tutt'oggi non abbiamo ancora quantificato, ma possiamo dire per certo che sarà pesante. In epoca di pandemia molta gente non si è recata in ospedale per paura di contagiarsi e abbiamo assistito così ad una contrazione di ricoveri ad esempio per infarti (così come per altre patologie), non perché siano diminuiti o non ci siamo stati, ma solo perché non se ne ha traccia nei ricoveri ospedalieri perché sono avvenuti tra le mura di casa. Le patologie croniche o neoplastiche poi si sono aggravate mancando i controlli e i follow-up periodici programmati o un intervento di elezione in caso di recidiva o di repentino peggioramento. Saranno questi altri morti che potevano essere evitati e che si aggiungeranno a quelli causati dal Covid. Nella prima imprevedibile ondata di contagio i rimedi da introdurre sono stati limitati e parziali data la scarsa conoscenza del fenomeno. Per far fronte a quelle successive invece si è potuto disporre di strategie e strumenti che se messi in pratica in modo massiccio ed esteso, con la collaborazione della maggior parte dei cittadini, avrebbero potuto ridurre il carico sugli ospedali, liberando posti letti e possibilità di ricovero per questa silenziosa moltitudine sofferente affetta da patologie altrettanto gravi e importanti, non attinenti al Covid. Allora una riflessione su libertà di opinione e di comportamento individuale da una parte e tutela del bene collettivo, o se preferite delle tante sottoclassi di pazienti gravati da patologie croniche od oncologiche a cui spetta almeno altrettanto rispetto e attenzione dall'altra, è più che d'obbligo. E diventa fondamentale se si riflette sul fatto che il rimedio di cui si dispone per ridurre l'aumento della diffusione del contagio e di conseguenza dei ricoveri ordinari e in terapia intensiva evitabili si chiama vaccinazione. Questo dicono i dati a nostra disposizione: la vaccinazione è l'unico mezzo con cui si sarebbe potuto restituire il diritto alla maggioranza delle patologie croniche di essere curate nei tempi e nei modi che la malattia richiede. Mentre purtroppo, ormai da un paio di anni, questo non avviene. Infine, "last but not least", come direbbero gli anglosassoni, il sistema sanitario universalistico di questo paese garantisce parità di cura a tutti i cittadini. Questo è un bene prezioso e fondamentale di cui noi godiamo a differenza degli abitanti di molti altri paesi in cui le cure si pa-

gano, spesso anche profumatamente, al punto che in molti casi solo i più abbienti possono avere un trattamento sanitario adeguato ed efficace. Ma c'è un ma. Le cure hanno dei costi, spesso anche molto elevati. Non a caso è la sanità pubblica e non quella privata (a meno che non sia convenzionata e ovviamente non lo è per tutte patologie e men che meno per quelle ad altissimo costo) a farsi carico delle patologie più gravi. Quelle per cui i costi sono più alti e per le quali non c'è alcuna possibilità di remunerazione o guadagno in termini di bilancio sanitario. Come sanitari abbiamo il dovere di curare e non di porci il problema dei costi degli interventi se questi sono giustificati, adeguati ed etici. Ma, se questo è vero, non possiamo far finta di non sapere o girarci dall'altra parte sostenendo che noi curiamo tutti e che il modo in cui si spendono i soldi e si scelgono le priorità non è un problema di nostra competenza. Dato che molti dei costi per i ricoveri da Covid nei reparti o nelle terapie intensive sarebbero evitabili se, coloro che vi sono ricoverati per aver sostenuto un punto di vista di libertà personale, si fossero sottoposti a quei trattamenti preventivi che riducono la virulenza della malattia e di conseguenza la necessità di ricovero e di trattamenti intensivi dai costi spropositati. Il costo giornaliero di un ricovero in terapia intensiva oscilla attualmente tra i 1500 e i 2000 euro, non bazzecole quindi, spese a cui tutti noi più o meno contribuiamo. E non vanno poi dimenticati i malati fragili che per i più svariati motivi di ordine sanitario non possono sottoporsi a vaccinazione. Pazienti questi, che in un paese avanzato e democratico devono essere tutelati dalla maggioranza, oltre che dalla legge, proprio per la loro fragilità che li rende più soggetti alle gravi conseguenze del contagio, non potendo tutelarsi con i presidi che sono di facile appannaggio per i cosiddetti sani o normali. A di là delle posizioni di principio e dell'idealismo del sostenere il diritto universalistico alla cura e ad una sanità gratuita e uguale per tutti non si può disconoscere, o far finta di non vedere che la sanità ha dei costi che diventano di anno in anno più gravosi. Non si può far finta di non sapere, o ancor più continuare a sostenere in linea di principio che il sistema deve continuare a reggere a prescindere, perché la salute e la sua cura sono un diritto universale. Solo facendo scelte adeguate che tutelino tutti, a partire dai più fragili, potremo continuare a garantire un sistema sanitario universalistico di tutela per tutti. Se non lo faremo, cominciando a scegliere doverosamente, anche se dolorosamente, quello che è più giusto e più etico per la collettività a scapito di qualcuno, potremo rischiare di trovarci presto a toccare con mano che le garanzie che abbiamo avuto fino ad ora potrebbero non continuare ad esserci per il futuro. Come diceva il vecchio saggio: meditate gente, meditate...

ADOLESCENTI E LOCK DOWN: FALSE PAURE O REALI PREOCCUPAZIONI PER I NOSTRI RAGAZZI?

In questi tempi di pandemia e di *lockdown*, sentiamo sempre più spesso parlare gli studiosi e i media di preoccupanti aumenti del disagio psichico a carico degli adolescenti, dei giovani e dei loro nuclei familiari, "stressati" dai problemi concreti legati alla salute propria e dei familiari, alle quarantene, alle difficoltà lavorative ed economiche dei genitori. Come adulti parte della comunità e come genitori ascoltiamo i commenti degli esperti, vediamo numeri, aggiornamenti di dati, viviamo sulla nostra pelle la situazione dei nostri figli tra scuola in presenza e DAD; come medici viviamo tra vaccinazioni, tamponi, annullamenti improvvisati di appuntamenti o richieste di cure "urgenti". Regna a volte la preoccupazione e l'affanno, altre volte la fatica, lo scoraggiamento o la rassegnazione.

Rispetto alla salute mentale dei ragazzi, i numeri del disagio sono realmente aumentati? È una reazione fisiologica o dobbiamo preoccuparci? E per quanto?



In questo periodo Covid "fare l'adolescente" è un problema. Era un sospetto, piuttosto fondato, oggi è una certezza. Sappiamo ormai che i dati confermano i nostri dubbi iniziali: non solo (o non tanto) aumentano gli accessi ai servizi di salute mentale, ma aumenta la gravità e la complessità e diminuisce l'età di esordio di sintomi di allarme più o meno gravi, aumenta il numero delle prescrizioni farmacologiche. Sono in sensibile crescita in particolare i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore con ideazioni suicidarie e comportamento auto-lesivo, la disregolazione del sonno e del cibo. Ci vengono segnalati problemi di sonno e di disregolazione anche in fasce più deboli dell'età evolutiva, come quella dei bambini con varie tipologie di disabilità.

Perché?

Con l'esordio della pandemia sono cambiate tante cose in poco tempo. I ragazzi, in quell'occasione, avevano reagito con più resilienza degli adulti accettando e comprendendo le misure restrittive. Avevano attinto alle loro risorse interne e alle loro competenze nella comunicazione a distanza e si erano riorganizzati adattandosi e cercando di mantenere un equilibrio psico-fisico in attesa della riapertura.

Quest'autunno e questo inverno, invece, abbiamo osservato un generale senso di smarrimento e di importante sofferenza emotiva, fisica e cognitiva.

Ogni giorno i ragazzi ci raccontano come è cambiata la loro vita. Sentono il dovere di proseguire sull'area delle prestazioni scolastiche in totale autonomia e solitudine, con tempi e modalità non sempre adeguati alle capacità possibili in questo periodo traumatico. A.M., 15 anni, da sempre ottimi risultati scolastici, oggi con attacchi di panico: *5 ore in DAD non reggo. Dopo la terza ora mi viene mal di testa e mi perdo. Non sono più capace a studiare! La scuola è diventata un pensiero fisso.*

È venuta a mancare la dimensione corporea: nel movimento e nell'esprimere la relazione con gli altri. Il rischio è di uno sbilanciamento sulle capacità cognitive, a discapito dell'attenzione al corpo, corpo che talvolta è vissuto solo "un contenitore" da esibire e non come parte reale di noi, parte preziosa del nostro stare con gli altri e del nostro esprimerci come individualità imperfetta, ma preziosa. I ragazzi sentono la mancanza di attività sportive o ricreative: devono rinunciare alla dimensione ludica e creativa, indispensabile per il percorso di crescita. Sentono la mancanza degli amici che in questa tappa evolutiva sappiamo sono fondamentali per la costruzione della loro identità personale.

Come possiamo aiutarli?

Come professionisti, ci siamo più volte fatti questa domanda, abbiamo condiviso pensieri e pezzi di strada con loro, con i genitori, con gli operatori scolastici e sanitari e con il mondo educativo che su tutta la provincia si sta dando da fare con varie iniziative per sostenere l'adolescenza "fuori dagli ospedali", ma accanto ed in rete con i professionisti.

Fra le riflessioni, desideriamo condividere l'importanza di "chiedere" ai ragazzi come stanno, di non accontentarsi del loro "silenzio". Occorre aiutarli a "comprendersi" e non lasciarli soli. Non lasciarli accontentare di relazioni virtuali che fino a pochi anni fa cercavamo di limitare. Creare proposte in cui sperimentarsi e superare, noi per primi, uno stile educativo richiestivo puramente "prestazionale", per puntare sulla relazione e sulla crescita reale della persona, come singolo e come parte di una comunità. Così come non dobbiamo negare l'emergenza sanitaria dove tutte le misure protettive sono necessarie, non dobbiamo trascurare i rischi che l'isolamento comporta in questa fascia di età. Non possiamo permetterci di banalizzare le difficoltà degli adolescenti.



