

312022

ORDINE DEI MEDICI
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo



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 il: 15 settembre 2022.



Anche in piena estate, per fortuna, ci siamo potuti avvalere di collaborazioni validissime e fresche nonostante la copertina del Notiziario (Il deserto dei Tartari) possa ambiguamente suggerire una certa tendenza al disimpegno balneare.

In questo numero il dottor Goglia, ormai nostro assiduo collaboratore, presenta una panoramica ampia e dettagliata sulla professione medica, partendo dalle norme che ne definiscono i contorni legislativi per arrivare ad interessanti e critiche considerazioni personali.

L'angolo riservato alle Commissioni è occupato dalla sola Commissione Evidence Based Clinical Practice (EBCP) ed a firma del dr Elvio Russi ci riporta un esempio di analisi critica condotta sullo studio "Eccesso di mortalità da Covid - 19" pubblicato sul Lancet.

Abbiamo quindi il contributo di un collega che non ha bisogno di molte presentazioni, essendo da decenni un riferimento in ambito oculistico, ovvero il dottor Guido Caramello, il quale ci espone le novità terapeutiche riguardanti la chirurgia refrattiva in Oftalmologia, anche attraverso una breve storia della stessa.

Seguono le locandine di numerosi incontri scientifici che prenderanno vita all'interno della nostra Provincia (ed anche fuori) nonché dei Corsi e degli Eventi organizzati dal nostro Ordine, in aggiunta alle comunicazioni di Segreteria.

Infine ci fa molto piacere ospitare la recensione di un libro scritto dal nostro collega Giuseppe Amato che si addentra, con l'artificio del romanzo, nei meandri oscuri del fine vita.

LA PROFESSIONE MEDICA: UN APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE

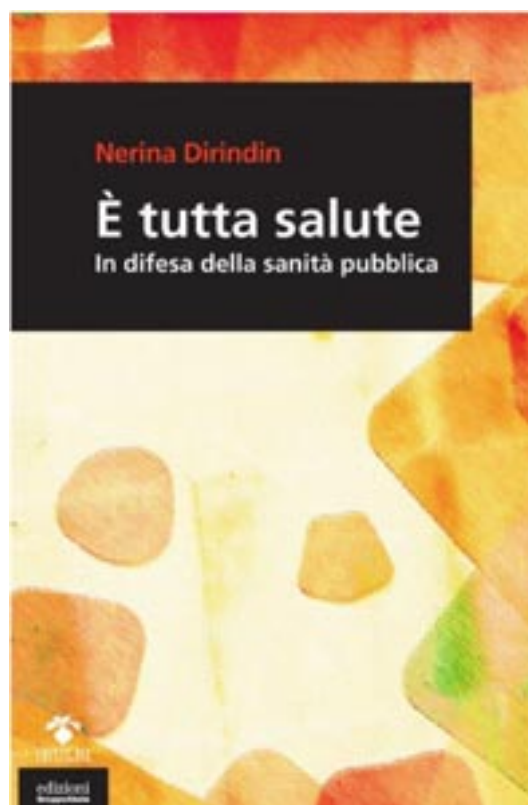
Nel saggio "È tutta Salute. In difesa della sanità pubblica" (Edizioni Gruppo Abele, 2018 - Torino) Nerina Dirindin, professore associato di economia pubblica e politica sanitaria presso l'Università degli Studi di Torino, e già senatrice della repubblica nella XVII legislatura, ci offre una occasione di profonda riflessione sulla complessità dei sistemi socio-sanitari, sulla loro rilevante connessione con lo sviluppo delle civiltà e con i diversi livelli economici e finanziari che vengono interessati.

Molti dei temi trattati vengono posti in maniera diretta e franca davanti alla problematica della preservazione della salute pubblica, con spirito di concreta conoscenza e sincera motivazione nel voler affrontare i nodi che minano il sistema sanitario pubblico, frutto di numerosi decenni di conquiste sociali e di diritti acquisiti spesso con non poca fatica.

La storia tuttavia ci insegna che nulla è per sempre, ed anche le conquiste sociali - al fine di una sana conservazione - necessitano di aggiustamenti ed aggiornamenti frutto del proprio tempo, scervi da atteggiamenti ideologici o precostituiti. A questo proposito, appunto, l'autrice ci aiuta a delineare le possibili debolezze del nostro sistema, con il proposito di affrontare le inefficienze dei mercati operando una "buona politica", soprattutto attraverso l'intervento pubblico, in termini di spesa sanitaria di welfare. Ma quale è l'offesa più grande che si possa perpetuare nei confronti del sistema e della ricerca della salute pubblica? Sicuramente l'indifferenza.

Ebbene, l'indifferenza rappresenta il pericolo più profondo e pernicioso per la manutenzione del sistema sanitario nazionale, in quanto porta - nel tempo - ad una disaffezione profonda da parte di tutti gli attori del sistema stesso.

Al fine di meglio comprendere perché siamo arrivati al punto che ben conosciamo, con le numerose criticità diffuse, è opportuno approfondire l'argomento ragionando con uno sguardo di prospettiva cronologica.



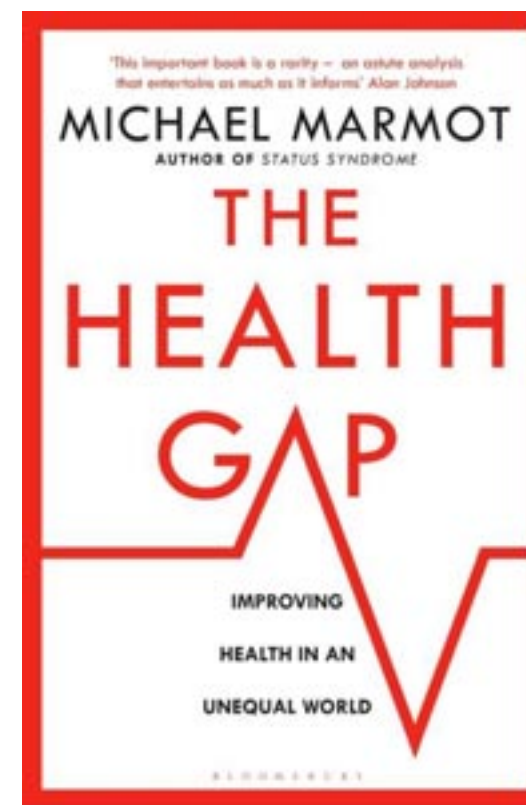
CONTESTO

La storia del SSN parte probabilmente con la Legge Pagliano-Crispi del 1888, che trasforma la polizia sanitaria in sanità pubblica, passa attraverso il Testo unico delle leggi sanitaria (1907), trovando nell'articolo 32 della Costituzione la sua forma più elevata di tensione ideale: la salute è un diritto fondamentale dell'individuo e nello stesso tempo interesse della collettività. Ma è senza dubbio con la Legge 833 del 1978 che, con la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, si pongono le basi organizzative dei servizi e delle attività che



rappresenteranno il core della messa a terra di tali principi. Gli anni 90 del secolo scorso sono invece testimoni di due decreti di riordino (D. Lgs 502/92, Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo, anticipata dalla L. 412/1991 sulla Centralità delle regioni nel controllo della spesa sanitaria e unicità del rapporto di lavoro del medico, e dal D. Lgs 229/1999, Ministro della Sanità Rosy Bindi): ebbero oggi i modelli organizzativi del lavoro dei professionisti della salute sono fondamentalmente frutto, in parte modificati dalle varie autonomie regionali ed aziendali, della legislazione di questi anni.

Dopo 30 anni dal D. Lgs De Lorenzo, quale è la situazione reale e concreta delle condizioni e delle prospettive di lavoro di uno dei principali protagonisti dello scenario socio-sanitario, cioè del medico?



Prima di analizzare alcuni aspetti, vorrei ricordare la lezione - già ampiamente citata e sottolineata dall'autrice - di una delle menti più lucide del panorama scientifico internazionale, il Professor Michael Marmot, docente di Epidemiologia e Sanità Pubblica presso l'University College di Londra (*The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*, 2015) che, dopo aver dimostrato come le disuguaglianze nella salute siano importanti non solo sul benessere delle persone, ma in quanto indicatori del grado di giustizia sociale e del livello di civiltà di un paese, ci offre degli spunti di analisi costruttiva al fine di ottimizzare i livelli organizzativi dei sistemi sanitari. Le politiche sulla salute dovrebbero:

- a) tendere a migliorare la formazione e l'istruzione dei propri cittadini
- b) valutare il paziente nel suo insieme di persona e non solo come portatore di una patologia
- c) incoraggiare la condivisione delle professionalità e la multidisciplinarietà

d) sensibilizzare e promuovere tutti quei comportamenti ed attività atte al miglioramento dei determinanti della salute (Advocacy)

Questi quattro principi, tutti condivisibili, devono però trovare una *organizzazione del sistema sanitario che si adoperi fattivamente a proteggere e promuovere condizioni di vita lavorativa adeguate e soddisfacenti per i propri lavoratori*: il sistema deve comportarsi come un "datore di lavoro virtuoso".

Chi è attualmente il principale "datore di lavoro" del sistema pubblico? Il SSN attraverso i SSR e le articolazioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dei territori che, con un rapporto di dipendenza o di convenzione, si servono delle professionalità formate dai circuiti accademici nazionali (o internazionali).