STRATEGIE VACCINALI CONTRO SARS-COV-2: I "NUOVI" VACCINI PROTEICI CONVINCERANNO I DUBBIOSI?

Il vaccino *protein-based* denominato *Nuvaxovid*, approvato dall'AIFA a fine dicembre, sarà disponibile anche in Piemonte da fine febbraio/inizio marzo. È proprio il momento, pertanto, di chiederci se potrà imprimere una svolta alla campagna vaccinale, posto che nel report del Ministero della Salute datato 4 febbraio c.a.^[1] risultano ancora 1,5 milioni gli over 50 non vaccinati, nonostante l'obbligo. La copertura nella fascia 5-11 anni supera il 45%, ma in totale restano 5,8 milioni di italiani da vaccinare (tra i non vaccinati c'è anche la quota di chi è esentato per problemi di salute).

I dubbiosi/ *NiVax* sono figli della *Vaccine hesitancy*, che riflette lo stato d'animo di chi – pur non essendo radicalmente contrario alle vaccinazioni – aspetta, temporeggia, dubita, non si fida e quindi non si sottopone all'immunizzazione^[2]. Per contro, grazie alla disponibilità dei nuovi vaccini proteici, molti ipotizzano che i *NiVax* aderiranno alla campagna vaccinale a/Covid-19: di fatto non è così automatico essere ottimisti. Ed ecco perché...

Una giornalista^[3] ci assicura che:

Questa pandemia finirà. Non sappiamo quando e non sappiamo come. La certezza è che la nostra vita sarà molto diversa rispetto a quella di prima. Perché a essere diversi siamo proprio noi. Noi in quanto essere umani.

E lo Psicoterapeuta^[4], argutamente, si chiede: *Saremo migliori o peggiori di prima?*

Al momento quello che abbiamo constatato è che le persone migliori sono migliorate di più, le persone peggiori sono peggiorate di più. E siccome, statisticamente, le persone migliori sono una minoranza, il risultato di questo cambiamento non piacerà a molti.

Perché, se vogliamo generalizzare – perdendo di conseguenza le sfumature, alcune delle quali anche positive – possiamo dire che l'essere umano *post-Covid* è più aggressivo, egoista, più diffidente, più fobico e solitario. Soprattutto diffidente: sulle origini del virus, sulla bontà dei vaccini e delle terapie anti-Covid19, fino all'obbligo *Green Pass*...

Mai come in questo momento le teorie complottiste stanno conoscendo un grande successo. Non è più un fenomeno "*di nicchia*" e probabilmente neanche passeggero. Ma potrebbe essere solo la punta dell'iceberg. La diffidenza verso gli altri, che siano persone, aziende o istituzioni, non scomparirà da un momento all'altro. Chi più e chi meno, siamo

tutti diventati più diffidenti e paranoici e più la paranoia aumenta e più cresce l'aggressività in un pericoloso circolo vizioso.



Anche dall'analisi dell'Osservatorio Hyperion^[5] emerge il ritratto di una società sofferente, in cui non si è ancora trovata una direzione comune da intraprendere. C'è uno zoccolo duro, il 15-30%, di persone che ha fatto tutto quello che veniva chiesto durante questa pandemia. Sono le persone che danno solidità, la colla della coesione sociale. C'è poi un 50-65% ondivago, che può prendere in ogni momento direzioni diverse, diviso in tre categorie quasi equipollenti: chi fa tutto il necessario in silenzio, chi lo fa mugugnando e chi modifica il comportamento a seconda degli sviluppi. Quindi c'è la galassia *NoVax*, un 3-4%, che vive le proprie posizioni, per lo più paure, in maniera molto personale, un 6-7% che si riconosce in "*aggregazioni motivate*", cercando il contatto con chi la pensa allo stesso modo (abituamente in contrasto con i dati scientifici) e un 4-5% che fa dell'emergenza sanitaria una questione di principio contro la lesione della propria libertà.

Causticamente, il filosofo Maurizio Ferraris riesce a stigmatizzare questa modalità d'approccio alla problematica Covid-19 da parte di questi nostri concittadini: *Non manco mai di sorprendermi quando i NoVax sostengono che non si conoscono gli effetti a lungo termine del vaccino: non solo non lo sappiamo per i vaccini, ma lo ignoriamo per la stragrande maggioranza dei farmaci, e soprattutto delle decisioni che prendiamo. La sola cosa certa è che l'effetto a lungo termine della vita è la morte, il che toglie peso ai vaccini, ma non alla morte...*

Con lineare chiarezza l'immunologo Guido Silvestri^[6], in una recente intervista, sintetizza l'importanza di un approccio combinato alla lotta a Covid-19: l'effetto combinato di vaccini (importantissimi) ed immunità causata da infezione (anch'essa molto importante), unito alla ridotta virulenza e patogenicità di *Omicron* rispetto a tutte le altre varianti di Sars-CoV-2 (dal cosiddetto virus *Wuhan* via via fino alla *Delta*), ha convinto ormai quasi tutti gli esperti, politici e media che è ora di far uscire le nostre società dall'emergenza Covid-19 e di tornare a una vita sostanzialmente normale. In questa fase di transizione sarà importante usare attenzione e sensibilità sia per i soggetti anziani e/o debilitati, che restano ad alto rischio di Covid-19 severo, sia per quei soggetti psicologicamente fragili che, per vari motivi, faticano a riadattarsi ad una vita sociale piena e produttiva.

Da un punto di vista strettamente sanitario si dovrà certamente insistere sulle vaccinazioni, per cui nei Paesi dell'emisfero boreale si prospetta lo scenario di una immunizzazione annuale a inizio autunno che segue, come per l'influenza, il ritmo stagionale del virus. Molto importanti saranno il mantenimento di un'adeguata sorveglianza viro-epidemiologica e la disponibilità di farmaci antivirali, la cui presenza rappresenta un'altra arma essenziale nella lotta al Covid-19, complementare - mai alternativa - ai vaccini.

Comunicato n. 679

22 dicembre 2021



AIFA APPROVA IL VACCINO NUVAXOVID (NOVAVAX)

La Commissione Tecnico Scientifica (CTS) di AIFA, nella riunione del 22 dicembre 2021, ha approvato l'utilizzo del vaccino Nuvaxovid (Novavax), rendendolo disponibile nell'intera indicazione autorizzata da EMA per i soggetti di età uguale o superiore ai 18 anni. La vaccinazione prevede un ciclo vaccinale primario di due dosi a distanza di tre settimane l'una dall'altra.

I dati disponibili, rileva la CTS, sul vaccino Nuvaxovid hanno mostrato una efficacia di circa il 90% nel prevenire la malattia COVID-19 sintomatica anche nella popolazione di età superiore ai 64 anni. Il profilo di sicurezza si è dimostrato positivo, con reazioni avverse prevalentemente di tipo locale.

L'utilizzo delle armi terapeutiche è destinato ad espandersi, ma dobbiamo ricordare che **in nessun caso la disponibilità di farmaci è un'alternativa ai vaccini**, il cui uso rappresenta, oggi come nell'immediato futuro, l'arma più importante per limitare i danni causati da questo virus. E se i vaccini si confermano dunque come lo strumento più prezioso per combattere la pandemia, auguriamoci che le nuove tecnologie vaccinali riescano a far superare la *Vaccine hesitancy dei NiVax* e, addirittura, l'opposizione dura dei *NoVax*.

L'Istituto Superiore di Sanità^[7] ci ricorda che i vaccini sono preparati biologici costituiti da microrganismi uccisi o attenuati, oppure da alcuni loro antigeni, o da sostanze prodotte dai microrganismi e rese sicure oppure, ancora, da proteine ottenute con tecniche di ingegneria genetica. Generalmente i vaccini contengono anche acqua sterile (o una soluzione fisiologica a base salina) e alcuni possono contenere, in piccole quantità, anche un adiuvante per migliorare la risposta del sistema immunitario, un conservante (o un antibiotico) per prevenire la contaminazione del vaccino da parte di batteri, qualche stabilizzante per mantenere inalterate le proprietà del vaccino durante lo stoccaggio.

Ad oggi sono disponibili varie tipologie di vaccino:

- **vaccini vivi attenuati** (come per morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e tubercolosi): prodotti a partire da agenti infettivi resi non patogeni
- **vaccini inattivati** (come per l'epatite A, la poliomielite e l'antinfluenzale split): prodotti utilizzando virus o batteri uccisi tramite esposizione al calore oppure con sostanze chimiche
- **vaccini ad antigeni purificati** (come per la pertosse acellulare, l'antimeningococco e l'antinfluenzale a sub-unità): prodotti attraverso raffinate tecniche di purificazione delle componenti batteriche o virali
- **vaccini ad anatossine** (come per tetano e difterite): prodotti utilizzando molecole provenienti dall'agente infettivo, non in grado di provocare la malattia ma sufficienti ad attivare le difese immunitarie dell'organismo
- **vaccini proteici ricombinanti** (come per epatite B e meningococco B) cioè prodotti mediante la tecnologia del DNA ricombinante che prevede l'inserimento di materiale genetico codificante l'antigene (una proteina o parte di essa) in microrganismi che produrranno l'antigene; quest'ultimo verrà poi raccolto e purificato.

Per quest'ultima categoria, una porzione di genoma viene prelevato da un organismo e trasferito in altri microrganismi così da essere espresso in condizioni controllate, ottenendo in questo modo le proteine codificate da questa regione di DNA. Un punto chiave è l'inserzione del gene sul vettore (plasmide), che avviene grazie all'opera di enzimi altamente specifici, quali le ligasi. Il primo esempio di applicazione della tecnica del DNA ricombinante nel campo dei vaccini è rappresentato dal vaccino contro il virus dell'epatite B (HBV), disponibile oramai da più di 20 anni. Quel vaccino è costituito dall'antigene di superficie del virus (HBsAg) prodotto da un lievito (*Saccharomyces cerevisiae*) e purificato.

La tecnologia produttiva ha inoltre permesso di avere quantità praticamente infinite di antigene, in modo da poter effettuare una vaccinazione di massa in molti Paesi. Tali vaccini anti HBV sono oggi universalmente utilizzati e vent'anni di esperienza hanno provato che sono un mezzo sicuro ed estremamente efficace per prevenire non solo milioni di epatiti, ma anche le neoplasie del fegato che possono conseguire.

Il 20 dicembre 2021 l'EMA ha autorizzato il vaccino *protein-based* denominato *Nuvaxovid*, per l'utilizzo nei Paesi UE: è il quinto vaccino raccomandato in Europa per la prevenzione di CoVid-19. L'anti CoVid-19 *Novavax*, commercializzato con marchio *Nuvaxovid* e *Covovax* (in altri Paesi) è un vaccino a subunità ricombinanti di glicoproteine adiuvato^[8], indicato a fornire immunità acquisita contro la malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2. *Nuvaxovid* è ingegnerizzato dall'omonima azienda di biotecnologie statunitense *Novavax* a partire dalla sequenza genomica del primo ceppo del coronavirus SARS-CoV-2, utilizzando la tecnologia proprietaria delle nanoparticelle ricombinanti di *Novavax* e *Matrix-M*, un adiuvante a base di saponina vegetale per migliorare le risposte immunitarie e stimolare alti livelli di anticorpi neutralizzanti. Richiede due dosi ed è stabile a temperature refrigerate da 2 a 8 °C. Ed ecco alcune caratteristiche del vaccino, tratte dall'autorizzazione EMA^[9]:

Nuvaxovid

Medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale. Ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza. Agli operatori sanitari è richiesto di segnalare qualsiasi reazione avversa sospetta. Vedere paragrafo 4.8 per informazioni sulle modalità di segnalazione delle reazioni avverse.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Nuvaxovid dispersione per preparazione iniettabile Vaccino anti-COVID-19 (ricombinante, adiuvato)

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Flaconcino multidose contenente 10 dosi da 0,5 mL.

Una dose (0,5 mL) contiene 5 microgrammi della proteina spike* di SARS-CoV-2 con adiuvante Matrix-M.

L'adiuvante Matrix-M contiene per ogni dose da 0,5 mL: frazione A (42,5 microgrammi) e frazione C (7,5 microgrammi) di estratto di *Quillaja saponaria Molina*.

* Prodotta mediante tecnologia del DNA ricombinante con sistema di espressione di baculovirus in una linea cellulare di insetto derivata da cellule Sf9 della specie *Spodoptera frugiperda*.

Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Dispersione per preparazione iniettabile (iniezione).

Dispersione da incolore a leggermente gialla, da limpida a leggermente opalescente (pH 7,2).

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Nuvaxovid è indicato per l'immunizzazione attiva per la prevenzione di COVID-19, malattia causata dal virus SARS-CoV-2, in soggetti di età pari o superiore a 18 anni.

L'uso di questo vaccino deve essere conforme alle raccomandazioni ufficiali.

Posologia e modo di somministrazione

POSOLOGIA

Soggetti di età pari o superiore a 18 anni

Nuvaxovid viene somministrato per via intramuscolare come ciclo di 2 dosi da 0,5 mL ciascuna. Si raccomanda di somministrare la seconda dose 3 settimane dopo la prima dose. Non ci sono dati disponibili sull'intercambiabilità di Nuvaxovid con altri vaccini anti-COVID-19 per il completamento del ciclo di vaccinazione primario. I soggetti che hanno ricevuto una prima dose di Nuvaxovid devono ricevere la seconda dose di Nuvaxovid per completare il ciclo di vaccinazione.

Popolazione pediatrica

La sicurezza e l'efficacia di Nuvaxovid nei bambini e negli adolescenti di età inferiore a 18 anni non sono state ancora stabilite. Non ci sono dati disponibili.

Popolazione anziana

Non è richiesto alcun aggiustamento della dose nei soggetti anziani di età pari o superiore a 65 anni.

MODO DI SOMMINISTRAZIONE

Nuvaxovid viene somministrato esclusivamente mediante iniezione intramuscolare, preferibilmente nel muscolo deltoide del braccio.

CONTROINDICAZIONI

Ipersensibilità al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti elencati al paragrafo 6.1.

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

TRACCIABILITÀ

Al fine di migliorare la tracciabilità dei medicinali biologici, il nome e il numero di lotto del medicinale somministrato devono essere chiaramente registrati.

IPERSENSIBILITÀ E ANAFILASSI

Sono stati segnalati eventi di anafilassi con i vaccini anti-COVID-19. In caso di reazione anafilattica a seguito della somministrazione del vaccino devono essere sempre prontamente disponibili un trattamento e una supervisione medica adeguati.

Dopo la vaccinazione si raccomanda un attento monitoraggio per almeno 15 minuti. A coloro che hanno manifestato anafilassi alla prima dose di Nuvaxovid non deve essere somministrata una seconda dose del vaccino.

REAZIONI CORRELATE ALL'ANSIA

Reazioni correlate all'ansia, tra cui reazioni vasovagali (sincope), iperventilazione o reazioni dovute allo stress, possono verificarsi in associazione alla vaccinazione come risposta psicogena all'iniezione con ago. È importante che vengano adottate precauzioni per evitare lesioni da svenimento.

MALATTIA CONCOMITANTE

La vaccinazione deve essere rimandata nei soggetti affetti da malattia febbrile acuta severa o da infezione acuta. La presenza di un'infezione lieve e/o di febbre di lieve entità non deve comportare il rinvio della vaccinazione.

TROMBOCITOPENIA E DISTURBI DELLA COAGULAZIONE

Come per le altre iniezioni intramuscolari, il vaccino deve essere somministrato con cautela nei soggetti in terapia anticoagulante o che presentano trombocitopenia o disturbi della coagulazione (come l'emofilia), poiché, a seguito di una somministrazione per via intramuscolare, in questi soggetti possono verificarsi eventi di sanguinamento o lividura.

SOGGETTI IMMUNOCOMPROMESSI

L'efficacia, la sicurezza e l'immunogenicità del vaccino sono state valutate in un numero limitato di soggetti immunocompromessi. L'efficacia di Nuvaxovid potrebbe essere inferiore negli soggetti immunodepressi.

DURATA DELLA PROTEZIONE

La durata della protezione offerta dal vaccino non è nota, in quanto ancora in via di determinazione nelle sperimentazioni cliniche in corso.

LIMITAZIONI DELL'EFFICACIA DEL VACCINO

La protezione potrebbe non essere completa fino a 7 giorni dopo la somministrazione della seconda dose. Come per tutti i vaccini, la vaccinazione con Nuvaxovid potrebbe non proteggere tutti i soggetti vaccinati.

ECCIPIENTI

Sodio: questo medicinale contiene meno di 1 mmol di sodio (23 mg) per dose, cioè essenzialmente "senza sodio".

Potassio: questo medicinale contiene potassio, meno di 1 mmol (39 mg) per 0,5 mL, cioè essenzialmente "senza potassio".

FERTILITÀ, GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

Gravidanza

I dati relativi all'uso di Nuvaxovid in donne in gravidanza sono limitati. Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti su gravidanza, sviluppo embrionale-fetale, parto o sviluppo postnatale. La somministrazione di Nuvaxovid in gravidanza deve essere considerata solo quando i potenziali benefici superano i potenziali rischi per la madre e per il feto.

Allattamento

Non è noto se Nuvaxovid sia escreto nel latte materno umano. Non si ritiene che Nuvaxovid possa causare effetti su neonati/lattanti, dal momento che l'esposizione sistemica a Nuvaxovid di donne che allattano è trascurabile.

Fertilità - Gli studi sugli animali non indicano effetti dannosi diretti o indiretti di tossicità riproduttiva.

È dunque disponibile una nuova arma contro Sars-CoV-2, da affiancare ai vaccini a mRNA Pfizer e Moderna, dai quali si differenzia per il meccanismo d'azione, ma non per l'efficacia, che dagli studi disponibili sembra molto alta. I trial clinici su circa 30mila volontari fra Stati Uniti e Messico hanno dimostrato che l'efficacia è del 90%.

Quali sono i rischi associati a Nuvaxovid?

Gli eventi avversi osservati più frequentemente negli studi clinici sono stati in genere di entità lieve o moderata e si sono abitualmente risolti dopo alcuni giorni dalla vaccinazione: mal di testa, nausea o vomito, dolori muscolari e articolari, dolorabilità o dolore nel sito d'iniezione, stanchezza e malessere. Tali eventi hanno interessato più di una persona su dieci, mentre arrossamento e gonfiore nel sito d'iniezione, febbre, brividi e dolore agli arti si sono verificati in meno di una persona su dieci. Ingrossamento dei linfonodi, pressione sanguigna elevata, eruzione cutanea, arrossamento della pelle, prurito nel sito di iniezione ed esantema pruriginoso sono stati eventi avversi non comuni, interessando meno di una persona su 100.

In conclusione, grazie all'attuale andamento dell'epidemia in Italia e alla disponibilità dei nuovi vaccini proteici, possiamo dunque sentirci ottimisti?

Nicola Magrini, Direttore Generale AIFA ritiene che Nuvaxovid possa rappresentare un'ulteriore opzione per coloro che hanno avuto dubbi (ingiustificati) sui vaccini a mRNA e, magari, si sentono rassicurati da un vaccino proteico, prodotto con una metodologia più classica e più nota. *È solo una percezione - afferma - perché il livello di sicurezza di quelli che stiamo usando non è certo inferiore. Nuvaxovid, in arrivo il 24 febbraio con 3 milioni di dosi, servirà a vaccinare un milione e mezzo di persone.*

Molti studiosi ritengono che ci siano ancora interrogativi in sospeso: il mondo occidentale sembra uscirne, ma in vaste aree del pianeta la popolazione non è vaccinata ed è ancora rilevante la circolazione del virus che finora ci ha giocato brutti scherzi.