SITUAZIONE ATTUALE

Quale è la situazione, a distanza appunto di tre decenni dal D.Lgs 502/1992? Tra i numerosi approfondimenti presenti sulla "questione medica" segnalo questo titolo, da un articolo del 21.4.2021 di Sanità24, del Sole24 Ore: "Questione Medica / FNOMCEO: Dottori sfiduciati e stressati, subito risorse speciali per i contratti e via il tetto alle assunzioni". La ricerca dell'Istituto Piepoli certifica il malessere dei medici per i quali, nel corso della pandemia, il carico di lavoro è cresciuto del 37% sul territorio e più del 28% in ospedale, mentre quasi un ospedaliero su 5 ha dovuto cambiare reparto. Si dichiarano "stressati" il 90% dei medici del territorio, il 72% dei medici ospedalieri, l'80% dei medici ambulatoriali, il 62% degli odontoiatri.

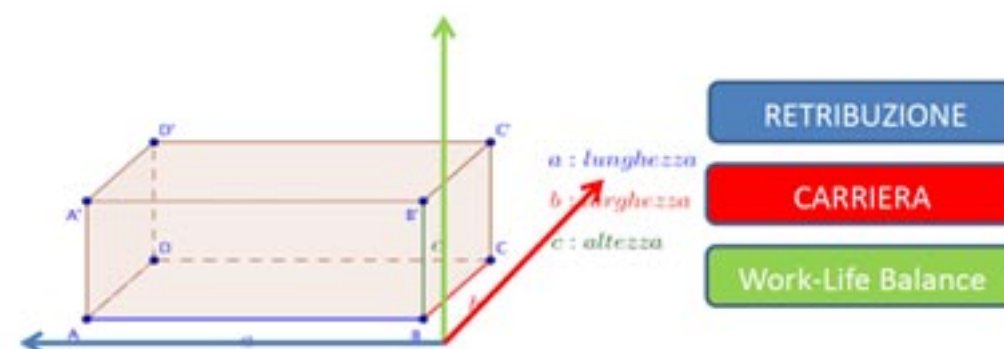
Ma quali sono i punti di forza e le maggiori criticità dal punto di vista dei cittadini? La **17ma edizione del Rapporto Sanità** elaborata dal **Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità)** è stata intitolata "Il Futuro del SSN: vision tecnocratiche e aspettative della popolazione". Alla domanda su quali fossero gli elementi di maggiore soddisfazione del SSN, il primo ed inequivocabile punto non è stato quello di ottenere farmaci o servizi quasi del tutto gratuiti, ma la possibilità di avere un MMG (54,2%) e la elevata qualità dei medici (39%). La qualità dell'infermiere, da questo sondaggio, non raccoglieva lo stesso gradimento (13,2%). In maniera speculare, alla domanda su quali fossero le maggiori inefficienze del SSN, la reperibilità (8,6%) e la professionalità (9,9%) del personale medico sono risultate le meno significative, individuando invece in problematiche di natura organizzativo-amministrative i disagi maggiori, come la quantità di giorni di attesa per un appuntamento (38,9%), la difficoltà a prenotare telefonicamente gli appuntamenti (35,6%) o la mancata prossimità delle visite e delle prestazioni (19%). In conclusione i cittadini credono ancora molto nelle capacità professionali e nelle qualità dei medici, mentre non ritengono soddisfacente gli esiti del modello organizzativo non-clinico, frutto e sedimentazione di scelte e strategie squisitamente di pertinenza amministrativa (come i call center, i centri unici prenotazione, la dislocazione geografica delle risorse, tutte scelte nelle quali i clinici sono stati fortemente esclusi).

È pertanto evidente che il professionista medico rimane ancora oggi la risorsa più riconosciuta nella popolazione e di livello formativo più elevato tra gli attori del sistema.

Vista la profonda crisi che tuttavia la professione medica sta vivendo, la domanda è: il sistema è stato sin qui attento a "proteggere" e "difendere" queste figure, come suggeriva il Prof Marmot? si è comportato da buon datore di lavoro, attento alle esigenze dei clinici?

PROPOSTA

A questo proposito possiamo dire che la qualità complessiva di qualunque attività lavorativa può essere valutata attraverso tre principali dimensioni, che permettono di costruire un parallelepipedo rettangolo (segue grafico ispirato alle tre dimensioni dell'universalismo sanitario, WHO, *The World Health Report*, 2010).



La prima dimensione è data dal **livello retributivo**, ovvero quanto un lavoratore guadagna, la seconda dimensione dalla **carriera**, ovvero di quanto il sistema offra occasioni ed opportunità di crescita professionale e di responsabilità, che è connesso fortemente con il livello retributivo, mentre la terza dimensione è data dal cosiddetto **Work-Life Balance**, ovvero il bilanciamento tra impegni ed oneri lavorativi e la vita extra-lavorativa (vita affettiva, tempo libero, famiglia, etc...). La matrice imprescindibile nella quale viene costruito il solido sopra descritto, è la tipologia contrattuale, ovvero la quantità e qualità di protezioni assistenziali di cui gode il professionista della salute che come è ben noto, è massima se consideriamo il lavoratore dipendente pubblico, minima se consideriamo il libero professionista puro, intermedia se consideriamo il professionista convenzionato puro (MMG/PLS) o cosiddetto para-subordinato (Specialista Ambulatoriale). Sulla dimensione del **livello retributivo**, possiamo fare riferimento all'ultima pubblicazione dei dati OECD (*Health a Glance*, 2021) che ci indicano di quanto la retribuzione, quindi gli stipendi, dei medici siano maggiori del salario medio di ciascun Paese. L'Italia presenta un rapporto di 2.3, che espresso in dollari si aggira intorno agli 80mila, ultima insieme alla Spagna tra i grandi paesi europei, visto che Gran Bretagna, Germania e Olanda presentano una retribuzione media tra i 140-160mila dollari. È tuttavia evidente che questi sono dati medi e che considerano principalmente il personale dipendente pubblico, mentre non vengono considerati gli aspetti legati alla libera professione, che può essere molto differente in funzione del tipo di specializzazione e del livello di competenza raggiunta.

Per quanto riguarda la **carriera**, dal 2010 al 2018 si è osservato un continuo e progressivo declino dei posti letto totale / 1000 abitanti, passando dai 380 ai 320 posti letto del 2017-2018 (dato su istituti pubblici e case di cura private accreditate, Osservatorio CPI su Dati Ministero della Salute, Open Data e Istat), e di pari passo si è osservata una progressiva riduzione del numero di Strutture Complesse (dal 2009 al 2019, da 9691 a 6629, ovvero meno 31,5%) e di Strutture Semplici (da 18536 a 10368), e quindi dei relativi Direttori e Responsabili. A questo si aggiunga la progressiva riduzione del numero delle ASL (conseguenza degli accorpamenti di più aziende precedentemente diffuse sul territorio, sino ad arrivare a realtà di aziende sanitarie regionali uniche). Il **Work-Life Balance** è l'ultima dimensione, ma sempre più emergente tra le nuove generazioni, che dovrebbe essere presa in considerazione. *Rappresenta l'equilibrio tra gli oneri lavorativi* (dati evidentemente dai livelli retributivi di responsabilità) e tutto ciò che rappresenta *la vita extra-lavorativa* (quindi gli affetti, la famiglia, il tempo libero, la possibilità di prendersi cura del proprio benessere). L'esperienza pandemica e la possibilità del lavoro a distanza ha rappresentato l'ultimo volano per una consapevolezza diversa del lavoratore in generale ed anche del professionista medico, che ha visto erodere sempre di più la qualità e gli spazi per gestire ed accrescere una propria dimensione extra-lavorativa. Lavorare su tutte queste dimensioni, o direttrici, è oggi **non solo doveroso** per rispettare la figura professionale del medico, ed avere nei confronti di questo protagonista del complesso scenario della salute un atteggiamento da buon datore di lavoro, come ci indicava Marmot, **ma anche necessario**, visto che le opportunità e le scelte lavorative si sono nel tempo ampliate e diversificate. Agli inizi degli anni Novanta, quando videro luce i decreti di riordino del servizio sanitario, gli attori erano meno numerosi, ed il sistema sanitario nazionale rappresentava una sorta di monopolio privo di concorrenza. Ed oggi la concorrenza è molto agguerrita e popolosa: i poliambulatori di grandi gruppi sanitari crescono di numero e si accrescono di potenza di investimenti, in maniera agile, rapida e determinata e le cooperative alla ricerca di medici libero professionisti da immettere nel mercato lavorativo (anche pubblico) sono sempre più diffuse. Una visione moderna, innovativa e coraggiosa, che lasci da parte gli schematismi ed i pregiudizi ormai anacronistici di un passato recente ormai defunto non è più procrastinabile. È ormai necessaria una innovativa capacità strategico-politica, a tutti i livelli, coadiuvata da una generazione di manager capaci e liberi, che possa traghettare la professione medica nel sistema sanitario pubblico del prossimo futuro, abbandonando in maniera netta e decisa concetti e categorie di un mondo che esiste ormai solo nei manuali di storia sanitaria. Il futuro è nuovo, ma è già presente prepotentemente.

Umberto GOGLIA

Endocrinologia e Malattie del Ricambio

Specialista Ambulatoriale Interno - ASL CN 1

Coordinatore COMMISSIONE GIOVANI MEDICI OMceO - Cuneo

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 Elvio, BLENGINI Dr Claudio



Esempio di analisi critica EBM condotta sullo studio "Eccesso di mortalità da COVID-19" pubblicato su The Lancet

Ci viene chiesto di esprimere un commento metodologico EBP sul paper "Wang H, Paulson KR, Pease SA, Watson S, Comfort H, Zheng P, et al. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21. The Lancet. 2022 Apr 16;399(10334):1513-36."

L'articolo ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02796-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02796-3/fulltext)) proposto, indipendentemente dai contenuti, considerato dal punto di vista metodologico, potrebbe forse presentare, per una platea ampia di discipline cliniche, alcune difficoltà di analisi dal punto di vista epidemiologico.

Pertanto, leggendo questo corposo studio e non volendo fare alcun commento ad esso, si è pensato di utilizzarlo come base per alcuni suggerimenti, fornendo alcune prime "pillole tematiche" di evidence based medicine nell'approccio alla valutazione di un paper, attraverso alcuni interrogativi:

- si tratta di un paper di ricerca primaria o secondaria?
- qual è l'obiettivo dello studio e come potremmo tradurlo utilizzando l'acronimo "P.I.C.O." (Popolazione di studio, Intervento in studio, Confronto con lo standard di riferimento e Outcome dello studio)?
- qual è l'Outcome dello studio e può essere considerato come un outcome primario o secondario?
- qual è la differenza tra metodologia EBM e la metodologia statistica come rilevabile da questo studio?

Cominciamo con il primo quesito: si tratta di un paper di ricerca primaria o secondaria?

Ricordiamo prima, molto sinteticamente, la differenza tra i due tipi di ricerca:

- gli studi primari sono singole ricerche che hanno per "protagonisti dello studio" i soggetti esaminati (studi sperimentali/studi osservazionali);
- gli studi secondari sono quelli che riassumono e traggono le conclusioni da quelli primari. Nell'ambito degli studi secondari, si individuano: le revisioni (non sistematiche/sistematiche/metanalisi) e le linee guida.

Questo studio non si può definire primario, perché non acquisisce direttamente i dati, ma è uno studio più simile ad uno studio secondario che interroga altri database che raccolgono dati, ognuno con dei propri bias. Infatti, per la natura dello studio che ricerca in un'ampia e diffusa popolazione misurazioni di indicatori sanitari, è noto che questi sono raramente disponibili per ogni popolazione e periodo di interesse ed i dati disponibili potrebbero non essere comparabili. Così gli Autori adottano "Le linee guida per un reporting accurato e trasparente delle stime sanitarie (GATHER)" al fine di ispirarsi ad uno strumento che li aiuta ad utilizzare le migliori pratiche di reporting per gli studi che calcolano le stime sulla salute per più popolazioni (nel tempo o nello spazio) utilizzando **più fonti di informazioni**¹.

Dove si trova questa informazione?

Nei metodi, ma meglio esplicitata nell'appendice del paper (*sect. 1 overview*).

Le appendici spesso vengono trascurate nella lettura iniziale, ma sono essenziali per comprendere meglio elementi non riportabili nell'estensione dell'articolo stesso.

Inoltre, nel titolo l'affermazione "analisi sistematica" richiama all'utilizzo di un metodo di analisi di dati acquisiti. Infine, il lavoro è classificato da Lancet come una meta-analisi.

Relativamente al secondo quesito: qual è l'obiettivo dello studio?

Questo obiettivo lo ritroviamo descritto nell'introduzione dopo la giustificazione della necessità dello studio: "Our objective in this study was to estimate, globally and for each of the 191 countries and territories (and 252 subnational units for a subset of nations) included in our analysis (**questa è la popolazione in studio o "P"**), excess deaths due to the pandemic from Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021 (**questo è l'obiettivo dello studio o "O"**). Per meglio individuare gli altri elementi del quesito definibile dall'acronimo P.I.C.O. ci vengono incontro altre parti del paper, ma in particolare sempre l'appendice (*sect. 1 overview*) ove si specifica: "The aim of this paper is to use a novel method (Intervento utilizzato dai ricercatori sui dati o "I" dell'acronimo) to estimate total excess deaths attributable to the COVID-19 pandemic from (a) weekly and monthly all-cause death counts for before and during the pandemic, and (b) official reported counts of COVID-19 deaths."

Manca il termine "C" (Comparatore o Confronto); infatti, i ricercatori non si propongono un confronto con altri metodi, anche perché la ricerca di questo "Outcome Covid-relato" è recente e ci sono studi recenti non ancora maturi (da considerarsi standard di riferimento) che hanno valutato l'effetto della pandemia di COVID-19 sulla mortalità per tutte le cause durante le diverse fasi della pandemia, utilizzando una varietà di modelli per stimare la mortalità attesa durante la pandemia sulla base dei tassi passati e delle tendenze della mortalità per tutte le cause.

The Economist, il cui modello di stima che utilizza l'intelligenza artificiale non è stato sottoposto a revisione paritaria e produce l'unico altro insieme di stime di mortalità in eccesso correlata a COVID-19 per un periodo di tempo uniforme per un totale di 187 paesi inclusi nella loro analisi, indipendentemente dalla disponibilità dei dati di registrazione vitale.

Relativamente al terzo punto: qual è l'Outcome dello studio e può essere considerato come un outcome primario o secondario?

Ci può aiutare l'introduzione del paper in cui viene riportato il perché della scelta di questo Outcome - "l'eccesso di mortalità dovuto alla pandemia di COVID-19" - al posto di altri outcomes più primari (come ad es. "cumulative infections with SARS-CoV-19" ovvero "le morti confermate da COVID-19"). Infatti, l'outcome scelto dagli autori è definito come "la differenza netta tra il numero di decessi durante la pandemia (misurato in base alla mortalità per tutte le cause osservata o stimata) e il numero di decessi che ci si aspetterebbe sulla base delle tendenze passate nella mortalità per tutte le cause".

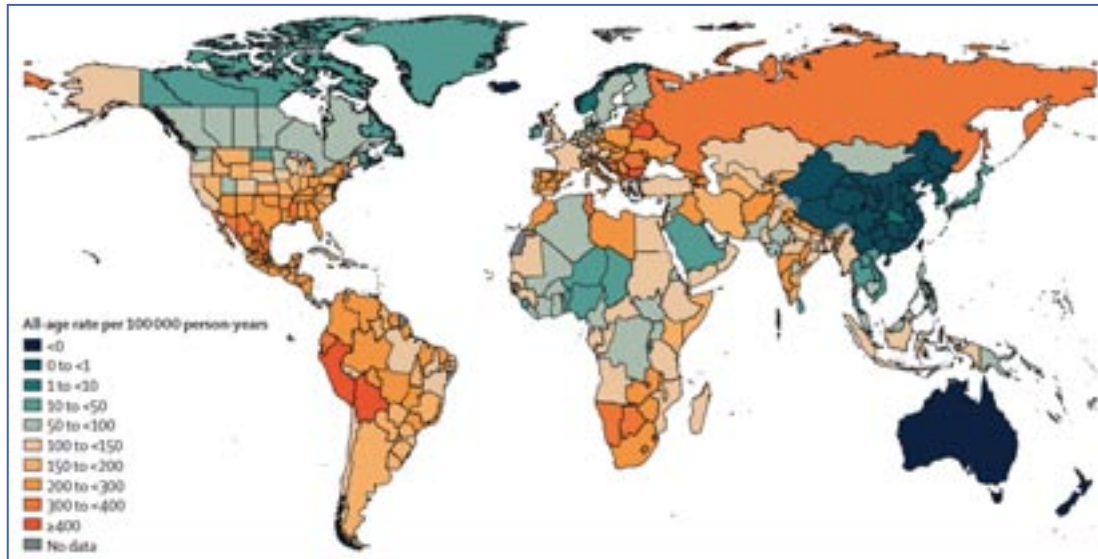
I vantaggi per gli Autori di questo outcome, che è più da valutare come secondario che primario (come ad es. le morti confermate da COVID-19), sono determinati dal fatto che questo endpoint è da considerarsi una misura cruciale del vero bilancio della pandemia da COVID-19 ed attenua alcuni bias che nascono nel caso di altri indicatori più diretti. Per fare alcuni esempi:

- 1) i sistemi di segnalazione sanitaria generalmente non elencano COVID-19 come causa di morte senza un test SARS-CoV-2 positivo, e quindi i decessi dovuti a COVID-19 non saranno rilevati nei conteggi ufficiali in luoghi con bassa capacità di test;
- 2) i sistemi nazionali per la registrazione dei decessi variano nella loro qualità e completezza, nonché nelle definizioni utilizzate per il conteggio dei decessi COVID-19;
- 3) nella comunità medica globale, non esiste un accordo universale su quando la morte di una persona infetta da SARS-CoV-2 debba essere segnalata come morte dovuta a COVID-19;
- 4) altri fattori, comprese le considerazioni politiche, sembrano aver impedito un'accurata segnalazione dei decessi in alcune località;
- 5) l'entità e la distribuzione di molte altre cause di morte potrebbero essere cambiate a causa delle risposte sociali, economiche e comportamentali alla pandemia, compresi la severità dei lockdown: ad es. obblighi di distanziamento sociale ed altre restrizioni pandemiche potrebbero aver ridotto i decessi per incidenti stradali ed averne aumentate altri, come i decessi per malattie croniche e acute influenzate dalla assistenza differita in sistemi sanitari sovraccarichi.