La pandemia non è finita. È probabile che questo Covid-19 rimanga con noi. Non è detto che Omicron sia l'ultima variante che vediamo. Così si è recentemente espressa Andrea Ammon, direttrice del Centro europeo per le malattie Ecdc, in linea con l'affermazione ancor più perentoria di Stella Kyriakides, Commissaria europea alla Salute: L'unica certezza del Covid-19 è l'incertezza.

BIBLIOGRAFIA

- [1] https://www.governo.it/sites/governo.it/files/220204_Report_settimanale%20completo.pdf
- [2] Agnese Codignola, <https://24plus.ilsole24ore.com>
- [3] Valentina Arcovio, La Stampa, 09.02.2022
- [4] Giorgio Nardone, Psicologo e Psicoterapeuta del Centro di Terapia Strategica di Arezzo
- [5] Osservatorio Hyperion, coordinato da Gian Piero Turchi, Direttore del Corso di perfezionamento di Gestione dell'emergenza in ambito di salute e comunità dell'Università di Padova
- [6] Guido Silvestri, (Professore Ordinario e Capo Dipartimento di Patologia all'Università Emory di Atlanta, Direttore della Divisione di Microbiologia e Immunologia allo Yerkes National Primate Research Center), La Repubblica, 11.02.2022
- [7] <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/VacciniCosaSono>
- [8] [treccani.it](https://www.treccani.it)
- [9] https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/nuvaxovid-epar-product-information_it.pdf

LA CHETOSI DIABETICA: SI PUÒ PREVENIRE SE FACCIAMO SQUADRA

Il diabete mellito (DM) di tipo 1 è la forma di DM più frequente nell'età pediatrica e la sua incidenza è in progressivo aumento. Si tratta di una malattia cronica, a patogenesi autoimmune, in cui la mancanza di insulina risulta incompatibile con la vita se non trattata tempestivamente. All'esordio i danni all'organismo sono tanto più rapidi quanto più è giovane il paziente.

TANTA PIPI?

TANTA SETE?

ANCHE I BAMBINI POSSONO AVERE IL DIABETE PARLANE CON IL TUO PEDIATRA

Campagna informativa a cura di SIEDP Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

Con la collaborazione di AGD FDG

Con il contributo non condizionato di Bayer HealthCare

Il trattamento del DM è relativamente recente, infatti solamente dal 1922 è possibile curare questa patologia. Nel gennaio 1922 è stata fatta la prima somministrazione di insulina in un bambino! Da allora tanti progressi sono stati fatti, ma la sua cura richiede un notevole impegno quotidiano (conoscenze sulla composizione dei pasti e calcolo dei carboidrati, utilizzo di glucometri ed insuline ma anche di nuove tecnologie con uso di sensori e microinfusori, importanza dell'attività sportiva).

Ancora oggi purtroppo i bambini che arrivano con esordio in chetoacidosi sono tanti (*troppi*), ed in aumento in concomitanza con la pandemia.

Per questo, in accordo con la Commissione per la tutela dell'infanzia e adolescenza dell'Ordine dei Medici di Cuneo abbiamo deciso di pubblicare alcuni dati.

I NUMERI: in Italia nel periodo 2004-2013 ci sono state 9040 nuove diagnosi di DM, 3646 sono i casi esorditi in chetoacidosi diabetica (DKA), pari al 40,3%, di cui 7 pazienti hanno riportato danni neurologici permanenti e 4 sono deceduti.

Tra il 2014 e il 2016, grazie ad un intervento di sensibilizzazione su Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale e Farmacisti si è ottenuto un decremento dell'incidenza dell'esordio in DKA, sceso al 36-38%. Con la pandemia purtroppo tale incidenza è risalita al 44,7%, con un aumento dei casi in DKA grave ($\text{pH} < 7,1$), soprattutto nei bambini < 4 anni di età. Queste ultime sono le forme che più frequentemente causano danni neurologici e decesso.

DKA: l'esordio di DM di tipo 1 è caratterizzato da poliuria e polidipsia (talvolta enuresi secondaria), iperfagia, astenia e dimagrimento; se non si intercetta in questo stadio la malattia (indicatori biochimici: glicosuria con o senza chetonuria) l'evoluzione porta alla comparsa di alito acetone, nausea/vomito e dolore addominale, tachicardia, tachipnea con il caratteristico respiro di Kussmaul, annebbiamento della vista, stato confusionale e sonnolenza fino al coma chetoacidotico. I criteri laboratoristici per la definizione di DKA sono: glicemia > 200 mg/dL, pH venoso $< 7,3$, chetonemia > 3 mmol/l).

COSA POSSIAMO FARE:

- 1) Se un bambino urina più del solito, ha molta sete, ha ripreso a bagnare il letto: **un esame urine può toglierli il dubbio!**
- 2) Se troviamo glicosuria e ho una glicemia elevata (maggiore di 200) non temeremo: **inviamo subito il bambino in pediatria** (0171 642819 è il numero del medico di guardia contattabile)
- 3) Se un bambino vomita e ha mal di pancia: **chiediamo se beve e urina più del solito**
- 4) Ricordiamoci che **anche i bambini possono avere il diabete** e nei bambini l'esordio è spesso più drammatico che nell'adulto!

Grazie



“

*Nella vita possono toglierti tutto,
ma non quello che hai imparato studiando.
Ecco perchè non dovrai mai smettere
di studiare e migliorarti.* ”

Gioacchino Cartabellotta
Medico di un piccolo paese
che pensava in grande

Alia, 30 agosto 1922 - Palermo, 18 dicembre 1980

40th
anniversary



Accordo Quadro

con



ORDINE DEI MEDICI
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di Cuneo

Anno 2022

Segue inserto (da staccare e conservare)
recante accordo stipulato dall'OMCeO
di Cuneo e la Fondazione GIMBE

Fondazione GIMBE

Via Amendola, 2 - 40121 Bologna
Tel. 051 5883920 - Fax 051 3372195
info@gimbe.org - www.gimbe.org
C.F. e P.IVA 03043421209

CONVENZIONE
tra Fondazione GIMBE

e

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Cuneo

Art. 1. Si costituisce con la presente una convenzione tra la Fondazione GIMBE (appresso designata come **GIMBE**) – in persona del rappresentante legale, Dott. Antonino Cartabellotta - con sede legale in Bologna, Via Amendola 2 – CAP 40121 (Cod. Fisc. / P. IVA 03043421209) - e l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Cuneo (appresso designato come **OMCeO-CN**) con sede legale Via G.Mameli, 4 bis - Cap 12100 - Cuneo (CN), Cod. Fisc. 80000350043, in persona del Presidente Dott. Giuseppe Guerra.

Art. 2. Oggetto di tale convenzione sono le facilitazioni riservate agli iscritti ad **OMCeO-CN** per le attività di formazione erogate da **GIMBE**, in particolare:

- GIMBE Education - Corsi a catalogo per over 30 (Art. 3)
- GIMBE Education - Corsi a catalogo per under 30 (Art. 4)
- GIMBE Education - Corsi In House (Art. 5)

Art. 3. Per le iscrizioni ai corsi del catalogo GIMBE Education **GIMBE** riserverà agli iscritti ad **OMCeO-CN** di età superiore ad anni 30 una riduzione del 15% non cumulabile con altre agevolazioni previste da GIMBE Education.

Il calendario dei corsi disponibili verrà pubblicato sul sito web e sulla pagina Facebook di **OMCeO-CN**.

Per l'applicazione della scontistica le iscrizioni dovranno pervenire attraverso il sito www.gimbeducation.it con l'indicazione di:

- PROMOCODE fornito da **GIMBE** alla segreteria di **OMCeO-CN**

Al fine di verificare il regolare status di iscrizione ad **OMCeO-CN** dei professionisti che utilizzeranno il PROMOCODE, **OMCeO-CN** fornirà a **GIMBE** l'elenco dei numeri di tessera attivi alla data del 31/01/2022: eventuali difformità registrate in fase di iscrizione verranno verificate da **GIMBE** con la segreteria **OMCeO-CN**.

Art. 4. Per le iscrizioni ai corsi del catalogo GIMBE Education **GIMBE** riserverà agli iscritti ad **OMCeO-CN** di età inferiore ad anni 30 una riduzione del 50% non cumulabile con altre agevolazioni previste da GIMBE Education.

Il calendario dei corsi disponibili verrà pubblicato sul sito web e sulla pagina Facebook di **OMCeO-CN**.

Per l'applicazione della scontistica è richiesta l'iscrizione di almeno n. 5 partecipanti ai corsi dell'anno 2022-

OMCeO-CN dovrà comunicare entro il 31/01/2022 i nominativi dei 5 beneficiari ed i relativi corsi

Art. 5. Tutti i corsi del catalogo GIMBE Education possono essere realizzati presso la sede indicata da **OMCeO-CN**.

Gli eventi possono avere obiettivi esclusivamente didattici, oppure essere integrati con progetti finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale. In relazione a specifiche esigenze, i corsi possono essere personalizzati, rispettando la coerenza tra obiettivi formativi e durata.

Rispetto alle quote individuali di partecipazione verranno applicate le seguenti riduzioni, ulteriormente modificabili in relazione al numero di edizioni previste:

Quota individuale	N° max partecipanti	Costo totale	Offerta OMCeO-CN
€ 189,00	70	€ 13.230,00	€ 6.000,00
€ 600,00	25	€ 15.000,00	€ 8.000,00
€ 750,00	25	€ 18.750,00	€ 12.000,00
€ 900,00	25	€ 22.500,00	€ 10.000,00
€ 1.000,00	25	€ 25.000,00	€ 15.000,00
€ 1.300,00	25	€ 32.500,00	€ 21.000,00
€ 1.500,00	25	€ 37.500,00	€ 26.000,00

Art. 6. La convenzione sarà valida fino al 31/12/2022. Entro 2 mesi dalla scadenza le parti verificheranno congiuntamente l'opportunità di rinnovarla/prolungarla.