In queste condizioni, l'eccesso di mortalità può fornire una valutazione più accurata e globale dell'impatto sulla mortalità totale della pandemia da COVID-19 rispetto ai decessi segnalati per COVID-19; infatti, differenziare quanta mortalità in eccesso è dovuta all'infezione da SARS-CoV-19 e quanta è dovuta ad altri cambiamenti sociali, economici o comportamentali associati alla pandemia è impegnativo, soprattutto senza dati dettagliati sulle cause di morte specifiche in molti Paesi.

/1. Stevens GA, Alkema L, Black RE, Boerma JT, Collins GS, Ezzati M, et al. Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting: the GATHER statement. The Lancet. 2016 Dec 10;388(10062): e19-23.

Distribuzione globale del tasso di mortalità in eccesso stimato dovuto alla pandemia di COVID-19 per il periodo cumulativo 2020-21



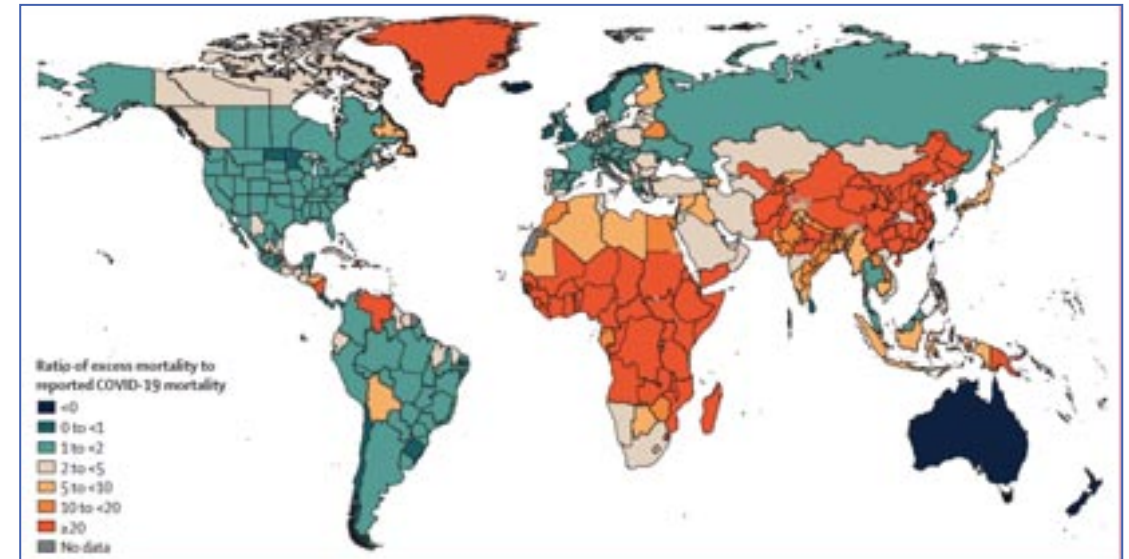
Infine, l'ultimo punto: qual è la differenza tra metodologia EBM e la metodologia statistica e cosa prevale in questo studio?

Volutamente non si è affrontata la metodologia statistica utilizzata dagli Autori per non confonderla con gli aspetti metodologici di valutazione di un paper riportati per esempio. Solo per chiarire viene riportata la frase dell'abstract che sintetizza la metodologia statistica usata dagli autori *"we built a statistical model that predicted the excess mortality rate for locations and periods where all-cause mortality data were not available. We used least absolute shrinkage and selection operator (LASSO) regression as a variable selection mechanism and selected 15 covariates..."*

Sicuramente la metodologia statistica fa parte della metodologia di valutazione di una evidenza scientifica (anzi ne è cruciale) ma anche senza avere elementi approfonditi di statistica (e rinviando agli specialisti la loro valutazione) è possibile sia comprendere come un paper si colloca nell'ambito delle evidenze disponibili sia valutare la consistenza di questo paper nell'ambito della letteratura scientifica esistente sull'argomento^{2,3,4}.

Altri aspetti rilevanti per valutare un paper vanno ricercati nella discussione; sono i limiti dello studio analizzati e riportati dagli stessi Autori (si veda pag. 21 del paper stesso). Dato il carattere sperimentale della metodologia statistica utilizzata, le limitazioni riportate nella discussione, il tipo di outcome utilizzato per analizzare la mortalità Covid-19 correlata, gli Autori non riportano conclusioni, ma delle "Interpretazioni" possibili dall'analisi dei dati raccolti. Interpretazione che di seguito riportiamo per soddisfazione del Lettore attratto dal finale di una trama:

Distribuzione globale del tasso di mortalità in eccesso stimato dovuto alla pandemia di COVID-19 per il periodo cumulativo 2020-21



"Il pieno impatto della pandemia è stato molto maggiore di quanto indicato dai decessi segnalati a causa del solo COVID-19. Il rafforzamento dei sistemi di registrazione dei decessi in tutto il mondo, da tempo considerati cruciali per la strategia globale di salute pubblica, è necessario per un migliore monitoraggio di questa pandemia e delle future pandemie. Inoltre, sono necessarie ulteriori ricerche per aiutare a distinguere la percentuale di mortalità in eccesso che è stata direttamente causata dall'infezione da SARS-CoV-2 e non dalle modificazioni delle cause di morte come conseguenza indiretta della pandemia."

Il Coordinatore Dr. Elvio Russi

2. Konstantinoudis G, Gómez-Rubio V, Cameletti M, Pirani M, Baio G, Blangiardo M. A framework for estimating and visualising excess mortality during the COVID-19 pandemic. ArXiv. 2022 Jan 17; arXiv:2201.06458v1.
3. Blangiardo M, Cameletti M, Pirani M, Corsetti G, Battaglini M, Baio G. Estimating weekly excess mortality at sub-national level in Italy during the COVID-19 pandemic. PLoS One. 2020;15(10): e0240286.
4. Banerjee A, Pasea L, Harris S, Gonzalez-Izquierdo A, Torralbo A, Shallcross L, et al. Estimating excess 1-year mortality associated with the COVID-19 pandemic according to underlying conditions and age: a population-based cohort study. Lancet. 2020 May 30;395(10238):1715-25.

LA CHIRURGIA REFRAATTIVA IN OFTALMOLOGIA: UN VENTAGLIO DI POSSIBILITÀ SEMPRE PIÙ AMPIO

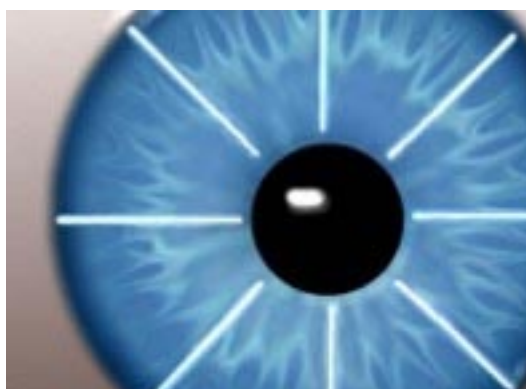
La chirurgia refrattiva viene da tempo utilizzata dai chirurghi oculisti per correggere i difetti visivi, dovuti ad un'errata messa a fuoco delle immagini sulla retina.

È importante ricordare che la maggior parte di tali vizi sono congeniti: lampante esempio ne sono l'astigmatismo, la miopia e l'ipermetropia. Non possiamo però dimenticarci dei vizi cosiddetti "secondari" poiché sviluppati dall'occhio in seguito a patologie oculari e/o traumatiche del bulbo.

Negli ultimi anni è stata inoltre riscontrata, forse a causa di un incremento dei livelli di esigenza dei pazienti, una forte richiesta di correzione dei difetti chiamati "post-chirurgici", ovvero di quei difetti che permangono a seguito di una chirurgia, come può essere, ad esempio, la rimozione della cataratta. Infatti, malgrado le avanzate tecnologie per valutare il potere del cristallino può accadere che, dopo l'intervento, rimanga un difetto di vista.

Al giorno d'oggi, fortunatamente, tutti i difetti visivi possono essere corretti ma è importante sottolineare che non tutti vengono corretti con la stessa tecnica chirurgica. Potremmo dire, infatti, che ogni difetto vuole "la sua tecnica".

Di fatto, la tecnica di chirurgia refrattiva da praticare viene innanzitutto scelta a seconda dell'età del paziente. Nei pazienti giovani (fino ai 50 anni) si lavora sulla cornea, la principale lente dell'occhio. Mentre nei pazienti di età superiore ai 50 anni viene normalmente eseguita una chirurgia intra-oculare. Tuttavia, come tutte le regole anche quest'ultima presenta talvolta delle eccezioni che sono principalmente legate all'entità del difetto visivo, alle condizioni anatomiche dell'occhio e ad eventuali patologie oculari associate.



UN'EVOLEZIONE CONTINUA INIZIATA 40 ANNI FA

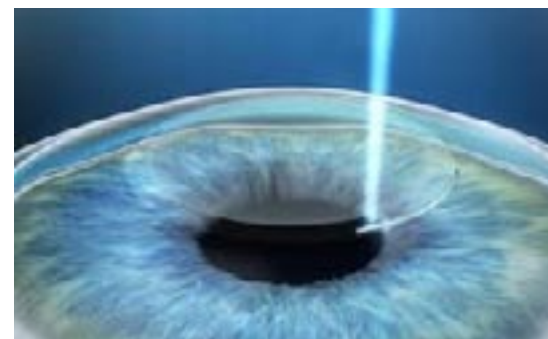
La chirurgia refrattiva corneale, praticata nei pazienti under 50, ha fatto la sua prima apparizione circa 40 anni fa in Russia con la **Cheratotomia Radiale**.