La convenzione si intenderà tacitamente risolta alla sua naturale scadenza, salvo che le parti ne concordino per iscritto la proroga prima della scadenza della stessa.

Letto confermato e sottoscritto

Bologna, lì 21 ottobre 2021

Per **OMCeO-CN**

il Presidente

Dott. Giuseppe Guerra



GUERRA
GIUSEPPE
26.10.2021
08:25:51
GMT+00:00

Per **GIMBE**

Il Presidente

Dott. Antonino Cartabellotta

Fondazione GIMBE

Via Amendola, 2 - 40121 Bologna
Tel 051 5883920 - Fax 051 3372195
C.F. e P.IVA 03043421209

Corsi a catalogo

- L'accordo regola le iscrizioni dei professionisti iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Cuneo (di seguito OMCeO-CN) ai corsi del catalogo GIMBE Education
- Il calendario dei corsi disponibili sarà pubblicato sul sito <https://www.omceo.cuneo.it/> e nella pagina Facebook di OMCeO-CN.

1.A. Iscritti over 30

- Ai professionisti iscritti all'OMCeO-CN di età superiore ai 30 anni è riservata una riduzione del 15% sulla quota di partecipazione individuale ai corsi del catalogo GIMBE Education
- Tale riduzione non è cumulabile con le altre agevolazioni previste dal programma GIMBE Education
- Per l'applicazione della scontistica le iscrizioni dovranno essere pervenire attraverso il sito www.gimbeducation.it con l'indicazione dell'apposito PROMOCODE fornito da GIMBE

1.B. Iscritti under 30

- Ai professionisti iscritti all'OMCeO-CN di età inferiore ai 30 anni è riservata una riduzione del 50% sulla quota di partecipazione individuale ai corsi del catalogo GIMBE Education
- Ai fini della validità dello sconto è richiesta l'iscrizione di almeno n. 5 partecipanti ai corsi dell'anno 2022
- OMCeO-CN dovrà comunicare entro il 31/01/2022 i nominativi dei 5 beneficiari ed i relativi corsi
- Tale riduzione non è cumulabile con le altre agevolazioni previste dal programma GIMBE Education

Fondazione GIMBE

Via Amendola, 2 - 40121 Bologna
 Tel. 051 5883920 - Fax 051 3372195
 info@gimbe.org - www.gimbe.org
 C.F. e P.IVA 03043421209

COMMISSIONE EVIDENCE BASED CLINICAL PRACTICE (EBCP)

Coordinatori:

RUSSI Dr Elvio, PELLEGRINO Dr Angelo

Componenti:

BARILI Dr Fabio, BERTOLACCINI Dr Luca, GOLA Dr Lorenzo,
 LAUDANI Dr Elio, MELCHIO Dr Remo, NUMICO Dr Gianmauro, POMERO Dr Fulvio,
 PUGLISI Dr.ssa Maria Teresa, TORCHIO Dr Pierfederico

Consiglieri Referenti:

BALESTRINO Dr Elsio, BLENGINI Dr Claudio

Dal brainstorming che ha visto coinvolti – nell'incontro del 22 gennaio u.s. - tutti i Componenti la Commissione sono emerse le seguenti osservazioni e proposte.

**A - Raccolta dei bisogni ed interattività con I Colleghi per rispondere al quesito:
 "Quanto mi è utile la EBP?"**

1) La consapevolezza, per altro norma (Legge Gelli-Bianco) che l'Evidence Based Clinical Practice è l'unico strumento di tutela del professionista sanitario e dell'Utente, in quanto assicura l'appropriatezza della cura al caso specifico.

2) L'EBCP è, dunque, un sistema di problem solving per i Colleghi nella quotidianità della propria professione; sapendo interrogare i database della letteratura è possibile trovare le risposte evidence based da applicare al caso che si ha di fronte, essendo molteplici, e spesso gratuite, le risorse disponibili (Cochrane® Reviews, Epistemonikos®, Sistema Nazionale delle linee guida dell'ISS; NICE; sinossi di patologia basate sull'EB: UpToDate®, Dynamed®, BMJ BestPractice®, etc.).

3) Consentire ai Colleghi di segnalare articoli di loro interesse pratico per una valutazione sinergica della appropriatezza metodologica (critical appraisal) e della forza di applicabilità al quesito clinico in esame.

4) Prevedere, sul Portale OMCeO CN, nella Sezione Commissione EBCP, per i Colleghi più interessati alla ricerca, link di servizi di raccolta dati, rapida e strutturata, come ad es. REDCap®.

5) Tramite mailing list e newsletter accertare i bisogni formativi degli Iscritti relativamente alla metodologia EBCP.

B - Formazione che miri a rispondere al quesito Cosa mi serve apprendere la EBP?

- 1) Prevedere, in virtù di contributi collegiali, sul Portale, sempre nella Sezione Commissione EBCP, una pagina di "How to do it" con risposte FAQ (ad es.: 'come faccio l'analisi critica di un paper?', 'come apro un database?' etc.) da aggiornare e far crescere in base ai quesiti che perverranno.
- 2) Rendere disponibile un sistema di informazione/formazione mediante "learning pills and training pills" con riferimenti pratici.
- 3) Creare un Biblioteca Metodologica sul Portale istituzionale mediante la selezione di iper link strutturati finalizzati all'apprendimento metodologico.
- 4) Mantenere alta l'attenzione degli Iscritti sul fattore "conflitto di interessi" che talora inquina le raccomandazioni, sia affrontando il tema con corsi formativi, sia promuovendo siti (ad es. quello italiano "NO Grazie Pago IO < <http://www.nograzie.eu/> >) che guidano il Lettore a riflettere sull'influenza di alcuni conflitti.
- 5) Formazione in presenza (se possibile, altrimenti via webinar), con inizio in autunno, con docenti capaci di una comunicazione coinvolgente ed appassionante l'Uditorio.

Il Coordinatore
Elvio RUSSI

COMMISSIONE **TERRITORIALE**: RAPPORTI CON MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA, DISTRETTI, SPECIALISTICA AMBULATORIALE E OSPEDALI

La Commissione si propone di produrre idee e protocolli di collaborazione tra Strutture Ospedaliere e Territorio delle 2 ASL e dell'ASO della provincia di Cuneo.

Coordinatori: GERACI Dr.ssa Maria, MURA Dr Stefano

Componenti: ALLEMANDI Dr Paolo, AMATI Dr.ssa Annalisa, BARBERO Dr Luigi Domenico, BORRETTA Dr.ssa Valentina, FRATICELLI Dr Emanuele, GOGLIA Dr Umberto, LAUDANI Dr Elio, MARANO Dr Francesco, VANNI Dr Riccardo.

Consiglieri Referenti: BONAUDI Dr Giovanni, SCIOLLA Dr Andrea Giorgio

Viene individuato come primo argomento di discussione il rilevante **problema della condivisione dei dati tra Strutture ospedaliere e Territorio**, sottolineando la difficoltà all'accesso e l'incompletezza dei dati stessi. Il tema presenta numerose criticità sia di tipo tecnico, sia normativo, sia economico.

I membri della Commissione concordano sulla rilevanza di tali problemi e ne riconoscono la priorità, ponendolo come primo obiettivo da perseguire.

Si accetta all'unanimità l'obiettivo esposto descrivendolo come:

Flusso e condivisione dei dati per la gestione della cronicità

- Si valuta la necessità di affrontare separatamente i tre principali nodi del problema: l'aspetto tecnico, l'aspetto riguardante la spesa di realizzazione di sistemi integrati e l'aspetto normativo comprendente le questioni relative alla privacy e al sistema della corretta concorrenza.
- Si decide di affrontare per primo il problema tecnico e si chiede ai referenti di rappresentare in sede di Consiglio Direttivo dell'Ordine la proposta di convocare nel breve periodo i rappresentanti dei Servizi informatici delle 3 Strutture Sanitarie provinciali a riportare in sede di Commissione osservazioni circa la fattibilità e le criticità del progetto ed eventuali soluzioni da proporre da cui partire.
- Si discute la possibilità in un secondo momento di interessare tecnici informatici anche privati, ma con vasta esperienza di attività per la Regione e le Strutture Sanitarie regionali e rappresentanti di software house, per ricevere anche da essi un parere tecnico.

La Commissione ritiene di affrontare successivamente all'aspetto tecnico le restanti questioni.

LA NUOVA COMMISSIONE A TUTELA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA

Con queste righe desideriamo comunicare che, nel nuovo anno 2021-2022, in un periodo storico in cui il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza è messo a dura prova dalla Pandemia e da tutte le sue conseguenze, è stata istituita presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Cuneo, per iniziativa ed impegno del Dott. Barbero Giulio, Consigliere Referente, una nuova Commissione denominata "Commissione Tutela Infanzia e Adolescenza", così composta:

Coordinatori:

DE DONNO Dr.ssa Valeria

Specialista in Pediatria, Dirigente Medico ASO CN, Referente Diabete Infantile

VALLATI Dr.ssa Marina *Specialista in Pediatria, PLS ASL CN1*

Componenti:

BORRETTA Dr.ssa Valentina

Specialista in Medicina Interna, Consulente Professionale in Allattamento

SILVESTRO Dr.ssa Emiliana

Specialista in Neuropsichiatria Infantile, Dirigente Medico NPI ASL CN1

COLOMBI Dr.ssa Elisa *Specialista in Neuropsichiatria Infantile, Responsabile NPI ASL CN2*

Consiglieri Referenti:

BARBERO Dr Giulio Michele *Specialista in Pediatria, Libero Professionista*

VIVALDA Dr Livio *Specialista in Pediatria, Libero Professionista*

La Commissione, tuttora in via di formazione tenendo conto di una impronta multidisciplinare, sta muovendo i primi passi e, nonostante le difficoltà concrete legate alla Pandemia, si è già incontrata 2 volte a partire dal 15 novembre 2021, data della prima convocazione presso la sede dell'Ordine.

Le finalità della Commissione partono dal riconoscimento e dalla consapevolezza che l'infanzia e l'adolescenza rappresentano categorie "fragili" ma preziosissime e come tali vanno tutelate. Cosa vuol dire tutelare? Proteggere, ma anche curare, educare e far crescere, facendo tutti gli sforzi possibili per garantire nelle varie realtà, anche complesse o difficili, il migliore "terreno" possibile per il benessere e la crescita del bambino nella sua "interezza" e del suo nucleo familiare, in concerto con tutta la comunità educante. Gli obiettivi vogliono essere semplici, operativi e attenti alle realtà locali, partendo dalla promozione di iniziative di prevenzione e di cura, nate dai bisogni e dalle proposte di medici e operatori sanitari che, pur con ruoli e allocazioni differenti, lavorano con impegno a tutela dei minori.



Fra le iniziative immaginate, segnaliamo eventi di formazione per i professionisti della salute in presenza o online; giornate di informazione su temi di interesse per la cittadinanza; segnalazione e condivisione di iniziative anche in collaborazione con i Comuni, il mondo scolastico e sociale.

Consapevoli della complessità del tema e delle possibili estensioni, desideriamo invitarvi alla collaborazione proattiva con noi, verso la formazione sempre maggiore di una rete locale di professionisti del settore.

Per far crescere un bambino, ci vuole un intero villaggio (Proverbia africano)

COMMISSIONE CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

La Commissione Terapia del dolore e Cure Palliative sta organizzando un **convegno residenziale, gratuito, accreditato ECM dall'ASL CN1**, di aggiornamento per medici, infermieri e operatori sanitari.

Coordinatori:

PEROTTI Dr Livio, BURELLO Dr Roberto

Componenti:

BORELLO Dr Alberto, GIAIME Dr Dario,
MIGLIORE Dr.ssa Elena, MOTTA Dr Fabrizio, OBERTINO Dr Enrico

Consiglieri Referenti:

BLENGINI Dr Claudio, MELA Dr.ssa Simona

Nel rispetto delle norme prescritte dalle autorità sanitarie per la pandemia attuale, ci troveremo a **Fossano**, nell'ampio salone dell'Istituto di Istruzione Superiore G. Vallauri, sito in via S. Michele n. 68 il **14 maggio 2022 dalle ore 8,30 alle 14**.

L'argomento sarà:

Il trattamento del paziente in fase avanzata di malattia: dal dolore alla terapia endovenosa fino alla sedazione palliativa...una condivisione di scelte tra chi cura e chi viene curato

L'organizzazione dell'evento è curata dal dr Livio Perotti in collaborazione con tutti i membri della Commissione.

La prima parte del convegno, in cui si affronterà il tema della terapia con farmaci oppioidi del dolore grave, sarà svolta dai colleghi E. Obertino, C. Blengini, E. Migliore, A. Mollo.

La seconda parte del convegno tratterà dei problemi connessi con l'inserimento e la gestione dei cateteri venosi eco-guidati a medio termine nei pazienti in fase avanzata di malattia, con i contributi di D. Giaime, F. Motta, A. Pizzorno.

La terza parte del convegno verterà sul tema: *Quando considerare il passaggio ad una terapia prevalentemente palliativa*, e sarà presentata da S. Mela, R. Burello e A. Borello.

Le relazioni caratterizzate da rigore scientifico con informazioni di immediata utilità per il medico pratico, saranno aperte alla discussione da parte dei presenti.

Il programma dettagliato verrà pubblicato a marzo sul sito dell'Ordine, che vi invitiamo a sorvegliare per effettuare tempestivamente la preiscrizione, e sarà presentato anche nel prossimo numero del Notiziario.

COMMISSIONE GIOVANI MEDICI

Con l'avvio del nuovo Consiglio dell'Ordine dei Medici sono state costituite le varie Commissioni Ordinarie, tra le quali la Commissione dei Giovani Medici (CGM). I lavori delle varie Commissioni sono partiti nell'ultimo trimestre 2021, ed anche la CGM si è riunita per la prima volta in data 2 Novembre 2021 presso la sede di Via Mameli.

Coordinatori:

GOGLIA Dr Umberto, CENTO Dr Davide

Componenti:

BERTELLO Dr Edoardo, DANNA Dr Pietro, DEGIOVANNI Dr.ssa Elena,
FRANCO Dr Filippo FRANZINI TIBALDEO Dr.ssa Eleonora, LEONE Dr.ssa Alessandra,
MANDRILE Dr.ssa Carla, MOZZONE Dr Giorgio, NACCA Dr Roberto, POMPILI Dr.ssa Erika

Consiglieri Referenti:

AMATI Dr.ssa Annalisa, VIVALDA Dr Livio

CAUSALITÀ, IDENTITÀ, PROGETTUALITÀ

Ora dovremo cercare di dare risposta a 3 semplici domande. Definita la natura di una Commissione interna dell'Ordine dei Medici, dovremo chiederci il perché sia necessaria una tale commissione (causalità), dare una veste ben definita per delinearne il profilo (identità) e ragionare sulle possibili proposte che tale Commissione potrà portare all'attenzione della comunità medica provinciale (progettualità).

Le Commissioni ordinarie sono Organi Interni agli Ordini stessi, rappresentano un riferimento tecnico, scientifico e culturale per l'esercizio della professione medica e sono costituite da Colleghi che in via del tutto gratuita e con spirito di condivisione s'impegnano a sviluppare uno dei molteplici aspetti salienti della professione medica.

Il termine "commissione" deriva dal latino commissio-onis, ovvero dal verbo "committère", che presenta un doppio significato: affidare e compiere, attuare.

Il primo significato, affidare, si riferisce alla caratteristica di conferimento di incarico da parte di qualcuno o da parte di qualche organo. In questo caso è l'Ordine, inteso come Consiglio eletto, rappresentante della comunità professionale tutta, ad affidare, conferire un incarico ad un gruppo di persone, con lo scopo di interessarsi di una materia specifica. Ma il termine "commissione" può far riferimento all'azione stessa di compimento ed attuazione di qualcosa e quindi essere direttamente riferito a sé stessa ed essere intesa come un organo nato per agire, per mettere in atto un qualcosa su cui è stato dato un mandato. Riassumendo, pertanto, le Commissioni sono degli organi interni all'Ordine cui vengono dati in affidamento dei mandati, di cui dovrà esserci un risultato, un outcome, diremo con il linguaggio della evidence-based medicine.

Se osserviamo le diverse e numerose tipologie delle Commissioni, vediamo che queste si occupano di argomenti vari, alcuni tradizionali, come le Commissioni "Etica, Deontologia ed Informazione Sanitaria" e "Medicine non convenzionali", altri di maggiore attualità, come la Commissione "COVID-19", e la Commissione "Telemedicina".

In considerazione di quanto detto, è evidente che la Commissione Giovani Medici non presenta un mandato ben preciso e specifico su un dato argomento, ma presenta una caratterizzazione della tipologia e qualità dei componenti.

Perché la presenza di una Commissione Giovani Medici è importante?

È nevralgica, diremmo fondamentale, soprattutto per una valenza culturale: far avvicinare giovani Colleghi all'Ordine ed alla vita ordinistica già agli inizi della carriera professionale, visto che è necessario nel tempo un fisiologico ricambio generazionale ma ancor maggiormente perché la commistione di diverse sensibilità anagrafiche rappresenta un arricchimento ed una apertura e coinvolgimento di plurali punti di vista, sempre più imprescindibili per le sfide del futuro cui la nostra professione è vocata.

Quando pertanto è stato dato mandato ai Coordinatori di tale Commissione per la costruzione della stessa, questi hanno immaginato di creare un team building che avesse due specificità ovvero il coinvolgimento di Colleghi sia "giovani" anagraficamente e per carriera sia che avessero come obiettivo alcune problematiche di interesse per i medici che si trovano alle prime esperienze professionali.

Dal punto di vista metodologico, la CGM è stata la prima ad iniziare i propri lavoro mediante una ulteriore ed esplicitata Dichiarazione di Conflitto di Interesse, rispetto alla preliminare richiesta iniziale da parte del Consiglio, invitando ciascun componente ad indicare l'eventuale partecipazione a società, associazioni e comunità organizzate che potessero interferire o influenzare le proprie posizioni in merito alle future problematiche affrontate.

La definizione di tutto questo, pertanto, è stata determinante per costruire l'identità della Commissione e le future progettualità.

Il primo argomento di cui la CGM ha deciso di occuparsi è stata la **valutazione della situazione attuale della Continuità Assistenziale**, ovvero lo stato dell'arte dei Colleghi impegnati nel servizio di quello che veniva una volta definita Guardia Medica.

Questo argomento è stato considerato degno di interesse per almeno due principali ordini di motivi:

- perché coinvolge in massima parte Colleghi anagraficamente o carrieristicamente "giovani"
- perché rappresenta spesso la prima interfaccia, oltre al MMG, tra la popolazione assistita ed i servizi sanitari erogati, in un momento particolarmente delicato, comunque di urgenza o stretta necessità clinica.

Si è deciso pertanto di procedere mediante la costruzione di una Survey, ovvero un sondaggio, da sottoporre ai Colleghi impegnati nella Continuità Assistenziale per entrambe le ASL territoriali (ASL CN1 e ASL CN2), con lo scopo di ottenere informazioni di censimento e di valutazione di problematiche e bisogni.

Quale il cronoprogramma?

Obiettivo è quello di confezionare e preparare entro il primo trimestre 2022 la Survey, di somministrare le domande ai Colleghi e di raccogliere le schede entro l'estate dell'anno in corso.