Fortunatamente, tale tecnica, proposta dal professor Fyodorov, fu presto abbandonata, poiché il conseguente sfiancamento progressivo della cornea causava un'ipermetropia associata ad astigmatismi irregolari

del difetto originale (miopia), determinando un'ipermetropia associata ad astigmatismi irregolari difficilmente correggibili.

Purtroppo molti pazienti operati con tale tecnica soffrono ancora oggi per le complicanze di questo trattamento.

Alla fine degli anni 80' Marguerite McDonald (USA) fu il primo oftalmologo ad utilizzare un laser sull'uomo per correggere un difetto visivo. Questa tecnica, chiamata **PRK** (Photorefractive Keratectomy) utilizza un laser ad eccimeri con una lunghezza d'onda nell'ultravioletto di 193 nm (nanometri) che consente di rimuovere parti microscopiche del tessuto corneale - senza danneggiare le aree vicine - e di modificare la forma della zona più importante della cornea per correggere la messa a fuoco.



Tuttora valida per la correzione di miopia e astigmatismo, la suddetta tecnica ha l'unico difetto di essere caratterizzata da un recupero visivo piuttosto lento (circa 3 mesi) e di causare al paziente un forte dolore nel post-operatorio (fino a 1 settimana).

Per continuare a ripercorrere la storia della chirurgia refrattiva, successivamente alla PRK venne introdotta la **LASIK** (*Laser in situ Keratomileusi*) che ebbe subito un grande successo per il rapido recupero visivo e lo scarso dolore provato dal paziente nel post-operatorio. Tale tecnica consisteva nel tagliare con un microcheratomo (strumento dotato di lama chirurgica) lo strato superficiale della cornea e, una volta sollevato quest'ultimo, nell'esecuzione del trattamento refrattivo con il laser ad eccimeri.

Il rischio di questa metodica risiedeva principalmente nell'utilizzo del microcheratomo poiché un'eventuale perdita della suzione durante la fase di taglio rischiava di danneggiare irreparabilmente la cornea. Per tale motivo, nonostante la LASIK fosse più "moderna", molti chirurghi continuarono ad utilizzare la PRK.

E così fu fino all'avvento di un'altra rivoluzione in questo campo caratterizzata, circa 15 anni fa, dall'introduzione del Femto Laser. Parliamo di rivoluzione poiché questo strumento, tutt'oggi ampiamente utilizzato, consente di eseguire i tagli chirurgici corneali senza bisogno di lame (microcheratomo), azzerando quindi tutti i rischi legati a tale procedura.

Il Femto Laser lavora ad una velocità di un secondo elevato a meno 15 (come dire 1 secondo rispetto a 37 anni) per creare dei micro spot (di un micron) nel tessuto corneale con la formazione di un plasma che determina una separazione, alla profondità stabilita, delle lamelle corneali. Questo laser è un componente fondamentale della tecnica di chirurgia refrattiva attualmente più utilizzata e considerata "gold standard" per la correzione dei difetti visivi.

Tale tecnica, chiamata **Femto Lasik**, viene eseguita utilizzando due laser diversi: il Femto-Laser e il Laser ad eccimeri. Il primo è utilizzato per effettuare il flap corneale, il secondo è invece responsabile del vero e proprio trattamento refrattivo sulla cornea.



La procedura chirurgica, oggi forse la più utilizzata, avviene tramite i seguenti passaggi:

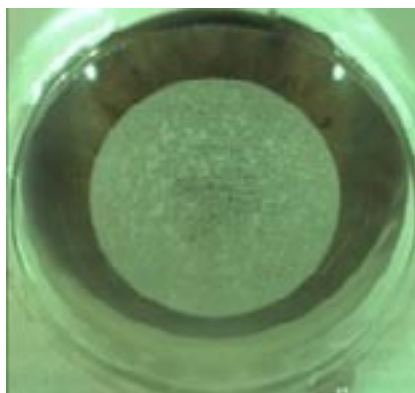
- Il chirurgo posiziona l'occhio del paziente a contatto con il Femto Laser (docking) e aziona il laser che esegue il taglio sulla cornea.
- A taglio eseguito, il paziente viene posizionato sotto il secondo laser, quello ad eccimeri. Qui, il chirurgo utilizza una spatola smussa per sollevare il flap corneale, precedentemente creato dal Femto-Laser, e aziona il laser ad eccimeri che, dopo aver riconosciuto e fissato l'occhio con un eye-tracker (sistema di puntamento) esegue il trattamento refrattivo sulla cornea.

- Terminato il trattamento (il laser corregge una diottria in 1,2 secondi) il chirurgo riposiziona il flap corneale, che non necessita di punti di sutura. Il trattamento si considera concluso e il paziente può essere dimesso.

lizza una spatola smussa per sollevare il flap corneale, precedentemente creato dal Femto-Laser, e aziona il laser ad eccimeri che, dopo aver riconosciuto e fissato l'occhio con un eye-tracker (sistema di puntamento) esegue il trattamento refrattivo sulla cornea.

UN UNICO LASER PER UNA SICUREZZA SEMPRE MAGGIORE

A questa metodica, da alcuni anni, si sta affiancando la tecnica "all femto" in cui il difetto visivo, grazie a una straordinaria evoluzione del laser, viene corretto utilizzando solo il Femto Laser. Tale tecnica è arrivata sul mercato con il nome di **"SMILE"** - tecnica legata al costruttore laser Zeiss - e sta continuando ad evolversi nel tempo. Al Femto-Laser Visumax Zeiss, sul mercato si è infatti recentemente affiancato quello della Schwind, altra importante azienda tedesca specializzata nella produzione di laser per la chirurgia refrattiva.



Presente a Cuneo da marzo 2022 - prima città italiana a disporre - il laser della Schwind non prevede più la creazione del flap corneale prima di eseguire il trattamento refrattivo. Tale laser consente infatti al chirurgo di eseguire un lenticolo intrastromale, del potere utile a correggere il difetto del paziente, che viene estratto attraverso un taglio di 2mm. Questa tecnica, legata al laser della Schwind, è chiamata **"Smart Sight"**.

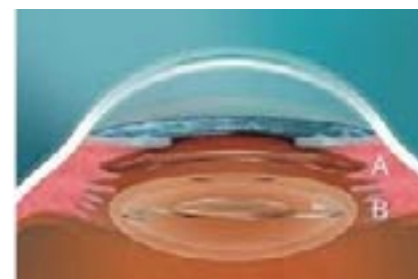
Poiché, non prevedendo tagli, preserva l'integrità dell'occhio al 100%, quest'ultima presenta importanti vantaggi rispetto alla precedente Femto-Lasik, soprattutto negli occhi con scarsa lacrimazione, così come nei pazienti che praticano sport da contatto o eseguono lavori violenti.

taggi rispetto alla precedente Femto-Lasik, soprattutto negli occhi con scarsa lacrimazione, così come nei pazienti che praticano sport da contatto o eseguono lavori violenti.

Possiamo concludere quindi che, indipendentemente dalla tecnica scelta, in soli 15/20 minuti le attuali tecnologie laser consentono di risolvere il difetto visivo, con scarso dolore e con un recupero funzionale quasi immediato (il giorno successivo all'intervento il paziente recupera già l'80% della visione), permettendo così la definitiva eliminazione di occhiali e lenti a contatto.

UN AMPIO VENTAGLIO DI TECNICHE: COME SCEGLIERE QUELLA PIÙ ADATTA AL PAZIENTE

Come dicevamo all'inizio, al giorno d'oggi tutti i difetti visivi possono essere corretti, è solo una questione di scegliere la tecnica più appropriata a seconda dell'età del paziente e dell'entità del difetto. Nei pazienti under 50, si opta infatti per la chirurgia corneale con tecnologia laser nel caso di correzione di ipermetropie e astigmatismi fino a 4 diottrie (+4) così come di miopie ed astigmatismi sino a 8/10 diottrie (-10).



Per i difetti di entità superiore, o quando una cornea troppo sottile o irregolare non consente una chirurgia laser, vengono solitamente impiantate le **Lenti Fachie** (ICL, EYECRYLPHAKIC IOL) così chiamate perché posizionate all'interno dell'occhio sul cristallino trasparente (si dice "occhio fachico" quell'occhio con proprio cristallino naturale).

Queste lenti hanno la capacità di correggere difetti visivi molto elevati (anche superiori a 20 diottrie di miopia) consentendo una qualità visiva eccezionale e risolvendo situazioni spesso invalidanti per il paziente.

Quando l'età del paziente supera i 50 anni, tutta la comunità scientifica è orientata a risolvere il difetto visivo con la sostituzione del cristallino naturale, anche se non ancora opacizzato (cataratta), con un cristallino artificiale ad alta tecnologia (lenti IOL).



Grazie alla tecnologia con Femto-laser, l'intervento risulta meno invasivo e vengono ridotti gli effetti negativi degli ultrasuoni sulle strutture endo-oculari (cornea, iride e capsula). Tecnica in assoluto meno invasiva e più conservatrice della struttura oculare, questo intervento, chiamato **"Femtocataratta"**, permette di correggere qualsiasi difetto visivo, compresa la presbiopia, in un paziente over 50.