La problematica della tipologia e della qualità del lavoro della ex-Guardia Medica è una questione annosa che da tempo presenta numerose e incresciose criticità. L'intenzione è quella di sollevare la questione e di porla all'attenzione della comunità professionale, visto che per molti motivi i Colleghi operanti in tale condizione lavorano all'interno di un quadro evanescente, quasi un limbo di passaggio tra l'abilitazione ed un ruolo meglio definito, sia esso di convenzione per la Medicina Generale, sia di Convenzione per la Specialistica, sia di dipendenza.

Esistono problematiche di formazione, di inquadramento ma anche di allocazione strutturale delle sedi stesse, con condizioni di lavoro non dignitose conosciute da tutti ma troppo sottaciute e non considerate da chi operativamente gestisce le Aziende.

Ma cosa può concretamente fare una Commissione che si occupa di tale questione: avendo individuato e soppesato la problematica, dopo averne dato diffusione mediante un "prodotto" del lavoro stesso, essa può effettuare proposte realistiche e concrete rivolte ai management aziendali, ad esempio cogliendo l'occasione della coesistente ricostruzione dell'organizzazione territoriale mediante le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità i y e le Centrali Operative Territoriali, che rappresenteranno in futuro punti di riferimento della assistenza socio-sanitaria del territorio, in ottemperanza alle scadenze imposte dal PNRR.

Qui prenderanno parte diverse e numerose figure professionali, mediche, infermieristiche, sanitarie, ma anche sociali. Perché non coinvolgere anche i Colleghi della Continuità Assistenziale nelle costruendo fondamenta di questi progetti?

Nella seconda parte dell'anno sono già in cantiere ulteriori progettualità, alcune tra le quali associate ed in collaborazione con il lavoro di altre Commissioni ordinistiche, al fine di incoraggiare l'integrazione di competenze e la condivisione di punti di vista.

I Coordinatori
Umberto GOGLIA
Davide CENTO

Riprendiamo sul Notiziario la lettera di un Collega ex MMG, da altri sottoscritta e già pubblicata su alcuni quotidiani, che testimonia la presenza nella Categoria medica di un malessere diffuso, le cui cause hanno radici antiche e che non è limitato alla sola Medicina Generale.

Torino, 8 febbraio 2022

La situazione della Medicina Generale che vediamo e viviamo professionalmente negli ultimi due anni ci spinge a scrivere queste righe. Non vogliono essere una riflessione polemica o sterilmente critica, ma una testimonianza di un disagio umano e professionale che ci porta con sempre maggiore difficoltà a svolgere il nostro lavoro come medico che opera nelle cure primarie. La pandemia non ha fatto che accelerare e evidenziare criticità che erano presenti già ben prima che iniziasse. A partire dalla carenza di medici di cui si parla da circa vent'anni. Da molti anni si sapeva bene che nel 2015-2020 ci sarebbe stata una significativa carenza del personale medico, con tutte le difficoltà connesse. Il fatto che sostanzialmente non si sia fatto nulla in merito è una dolorosa testimonianza della lungimiranza dei decisori che hanno operato durante questi anni e della capacità di programmazione in ambito sanitario che andasse oltre il breve periodo e permettesse di superare i meri obiettivi economici di budget e di rientro. In questo senso la pandemia costituisce uno stresstest che ha messo in luce una fragilità di sistema che ha risvolti strutturali, ma che, in primis, parte da sofferenze e fatiche umane.

E non crediamo giusto presentare il conto di qualcosa di non programmato, di non correttamente strutturato ai medici che si trovano, loro malgrado, a lavorare in modo stressante e eccessivamente faticoso, in una realtà che non permette loro di svolgere, con la dovuta cura, la propria professione. Perché non permettere ai medici di avere spazi di lavoro consoni, dignitosi, spazi di riposo doverosi, tutele dovute, significa procurare quelle che Dean e Talbot chiamano "moral injuries": "Physicians aren't 'burning out.' They're suffering from moral injury".

Perché è facile etichettare come burn-out il consumo fisico e psichico dei medici, relega a una dimensione individuale, a interventi sul singolo una problematica ben più complessa che ha radici strutturali ben più grandi del singolo medico. Perché se ci sono "moral injuries" dovrebbero esserci approcci strutturali e strutturati che portino a una programmazione seria di lungo periodo, a una presa di responsabilità da parte delle Istituzioni che facciano percepire, concretamente, che i medici sono una risorsa preziosa (ed ormai rara...) e non solo una risorsa da spremere sino alla loro consunzione.

Il lavoro del medico dovrebbe partire da una relazione di cura: una relazione personale per la quale sono richiesti tempi dedicati per i quali non si può scendere sotto certi minimi, pena inficiare sostanzialmente la relazione stessa. La percezione che abbiamo è che la relazione sia stata scambiata con una produttività esasperata per la quale il lavoro diventa un numero di "accessi" da attuare in un certo tempo, in cui gli aspetti burocratici

sono il fine primo ed ultimo ed in cui un vero e corretto approccio clinico non sia davvero possibile. Prova ne sia il fatto che, a tutti i livelli, territoriali o ospedalieri, con un personale sempre più ridotto, il carico di lavoro sta costantemente aumentando. Sarebbe come se si facesse funzionare un motore ad un numero di giri sempre maggiore: raggiunta la coppia massima il motore non genera più potenza, genera solo più stress meccanici con il rischio di guastarsi prima. La domanda che ci poniamo è: dove sta il limite oltre il quale non possiamo arrivare? Qual'è la coppia massima del motore di ciascun medico? E' giusto chiedere a un medico un ritmo di lavoro che superi questo livello di guardia? Difendersi, adducendo come motivo delle richieste in aumento la carenza di personale, non permette a chi opera sul campo di lavorare meglio. C'è un limite oltre il quale la fatica favorisce e induce l'errore, un limite oltre il quale non ci sono più risorse per coltivare spazi di vita che permettono di rigenerarsi, di ricaricarsi, c'è un limite oltre il quale non è etico chiedere di più.

Lavorare tutti i giorni 10-12 ore, esposti a telefonate continue, email, SMS, Whatsapp, visite ambulatoriali e domiciliari è etico?

Aumentare il numero massimo di persone che ciascun medico di famiglia può curare non è un approccio sensato ed efficace: se il fine è dare, sulla carta, un medico a tutti i cittadini a prescindere dalla qualità del servizio erogato basterebbe dirlo con franchezza e sincerità, soprattutto ai cittadini. E non basterà credere che nuovi sistemi informatici permetteranno una migliore gestione: questo potrebbe essere utile a gestori di un flusso dati o a gestori di dinamiche economiche, non a medici che vogliono vivere una umana ed empatica dimensione professionale. In tutto questo si inserisce un carico burocratico che rende arido e freddo il lavoro del medico.

Siamo consapevoli che una parte del lavoro debba necessariamente comprendere una dimensione burocratico-amministrativa, ma quando il tempo speso per questa parte supera quello a disposizione per vivere una vera dimensione clinica, probabilmente qualcosa nel sistema non sta funzionando. Se la percezione del proprio essere medico ci porta a sentirci dei dispensatori di certificati e di prescrizioni (spesso neanche come prescrittori diretti, ma come ri-prescrittori "obbligati"...), il malessere professionale cresce davvero molto. Anche perché ci sarebbero molti modi per ridurre in maniera sostanziale tale carico burocratico e la domanda dolorosa è: perché non si lavora in tal senso? Come specificato nell'articolo 1 comma 8 della legge del 22 dicembre 2017: "Il tempo della comunicazione medico-paziente costituisce tempo di cura"... Perché allora non si lascia il tempo al medico di vivere una relazione di cura vera?

Guardandoci attorno vediamo e percepiamo un profondo e diffuso malessere lavorativo: c'è un esasperato turn-over lavorativo che è una concreta spia di questo malessere, spesso finalizzato a lasciare il Servizio Sanitario Regionale. Tutto questo in un assordante silenzio: il Servizio Sanitario Regio-



nale dovrebbe essere la realtà in cui ogni medico dovrebbe poter trovare il meglio professionale, in cui ogni cittadino dovrebbe sentirsi accolto sia come lavoratore che come utente. Il Servizio Sanitario Regionale dovrebbe essere il concretizzarsi dell'Articolo 32 della Costituzione.

E' davvero doloroso vedere il Servizio Sanitario Regionale depotenziato, reso pesante, di difficile accesso... Alle Istituzioni chiederemmo di essere franche e sincere: la situazione è critica. Riteniamo che sia doveroso dirlo senza nascondersi, perché non è negando che si costruisce un percorso di rinnovamento. Se le risorse umane sono meno che in passato non si può far credere ai cittadini che tutto sarà come prima. Bisogna sensibilizzare e informare, comunicare che, anche in campo sanitario, ci sono accertamenti, esami indispensabili, utili, futuri, inutili. E questi concetti non possono essere delegati unicamente ai medici, spesso ai medici di famiglia, che sono lasciati soli a reggere pressioni ed interessi enormi.

In conclusione un'ultima osservazione che ci teniamo a sottolineare: queste nostre parole non mirano a rivendicazioni economiche. Quello che chiediamo è di poter avere una dimensione lavorativa più umana, che ci consenta di vivere una relazione medico-paziente vera e proficua. In sintesi non chiediamo più soldi, chiediamo una migliore qualità lavorativa per poter curare meglio le persone.