Concluderei evidenziando la rilevanza di un'attenta valutazione medico strumentale di ogni difetto e di ogni paziente affinché il chirurgo possa dare le indicazioni corrette sulla tecnica più appropriata da eseguire per il difetto, il tipo di occhio e il paziente. Successivamente, qualora possibile, è importante eseguire il trattamento con la tecnologia più aggiornata per ottenere il risultato atteso dal paziente e la sua completa soddisfazione.

CUNEO - 3 settembre 2022 (2a edizione)

Ordine Medici-Chirurghi e Odontoiatri Provincia Cuneo - Via Mameli 4 bis

PRE-HOSPITAL TRAUMA CARE

CORSO INTENSIVO TEORICO-PRATICO DI SUPPORTO VITALE
AL TRAUMATIZZATO IN AMBITO PRE-OSPEDALIERO

Programma PTC modulo base

Il corso ha durata di 8 ore di formazione effettiva. È richiesta la massima puntualità (orario di registrazione 08.00 – 08.30)

Lezioni teoriche

- Introduzione, il metodo, Primary Survey, Secondary Survey, dinamica, anamnesi *dimostrazione del metodo PTC base mediante esecuzione di un megacode esplicativo*
- Presidi e tecniche di mobilizzazione e immobilizzazione

Dimostrazione a gruppi dei presidi e tecniche di mobilizzazione
e immobilizzazione con stazioni di:

- Corsetto estraibile, collare cervicale a paziente seduto, tavola spinale, manovra di Rautek
- Roll-over, rimozione casco, collare cervicale a paziente supino, immobilizzatori per arto, barella cucchiaino e materasso a depressione in rotazione con attività in aula)
- Organizzazione logistica di Ambulanza SET
Dimostrazione logistica ambulanza: D'Elia Diego, Nicola Cinzia
- Addestramento a gruppi mediante effettuazione di megacode
- Test teorico
- Valutazione pratica
- Consegna attestati e chiusura del corso

Il corso, riservato ai Medici-Chirurghi iscritti OMCeO CN, è gratuito

PARTECIPANTI: 15 Crediti ECM: 11,9

Responsabile del corso: BALESTRINO dr. Elvio

Docenti/Tutor titolari: CASELLI Manuel, CASTALDO Domenico, DI DONFRANCESCO Pierangelo, TOSETTO Selene, VILLAMAINA Floriana, ZOANETTI Sonia, ZAMICHEI Stefano

Docenti/Tutor supplenti: MERO Ilaria



TORINO - 16 e 17 settembre 2022

Accademia di Medicina (Via Po 18)

CONGRESSO NAZIONALE DELLA FONDAZIONE PER L'OSTEOPOROSI

Il Congresso Nazionale della Fondazione per l'Osteoporosi, sarà articolato in una prima giornata (16 settembre), riservata ai medici con erogazione di crediti formativi ECM, ed in una seconda giornata (17 settembre) dedicata alla popolazione in generale e con finalità divulgative.

Obiettivo dell'incontro con i Medici è affrontare scientificamente il problema del trattamento farmacologico dell'osteoporosi, che rappresenta da molto tempo una diffusa criticità in quanto, come si evince dai rapporti ministeriali che nel tempo si sono succeduti, è presente in Italia una notevole inappropriatezza nel trattamento della malattia: in particolare è stato evidenziato che moltissimi pazienti fratturati, quindi per definizione ad alto rischio di ulteriori fratture, non vengono adeguatamente trattati con farmaci in

grado di ridurre il loro rischio di fratturarsi nuovamente, mentre di converso moltissimi pazienti a basso rischio fratturativo ricevono un trattamento, pur non avendone sempre la necessità. Il Prof. Giancarlo Isaia (nella foto), Presidente della Fondazione manifesta "l'estrema necessità di tutelare anzitutto i pazienti che sono esposti a questa inaccettabile situazione di inappropriatezza terapeutica" e di conseguenza ha impegnato la Fondazione a "richiamare i Medici ad una maggior scrupolo prescrittivo con la finalità di ridurre sensibilmente il rischio di frattura nei loro Pazienti"

Obiettivo della seconda giornata, dedicata alla memoria della Presidentessa Cav. Lav. Claudia Matta, che ha profuso energie e risorse per diffondere la cultura della prevenzione dell'Osteoporosi, è di sensibilizzare i pazienti sulle modalità per prevenire l'Osteoporosi attraverso messaggi mirati sugli stili di vita adeguati e sui fattori di rischio della malattia che alcuni Medici specialisti avranno modo di divulgare con un linguaggio espositivo accessibile a tutti.



La partecipazione ad entrambi gli eventi è gratuita e per l'iscrizione o per ulteriori informazioni consultare i siti:

www.fondazioneosteoporosi.it

www.symposium.it/eventi

oppure contattare: Fondazione Osteoporosi (Tel. 011.0919607)

CUNEO - 17 settembre 2022

Ordine Medici-Chirurghi e Odontoiatri Provincia Cuneo - Via Mameli 4 bis

CORSO PBLSD CON ISTRUTTORI

Docenti/Tutor: Castellino, Giordano, Rosso, Tappi

Lezioni teoriche *Obiettivi e strategie di intervento in PBLSD*

Addestramento pratico

• LATTANTE:

- tecniche fasi C-A-B, tecniche di disostruzione da corpo estraneo nel lattante e bambino
- sequenza a uno e due soccorritori

• BAMBINO:

- tecniche fasi C-A-B-D. PLS e polso carotideo dal vivo
- sequenza a uno e due soccorritori
- Verifica teorica e pratica • Test di gradimento

CUNEO - 24 settembre e 19 novembre 2022

Ordine Medici-Chirurghi e Odontoiatri Provincia Cuneo - Via Mameli 4 bis

BLSD PER SANITARI - 5 ORE

Lezione in aula

Fondamenti del BLS e della defibrillazione semiautomatica precoce.

- Fasi del BLS
- Efficacia e sicurezza delle manovre di rianimazione cardiopolmonare e di defibrillazione
- Algoritmi di intervento

Addestramento a gruppi (rapporto istruttori/allievi massimo 1/6)

Fasi del BLSD

- fase A: pervietà delle vie aeree: iperestensione del capo, sollevamento del mento
- fase BC: MO-TO-RE e segni di circolo, polso carotideo, RCP
- fase D: spiegazione DAE

Sequenza BLSD con ritmo defibrillabile, non defibrillabile e DAE non immediatamente disponibile

Docenti/Tutor titolari: ROLFO Fabrizio, RACCA Emanuela,
BLENGINI Claudio, BEVILACQUA Angela

Docenti/Tutor supplenti: ACTIS Perinetti Emma, CALANDRI Giovanna



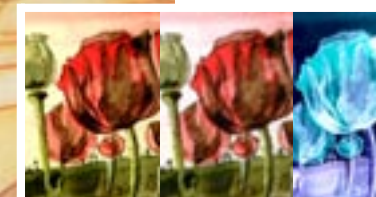
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia di Cuneo
Commissione Terapia del Dolore e Cure Palliative
www.omceo.cuneo.it



LA TERAPIA DEL DOLORE INCONTRA LE CURE PALLIATIVE II Edizione

Sabato 15 ottobre 2022
ore 8,15 - 13,30

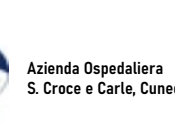
FOSSANO
Istituto d'Istruzione Superiore
via S. Michele 68

**Relatori e moderatori**

Claudio Blengini
Roberto Burello
Paola Culotta
Remo Galaverna
Alessandro Garibaldi
Dario Giaime
Giuseppe Guerra
Simona Mela
Elena Migliore
Alfonso Mollo
Fabrizio Motta
Enrico Obertino
Livio Antonio Perotti
Agnese Pizzorno

Responsabile scientifico:
Livio Antonio Perotti
Direttore del corso:
Grazia Maria Alberico
Segreteria organizzativa:
Alessandra Peirona
Formazione ASL CN1

Corso gratuito per professioni sanitarie eseguito in presenza nel rispetto della normativa anti Covid
Iscrizioni: **entro il 5/10/2022 sul sito**
www.formazioneasanitapiemonte.it
Accreditato ECM Crediti N. 7
Evento formativo N. 131-40201
Provider ASL CN1



FOSSANO - 15 ottobre 2022

Istituto di Istruzione Superiore, via S. Michele 68

LA TERAPIA DEL DOLORE INCONTRA LE CURE PALLIATIVE II^ EDIZIONE

Dal trattamento con oppioidi al catetere endovenoso fino alla terapia palliativa, per una pianificazione condivisa della cura e dell'assistenza nelle fasi avanzate di malattia.

Moderatori: Giuseppe Guerra, *Presidente OMCeO, Cuneo*

Paola Culotta, *Coordinatrice Corso di Laurea Infermieristica, Sede di Cuneo, Università di Torino*

Remo Galaverna, *Presidente O.P.I., Cuneo*

Alessandro Garibaldi, *Direttore Sanitario F.F. Presidio A.O.S. S. Croce e Carle, Cuneo*

Programma

ore

8,00 Registrazione dei partecipanti

8,15 Saluti delle Autorità

PRIMA SESSIONE: La terapia del dolore con farmaci oppioidi.

8,30 Tutto quello che avreste voluto sapere sugli oppioidi... e non osavate chiedere.

Un po' di domande a modo mio. *Claudio Blengini, Vice Presidente OMCeO Cuneo*

8,50 Come scelgo un oppioide: farmacocinetica, dinamica e possibili criteri di scelta.

*Elena Migliore, Dir. Medico 1° Liv. S. C. Medicina Interna, A.O.S. S. Croce e Carle, Cuneo.*9,20 Oppioidi ad alto dosaggio: come gestirli. Il problema della tolleranza e dell'uso improprio. *Alfonso Mollo, Dir. Medico 1° Liv. S.S.D. Terapia Antalgica, A.O. S. Croce e Carle, Cuneo.*

9,50 Un caso clinico da affrontare: strategie, domande e riflessioni.

Enrico Obertino, Direttore S.S.D. Terapia Antalgica A.S.O. S. Croce e Carle, Cuneo.

10,10 Discussione

10,30 PAUSA CAFFÈ

Corso gratuito in presenza per professioni sanitarie accreditato ECM (7 crediti)

Provider ASL CN1 Evento formativo N. 131-40201

Responsabile scientifico: Livio Antonio Perotti*Direttore del corso:* Grazia Maria Alberico*Segreteria organizzativa:* Alessandra Peirona Formazione ASL CN 1

Informazioni

Accreditato per massimo 100 partecipanti di cui 42 Medici-Odontoiatri, 42 Infermieri, 5 Farmacisti, 3 Psicologi, 3 Ostetriche, 5 Fisioterapisti

Modalità d'iscrizione:

iscrizione gratuita, ma obbligatoria.

Scade il 05/10/2022 e dev'essere effettuata on-line all'indirizzo:

www.formazione-sanitapiemonte.it

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

Verrà inviata mail a conferma dell'iscrizione al termine della chiusura delle iscrizioni.

INFO: www.omceo.cuneo.it Tel. 0171.692195

Programma

ore

SECONDA SESSIONE: Cateteri venosi a medio termine nel paziente in fase avanzata di malattia; una opportunità per la cura da condividere.

11,00 Stato dell'arte sui cateteri ecoguidati. Organizzazione team accessi venosi ASL CN 1

Agnese Pizzorno, Infermiera Specialista, Gestore Centri in rete PICC e Midline, ASL CN 1.

11,25 Accesso venoso in fase avanzata di malattia.

Dario Giaime, Resp. S.S. Terapia antalgica, Ospedale di Savigliano.

11,50 Dal catetere venoso alla condivisione delle scelte nella fase avanzata di malattia.

Fabrizio Motta, Dir. Medico S.S. Cure Palliative, ASL CN 1.

12,15 Quando e come attuare la palliazione?

*Simona Mela, Medico di Medicina Generale, ASL CN 2, Alba**Roberto Burello, Responsabile S.S. Cure palliative e Hospice, ASL CN 2, Alba*

12,50 Discussione

13,10 *Questionario di approfondimento e valutazione del gradimento ECM.*

13,30 Chiusura dei lavori

NB

Per ottenere l'attestato di partecipazione all'evento e l'attestato crediti ECM: frequenza 100% delle ore del convegno, superamento verifica di apprendimento (questionario), compilazione dei questionari di gradimento docenti e gradimento corso sul portale ECM.

Spettacolo di danza, musica, video arte e poesia
a corollario della 8° edizione di ILLUMINA NOVEMBRE

IL VIAGGIO - QUANDO L'ARTE INCONTRA LA MALATTIA...

"IL VIAGGIO", lo spettacolo multi artistico proposto da Monika Mayer-Pavlidis e da Penelope Gunter-Thalhammer, arricchirà, anche quest'anno, la Campagna Nazionale ILLUMINA NOVEMBRE di ALCASE Italia ODV. La prima dello spettacolo avrà luogo in Sala S. Giovanni, Cuneo, il 5/11/2022 alle ore 18. Come nell'ultima edizione di ILLUMINA NOVEMBRE, i Sindaci della città aderenti alla campagna di sensibilizzazione avranno la possibilità di offrire alla loro popolazione lo spettacolo, proiettandone la diretta streaming (trasmessa dalla pagina FB di ALCASE Italia) o, in differita, la versione in HD su YouTube. Ovviamente, tutta la folta comunità social di ALCASE (diverse decine di migliaia di follower) potrà goderne allo stesso modo.

La base dello spettacolo sono le poesie di Monika Mayer-Pavlidis, poetessa e scrittrice, ma anche ballerina e coreografa di fama internazionale, nonché le dichiarazioni dei pazienti che convivono con un cancro del polmone. Il filo conduttore sarà "Il Viaggio", ovvero il difficile viaggio nel tunnel della malattia da cui si uscirà, alla fine, tornando alla luce della vita.

Nell'interazione tra musica, danza, video-arte e poesia si cercherà di toccare le corde dell'anima dei presenti trasmettendo loro, con grande intensità, la condizione fisica e psicologica dei malati. Raccontando la strenua lotta contro

il cancro, i momenti di disperazione, i momenti di gioia e le ricadute, in un susseguirsi senza tregua di colpi di scena... fino alla vittoria finale. Perché è possibile prolungare la vita e guarire, persino di un cancro al polmone! E perché questo è il messaggio che si vuol lasciare ai malati: "Vola solo chi osa farlo". (Luis Sepúlveda). Aggiunge Monika Mayer-Pavlidis: "Musica, Luci, Danza, Poesia e VideoArte saranno gli strumenti artistici che daranno vita alla mia speciale performance. Essa sarà molto di più di una semplice lettura delle mie poesie e di un'interpretazione poetica delle dichiarazioni delle persone malate. Sarà un gioco di generi artistici e l'intermediazione tra arte e salute/malattia."

Dr. Gianfranco Buccheri

Consulente Medico e Responsabile per la Programmazione di ALCASE Italia ODV

www.alcase.eu, per ulteriori informazioni e contatti:

Prof.ssa Deanna Gatta, presidente di ALCASE Italia ODV cell. 339 703 7238

ALCASE Italia ODV (uffici di segreteria) Via Roncaia, 123 - 12012 Boves (CN)

Sig.ra Diana Miranda: 348-6955350; Sig. Daniela Calleri: 349 1065690

e-mail: segreteria@alcase.it

ALCASE è un acronimo inglese che sta per Alleanza (Alliance) per la lotta al cancro del polmone (Lung Cancer), attraverso la difesa dei diritti delle persone ammalate (Advocacy), il loro supporto materiale e morale (Support), e l'informazione a 360° sulla malattia (Education). ALCASE Italia è la prima organizzazione italiana non-profit esclusivamente dedicata a combattere la più diffusa e mortale delle neoplasie: il cancro del polmone. ALCASE opera da oltre 20 anni su tutto il territorio nazionale.



BUSCA - 18 settembre 2022

presso la Casa Francotto

PREVENZIONE PER TUTTE LE ETA' FITWALKING SOLIDALE 7^a EDIZIONE

La settima edizione del Fitwalking Solidalesi terrà a Busca il 18 settembre. L'iniziativa è aperta a tutti ed iscrivendosi si contribuirà alle iniziative di prevenzione cui verrà redistribuito l'incasso derivante la vendita dei pettorali.

Per informazioni:

fitwalkingsolidalebusca@gmail.com.

Casa Francotto, situata nel centro storico di Busca, è uno spazio espositivo della Città di Busca. L'edificio, di gusto eclettico, è nato su un preesistente impianto settecentesco.

CHIARIMENTO OBBLIGO FORMATIVO ECM IN MATERIA DI RADIOPROTEZIONE

Si rammenta che La Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha adottato, in data 12.11.2021, la delibera riguardante l'obbligo formativo in materia di Radioprotezione. La stessa richiama il D.Lgs. 31 luglio 2020, numero 101, il quale dispone che *"i professionisti sanitari che operano in ambiti direttamente connessi con l'esposizione medica e, limitatamente alle tematiche connesse ai criteri di giustificazione e appropriatezza, i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia, devono seguire corsi di formazione in materia di radioprotezione del paziente nell'ambito della formazione continua di cui all'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, numero 502 e successive modifiche"* (articolo 162, comma 2).

Inoltre, lo stesso D.Lgs. prevede che *"i crediti specifici in materia di radioprotezione devono rappresentare almeno il 10 per cento dei crediti complessivi previsti nel triennio per i medici specialisti, i medici di medicina generale, i pediatri di libera famiglia, i tecnici sanitari di radiologia medica, gli infermieri e gli infermieri pediatrici, e almeno il 15 per cento dei crediti complessivi previsti nel triennio per gli specialisti in fisica medica e per i medici specialisti e gli odontoiatri che svolgono attività complementare"* (articolo 162, comma 4).

(Attività radiodiagnostiche complementari: attività di ausilio diretto al medico chirurgo specialista o all'odontoiatra per lo svolgimento di specifici interventi di carattere strumentale propri della disciplina, purché contestuali, integrate e indilazionabili, rispetto all'espletamento della procedura specialistica D.Lgs. 101/2020, articolo 7).

BONUS CREDITI ECM

È stata pubblicata una deliberazione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua molto attesa da tutti i professionisti sanitari.