Dr. Marco Peretti ex Medico di Medicina Generale – Torino

(dimissioni rassegnate dal 05/01/2022) drmarcoperetti@gmail.com

Dr.ssa Barbara Baiotto Medico di Medicina Generale – Torino barbara.baiotto@gmail.com

Dr. Giuliano DeSantis Medico di Medicina Generale – Torino dottgiulianodesantis@gmail.com

Dr. Giacomo Casale Medico di Medicina Generale – Camerano, Casasco, Settime, Chiusano, Cinaglio (Asti)
dr.giacomo.casale@gmail.com

Dr.ssa Barbara Leoncini Medico di Medicina Generale – Avigliana (Torino) barbara.leoncini@gmail.com

Dr.ssa Ilaria Franco Medico di Medicina Generale – Alba (Cuneo) ilariafranco@gmail.com

Dr.ssa Simona Mela Medico di Medicina generale. Alba (Cuneo) dr.simonamela@gmail.com

Dr.ssa Carmen Usai Medico di Medicina Generale – Torino carmen.usai@tiscali.it

Dr.ssa Paola Pittau Medico di Medicina Generale – Torino paola.pittau@libero.it

Dr.ssa Emanuela Composto Medico di Medicina Generale – Torino emanuela.composto@gmail.com

Dr.ssa De Caro Patrizia Medico di Medicina Generale – Torino pinkpuffer56@gmail.com

Dr.ssa Luisella Miglietta Medico di Medicina Generale – Torino migliettalu@yahoo.it

Dr. Federico Turbiglio Medico di Medicina Generale – Torino studiomedico.turbiglio@gmail.com

Dr.ssa Cinzia Garnero Medico di Medicina Generale – Busca (Cuneo) cinzia.garnero@tiscali.it

Dr. Giacomo Ceci Medico di Medicina Generale – Torino giacomo.ceci@gmail.com

ALBO ODONTOIATRI

La popolazione italiana sta invecchiando e gode di una migliore aspettativa di vita. Se questa è sicuramente una buona notizia, purtroppo l'allungamento della vita media non sempre si accompagna a buona qualità portando a un progressivo aumento di anziani che per ragioni socio ambientali o mancata autosufficienza diventano ospiti delle RSA. In tali strutture possono essere seguiti con attenzione per tutta una serie di patologie croniche, ma a volte non viene valutata con altrettanta cura la salute della loro bocca. A ciò contribuisce il progressivo mutamento della condizione dell'anziano: se fino a qualche anno fa la vecchiaia si accompagnava inevitabilmente a una condizione di edentulia completa, ora più spesso grazie a sempre migliori cure odontoiatriche abbiamo anziani in possesso di una dentatura naturale efficiente o di protesi molto sofisticate in grado di assicurare una ottima funzione masticatoria ma che per contro necessitano di attento mantenimento, che non sempre il paziente è in grado di conseguire. Anche la dieta ha la sua importanza: l'abitudine a pasti facilmente assimilabili, la prevalenza di alimenti morbidi e di facile masticazione che per ovvie ragioni sono lo standard somministrato nelle residenze protette spesso porta a una minore attenzione all'igiene orale.

La pandemia ha poi contribuito a un peggioramento del quadro: se in precedenza si poteva contare in una azione di supporto demandata a familiari o a personale esterno, l'impossibilità per questi di accedere alle strutture ha scaricato il compito di vigilanza esclusivamente sul personale interno, già carico di incombenze. In questi anni si è raggiunta una maggiore consapevolezza accompagnata da una progressiva e ormai consolidata evidenza scientifica dell'importanza di una buona condizione orale non solo per il benessere psicofisico della persona, ma anche quanto questa sia in stretta relazione con tutta una serie di patologie tipiche dell'anziano strettamente legate a uno stato di infiammazione cronica, tanto da favorirne l'insorgenza o condizionarne in parte il decorso. Altrettanto in crescita sono le manifestazioni di tipo neoplastico a carico delle mucose, spesso misconosciute nelle fasi iniziali e tipiche dell'anziano, che, qualora trascurate, incidono pesantemente sulla qualità e speranza di vita e che sono molto più diffuse di quanto si creda, con un'incidenza in Regione di quasi 5 casi per 100.000 abitanti. Queste ragioni rendono necessaria la massima sensibilizzazione del personale sanitario presente all'interno delle RSA. Con la collaborazione dell'ASL CN1 e grazie alla disponibilità dei componenti della Cao è stato realizzato un webinar sull'argomento che verrà diffuso il 26 marzo prossimo, aperto a medici e infermieri, che ha lo scopo di affrontare i più comuni problemi legati ad una scorretta igiene orale dei pazienti ospiti delle RSA e fornirà le istruzioni di base per poter garantire il mantenimento di una buona salute della bocca. Una parte rilevante verrà poi dedicata alle informazioni utili a intercettare patologie locali e sistemiche le cui manifestazioni si evidenziano già nel cavo orale.

L'evento, accreditato ECM, verrà registrato e messo a disposizione degli interessati anche sul sito dell'Ordine.



IL PAZIENTE IN RSA: LA SALUTE COMINCIA DALLA BOCCA



Evento Formativo Aziendale
n. 131-40042

26 marzo 2022
Webinar in diretta



PROGRAMMA

- 09,00 Introduzione, presentazione e obiettivi del corso
Dott. Gian Paolo Damilano
- 09,15 Correlazioni tra salute generale e salute orale. Nozioni di base di una corretta igiene orale
Dott. Roberto Gallo
- 11,00 Semeiotica delle lesioni orali e diagnosi differenziale
Dott. Luigi Giovanni Nivoli
- 12,45 Questionario di apprendimento e Valutazione del gradimento ECM
- 13,00 Termine lavori

OBIETTIVI

Obiettivi Formativi: Nel Convegno si affronteranno i più comuni problemi legati ad una scorretta igiene orale dei pazienti ospiti delle RSA e verranno fornite le istruzioni di base per poter garantire il mantenimento di una buona salute della bocca.
Inoltre si forniranno informazioni utili a intercettare patologie locali e sistemiche le cui manifestazioni si evidenziano già nel cavo orale.

Obiettivo Nazionale: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere

Obiettivo Regionale: area specialità mediche

Dossier formativo: Obiettivo Tecnico Professionale

INFORMAZIONI

Destinatari: Medici, Infermiere

Denominazione provider: ASL CN1

Crediti ECM: 3

Numero massimo di partecipanti: n. 150 di cui

- n. 70 posti riservati a Medici

- n. 80 posti riservati a Infermieri

Durata complessiva: N. 4 ore

Condizioni per ottenere l'attestato di partecipazione all'evento e l'attestato crediti ECM:

- frequenza: 100% delle ore del Corso,
- superamento verifica di apprendimento
- compilazione dei questionari di Gradimento Docenti e Gradimento Corso sul [Portale ECM](#)

Procedura di valutazione: questionario

MODALITA' D'ISCRIZIONE

L'iscrizione è gratuita ma obbligatoria e può essere effettuata:

SE GIÀ REGISTRATI SUL PORTALE ECM

- on-line all'indirizzo www.formazioneaslanpiemonte.it:
 - accedere all'AREA RISERVATA utilizzando utente e password
 - consultare OFFERTA FORMATIVA ACCREDITATI
 - nella colonna di sx scegliere nel TIPO ORGANIZZATORE
 - FUORI SEDE se non dipendente ASL CN1
 - IN SEDE se dipendente della ASL CN1
 - scegliere il corso e cliccare su GESTIONE ISCRIZIONE
- Il sistema rilascia un modulo di pre-iscrizione
- attraverso la app **Formazione Sanità Piemonte (FSP)** scaricabile sui propri dispositivi secondo le modalità previste dall'applicativo in dotazione (iOS o Android)

Se NON REGISTRATI SUL PORTALE ECM

collegarsi all'indirizzo www.formazioneaslanpiemonte.it

- accedere all'area **Iscrizioni Online**
- nell'area EVENTI RELATIVI AL SEGUENTE ORGANIZZATORE scegliere ASL CN1
- scegliere il corso e cliccare sull'icona ISCRIZIONI seguendo la procedura

RELATORI E MODERATORI

DAMILANO Gian Paolo

Libero Professionista - Presidente CAO Cuneo

GALLO Roberto

Libero Professionista - Consigliere CAO Cuneo

NIVOLI Luigi Giovanni

Libero Professionista - Consigliere CAO Cuneo

RESPONSABILE SCIENTIFICO

DAMILANO Gian Paolo

Libero Professionista - Presidente CAO Cuneo

DIRETTORE DEL CORSO

Grazia Maria ALBERICO

Responsabile SS Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità ASL CN1

PROGETTISTA

PEIRONA Alessandra

SS Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità ASL CN1

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

LONGOBARDI Francesco

SS Formazione Sviluppo delle Competenze e Qualità ASL CN1

francesco.longobardi@aslcn1.it Tel 0171/450186

SCADENZA ISCRIZIONI

20 MARZO 2022

(salvo esaurimento posti)

L'iscrizione è subordinata al parere del Direttore del Corso.

Verrà inviata mail con le indicazioni e i link di accesso alla Piattaforma WEB alla chiusura delle iscrizioni.

MEDICI

PRIMA ISCRIZIONE

CESANA Eleonora	Borgo S. Dalmazzo
MORELLI Noemi	Borgo S. Dalmazzo

MEDICI

ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

PATRIZIO Andrea	Bologna
-----------------	---------

MEDICI

CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

MORRA Graziella	Cuneo
REDANA Stefania	Sutton Regno U

MEDICI

DECEDUTI

MARCHETTI Giuseppe	Peveragno
MENARDO Valentino	Cervasca
PALMIERI Giuseppe	Bra

Odontoiatri

PRIMA ISCRIZIONE

ORLANDO Alessandra	Cuneo
GARINO Eric	Gaiola

ODONTOIATRI

ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

CRISTIANO Antonio Luigi	Torino
FERRERO Giorgio	Torino
MANTOVANI Edoardo	Torino

ODONTOIATRI

CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

MORRA Graziella	Cuneo
-----------------	-------

NECROLOGIO

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

MARCHETTI Dr Giuseppe
Medico Chirurgo di anni 76

MENARDO Dr Valentino
Medico Chirurgo di anni 66

PALMIERI Dr Giuseppe
Medico Chirurgo di anni 74

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



ORDINE DEI MEDICI
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di Cuneo

Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991
CUNEO, Via Mameli, 4 bis Tel. **0171.692195**

Direttore responsabile:
Andrea Giorgio Sciolla

Comitato di redazione:
B. Allasia, C. Blengini, R. Gallo, G. Mozzone,
A. Pellegrino, M. Vallati

Comitato scientifico:
F. Borghi, Q. Cartia, L. Fenoglio, L. Vivalda

***METAFORE CUNEO**