Nella riunione dell'8 giugno 2022 la stessa ha dato mandato al CoGeAPS di procedere al riconoscimento del bonus ECM di cui all'art. 5 bis D.L. 19 maggio 2020 n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

In particolare, il CoGeAPS, entro il 31/07/2022, procederà all'applicazione automatica della riduzione di 1/3 dell'obbligo formativo individuale triennale 2020-2022 nei confronti di tutti i professionisti sanitari sottoposti all'attività di formazione continua in medicina.

Sono stati così riconosciuti l'attività e l'impegno che i professionisti hanno assicurato durante il periodo dell'emergenza da COVID-19.

Tale bonus, per il cui ottenimento i sanitari non dovranno effettuare alcuna procedura per proprio conto, è visualizzabile all'interno dell'area riservata di ciascun professionista nel portale CoGeAPS a partire dal 31 luglio 2022 insieme a quelli già presenti, tra i quali ricordiamo il Dossier formativo di Gruppo che la FNOMCeO propone per ogni triennio. La costruzione del suindicato dossier ha consentito ad ogni medico e odontoiatra di acquisire immediatamente un bonus di 30 crediti formativi assegnati nel triennio 2020-2022; qualora il professionista lo svilupperà in coerenza, pari ad almeno il 70% relativamente alle tre aree entro il 31 dicembre 2022 (termine del corrente triennio), conseguirà gli ulteriori 20 crediti del bonus complessivo previsto (50) che gli saranno assegnati nel triennio successivo a quello in cui si è stato costruito il dossier (2023-2025).

I PRIGIONIERI DELL'ETERNITÀ

È plausibile che l'accanimento terapeutico venga elevato a dogma e il morire diventi il peggiore dei crimini? Che significato assumerebbe la vita in un mondo che ha sancito l'inammissibilità della morte? Fino a che limite si può spingere la scienza ai confini dell'immortalità? E con quale scopo?

Nel corso della mia professione di medico ho compilato migliaia di cartelle cliniche e acquisito dimestichezza con le regole del linguaggio scientifico. Non avevo intenzione di diventare uno scrittore e nessuna cognizione di come si creasse un libro. Non l'avrei mai avuta se, alcuni anni fa, le domande che ho esposto, e che sono alla base del romanzo che ho scritto, *I prigionieri dell'eternità*, non avessero occupato i miei pensieri obbligandomi a cercare delle risposte.



Mi ero reso conto, con rammarico, che la categoria di noi medici si stava abituando a prescrivere con troppa disinvoltura indagini e terapie, ma la loro necessità era discutibile, in particolare quando si affrontava il momento del fine vita dei nostri pazienti. Era come se stessimo riducendo la nostra opera a un mero intervento tecnico e smarrito i punti cardinali di una medicina guidata da una metodologia attenta alla relazione, in grado di curare persone e non solo le malattie, e nella quale il "fare di più non vuol dire fare il meglio".

Sia ben chiaro: io ho sempre creduto fermamente nel valore del sapere scientifico e nell'importanza di usufruirne per il benessere dei singoli individui e della comunità.

Avevo maturato l'opinione, tuttavia, che la nostra scienza avesse subito l'onda di una deriva tecnologica e fosse resa schiava di un regime globalizzato in cui la salute, la vita e la morte erano diventate le nuove frontiere di un consumismo senza limiti.

A tal riguardo, un giorno, mi era tornato alla mente un saggio che avevo letto tempo addietro e che ri-

fletteva sulla questione. Ipotizzava che il "mercato", raggiunta la saturazione dei beni materiali, avrebbe polarizzato il suo interesse sulla nostra salute e influenzato la concezione che attribuiamo al significato della vita umana, in modo da sfruttare i corpi delle persone, i nostri corpi, per consumare i prodotti dell'industria sanitaria. Lì per lì non colsi il significato di quello scritto ma, nel corso degli anni, quelle considerazioni mi hanno fatto vedere il nostro lavoro con delle lenti diverse e hanno dato vita alla storia narrata nel romanzo che ora propongo come occasione di riflessione e di dialogo.

I prigionieri dell'eternità è una sorta di "distopia sanitaria". Illustra una società in bilico tra il tabù della morte e il totem dell'immortalità, governata da leggi ferree e da un apparato sanitario che, anziché guardare alla realtà umana del paziente, è reso schiavo dalle regole di un sistema assoggettato al profitto.

Il romanzo è ambientato in una nazione immaginaria, Kaleydos, dove la morte è proibita e la medicina è sostituita da una dittatura che impone cure ostinate e accanimento terapeutico a chiunque si ammali. Il Sistema che governa Kaleydos ha imposto una religione fondata sulla sacralità della vita e sul dogma dell'immortalità, professata da una potente stirpe di ministri del Culto. Sono spalleggiati dalla Polizia sanitaria, un corpo speciale che sorveglia lo stato di salute della popolazione e applica i protocolli della Costituzione fino alla plastificazione dei corpi. Le persone che popolano questo mondo hanno raggiunto l'immortalità, ma ciò non è dovuto a una libera scelta. Le loro menti sono state rese docili dalla virtualizzazione, un procedimento cui tutti sono sottoposti dalla nascita e che consente ai vertici di questa società di controllare la loro esistenza. Alcuni giovani dissidenti osano sfidare i dettami imposti da questo regime e si coagulano attorno al Movimento, un gruppo politico che lotta per una società più giusta nella quale la medicina sia al servizio del malato e la politica uno strumento della democrazia e non un mero braccio del potere.

Un famoso psichiatra, la voce narrante del testo, espone il caso del protagonista del racconto: Santiago. Questi, non virtualizzato per volere della madre, è affetto da una grave forma di psicocarcinoma, un tumore della psiche con metastasi del pensiero e della fantasia, e vive quotidianamente una dolorosa lotta tra l'aspirazione a condurre una vita "normale", omologata al sistema al quale appartiene fin dalla nascita, e il bisogno di metterlo in discussione, cercando una strada più autentica ma inevitabilmente esposta all'inquietudine e alla sofferenza. Santiago viene costretto dal padre ad arruolarsi nella Polizia sanitaria nel cui ambiente vige una disciplina rigida e ottusa. Egli è destinato a omologare il suo comportamento a quello indifferente e distaccato degli altri ufficiali sanitari, ma l'incontro con una giovane donna, Mary, cambia per sempre la sua vita.

Mary è bella, indipendente, libera da tutte le imposizioni del mondo nel quale vive e, soprattutto, è un'esponente di spicco del Movimento. Al fianco della donna che ama e di cui ammira lo spirito ribelle, Santiago è consapevole di dover pagare a caro prezzo la decisione di diventare un dissidente. Ma scoprirà anche che non basta avere consapevolezza del proprio essere per combattere una società strutturata per annichilire l'individuo.

Il libro è dedicato, in particolare, a tutti coloro che sono stati miei pazienti.

Come medico mi sono impegnato a comprenderne le vicissitudini personali e familiari causate dal loro stato di salute e di alleviarne le sofferenze con i mezzi che avevo a disposizione. Dalla partecipazione alle loro vicende ho imparato molte cose. Con questo racconto ho cercato di dare voce alla loro richiesta di una "medicina dal volto umano".

Giuseppe Amato

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Bazzan Lorenzo	Alba
Bernocco Mirko	Cherasco
Bertello Eleonora	Cavallermaggiore
Bertolini Caterina	Savigliano
Bonetto Sara	Roddi
Bonino Gianluca	Castagnito
Botta Matteo	Savigliano
Brignone Chiara	Peveragno
Brignone Alba	Caraglio
Cavallero Camilla	Alba
Demagistris Emilio	Benevagienna
Dho Eleonora	Villanova Mondovì
Gallarate Marta	Saluzzo
Garcia Martinez Maria Del Castillo	Cuneo
Hila Amarildo	Cuneo
Imberti Giulia	Fossano
Meyer Ulrike	Villanova Mondovì
Osella Francesca	Cavallermaggiore
Paganelli Luca	Peveragno
Petracca Manuel	Cuneo
Pezzuto Mattia	Veza D'alba
Picotto Caterina	Bagnolo Piemonte
Rubiolo Francesca	Busca
Saglietto Federica	Alba
Salatin Mattia	Barolo
Sappa Gabriele	Ceva
Sarale Nicola	Beinette
Spertino Matteo	Cavallermaggiore
Xhakupi Henri	Saluzzo

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Romano Erica	Torino
Sacco Mauro	Biella
Serra Monica	Torino

MEDICI CANCELLAZIONE PER TRASFERIMENTO

Mina Emanuela Carlotta	Torino
Operti Bartolomeo	Torino
Russo Francesca	Imperia

MEDICI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Dolce Asencio Jose	Montà
Pressenda Massimo	Vinovo
Vola Roberto	Brusson

MEDICI DECEDUTI

Castelli Giovanni	Cuneo
Damiano Giovanni	Bossolasco
Riva Valerio	Cuneo

ODONTOIATRI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Sacco Mauro	Biella
-------------	--------

ODONTOIATRI CANCELLAZIONE PER TRASFERIMENTO

Operti Bartolomeo	Torino
-------------------	--------

ODONTOIATRI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Borra Cinzia	Alba
Andreotti Roberto	Verzuolo
Enrici Guido	Cuneo

NECROLOGIO

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

CASTELLI Dr Giovanni, Medico Chirurgo di anni 93
già Presidente dell'Ordine dei Medici e Segretario SUMAI della Provincia di Cuneo

DAMIANO Dr Giovanni, Medico Chirurgo di anni 71

RIVA Dr Valerio, Medico Chirurgo di anni 96

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



**Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e 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