

4|2022

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: 10 dicembre 2022.

NON È UN PAESE PER SOLI OTTIMISTI...



Questo numero del Notiziario non si può dire abbia nell'ottimismo il suo pilastro fondante, non certo per un eccessivo spirito critico di alcuni degli Autori ma per una semplice constatazione della realtà che ci circonda.

Nell'editoriale Blengini rimarca come la situazione sanitaria nel Paese sia sempre lontana da quella promessa nelle campagne elettorali e come oggi si paghino scelte sbagliate di anni ed anni in cui la Politica non ha avuto visioni di largo respiro e, soprattutto, in campo sanitario ha fatto scelte assolutamente non lungimiranti.

Una situazione che ha portato, e sta portando tuttora, ad un "abbandono" del posto di lavoro di medici che vanno in pensione senza poter essere sostituiti nelle loro funzioni, una realtà talora frustrante che rischia di portare alla disaffezione dei giovani nei confronti della nostra professione.

A conferma di quanto detto i dati provenienti dalla recente Assemblea Nazionale dell'Enpam: nel quinquennio 2016 - 2021 le nuove pensioni ordinarie dei medici sono aumentate oltre il 130% e nel campo della MMG le richieste sono salite al 241%.

È poi presente un articolo del dottor Damilano il quale ci parla della "sedazione cosciente", pratica sempre più proposta soprattutto in ambito odontoiatrico, cercando di analizzare quali siano gli aspetti normativi e deontologici coinvolti nell'utilizzo della stessa.

A riportarci alla Medicina clinica è Gianpaolo Carignano che riprende, aggiornandolo, il suo studio ecografico del torace in ambito dei pazienti Covid, evidenziando l'importanza di questo esame nelle varie fasi di trattamento di tale patologia.

A seguire la relazione di Livio Perotti riguardante il Convegno tenutosi a Fossano ed avente per argomento "Terapia del dolore e cure palliative" che ha visto con successo la partecipazione di numerosi esperti di settore, sia in ambito medico sia infermieristico. Ad ammantare il Notiziario di un velato sgomento è poi l'interessante l'articolo di Angelo Pellegrino che dopo una infarinatura tecnologica di base ci fa riflettere e tremare illustrando i drammatici scenari che si potrebbero presentare in caso di un attacco nucleare, ipotesi nemmeno da considerare col pensiero razionale ma che può purtroppo trovare spazio nei meandri della follia.

L'attiva Commissione ordinistica Tutela dell'infanzia e dell'Adolescenza ci presenta un evento formativo che si svolgerà il giorno 12 Novembre 2022 presso la sede dell'Ordine di Cuneo ed avente come argomento il "Diabete in età pediatrica: esperienze a confronto tra ospedale e territorio".

Infine, nell'angolo dedicato ai "libri di Medici" non prettamente inerenti argomenti di carattere scientifico, la gradita presentazione delle opere di due Colleghi "scrittori".

SANITÀ: WORK IN PROGRESS?

Che la situazione sanitaria di questo Paese sia in evoluzione non ci sono dubbi. Se in meglio o in peggio questo è ancora tutto da vedere. Partiamo dalle famose innovazioni e dai riassetamenti della fase pre-Covid. La maggior parte dei provvedimenti nazionali e locali di progettazioni, modifiche e implementazioni portava spesso alla fine del documento di indirizzo o di delibera la fatidica frase: "a costo invariato" o ancora: "senza ulteriori oneri economici" per lo Stato e/o per l'Azienda. C'è una schizofrenia esistenziale in questo Paese che rende speculari, quasi gemmati dallo stesso seme, Sanità e Politica nella fase deliberativa e applicativa dei provvedimenti. Ancora una volta in questo periodo pre-elettorale assistiamo a promesse roboanti da parte di molte delle forze politiche (e non è la prima volta), quasi fossimo nella stagione dei saldi dove tutto (ma davvero proprio tutto?) costa meno. Spesso si dice cosa si farà (o cosa si vorrebbe fare, qualcuno dice anche cosa si promette di fare), ma spesso ci si dimentica di dire con quali soldi lo si farà o lo si potrà fare. "Promesse da marinaio" dicono gli scettici, ma no, ci si affretta a smentire: sarà tutto vero! E così ancora una volta ci sentiamo raccontare il mondo dei sogni e delle fiabe. E dire che siamo già grandi... Eppure, tornare un po' bambini con tanti sogni e illusioni fa bene all'anima, cura la mente, ma contribuisce in modo sostanziale ad ampliare a dismisura il distacco dalla realtà dei fatti. Di solito poi accade che, quando ci si sveglia dal sogno, l'evidenza inoppugnabile della realtà (questa purtroppo non è più un sogno) fa aumentare i livelli di ansia e di insoddisfazione. E di solito dal sogno meraviglioso ci si sveglia presto, malamente, con quel gusto di amaro in bocca e con la sensazione ancora una volta, per la nostra ingenuità e faciloneria, di essere stati abbindolati o se preferite presi per il fondo schiena. E dire che se qualcuno bussasse alla nostra porta di casa offrendoci l'affare del secolo, proponendoci magari di sottoscrivere ad esempio un investimento a basso rischio che frutta un 20% netto al trimestre, lo metteremmo subito alla porta senza dargli ascolto. E questo è senza dubbio un segno di saggezza e di oculatezza, ma quando si parla di politica e di Governo è tutta un'altra musica. Stranamente adottiamo un altro metodo, chissà perché? Così Partenope, Leucosia e Ligea, le sirene di Ulisse ci tentano, riuscendo a convincerci ancora per l'ennesima volta. Sembra una storia già vista e ascoltata molte e molte volte, a cui però ogni volta ci appassioniamo e riusciamo a credere. Anche quest'anno settembre sarà un mese pieno di promesse e di sogni, ma già a ottobre il confronto con la dura realtà delle bollette di luce e gas, così come con i diktat della Finanziaria sarà per molti un duro e spiacevole risveglio. Già, la Finanziaria, se ne parla poco ora e tutti preferiscono farla fare agli altri. Visto che sembra potrebbe essere, guarda un po', ancora una volta "lacrime e sangue". Ma alla fine qualcuno la dovrà pur fare! Ma chi lo dice agli italiani? Sarà come sempre l'ennesima rappresentazione del gioco del cerino condita da uno scambio reciproco di accuse per non aver fatto questo o per non aver potuto mantenere questa o quella promessa. Dicevamo della schizofrenia esistenziale tra Politica e Sanità. Infatti, se la Politica ci ha

riempito e ci riempie di promesse, il governo della Sanità è sempre stato spargnino nel proporre innovazioni vere e realistiche, così come adeguamenti di stipendi e di personale. Se ricordate per molto tempo gli strateghi della Sanità ci avevano propinato che i medici in Italia erano troppi, che la professione era sovradimensionata rispetto alle esigenze del Paese. E così hanno continuato a tagliare i rami della pianta, con l'inconveniente di essere seduti dalla parte sbagliata del ramo. La caduta o meglio il tonfo è stato inevitabile e grandioso come accade a chi pota un grosso ramo di una pianta centenaria sedendosi con la motosega in punta al ramo da eliminare. E dire che disponevamo, o almeno così pare, di esperti e lungimiranti programmatori in grado di prevedere e pianificare i costi, le necessità e i bisogni di cittadini e medici con largo anticipo, con una visione prospettica e realistica del presente, ma soprattutto del futuro. I risultati sono sotto gli occhi di tutti. Basta volerli guardare e non girarsi dall'altra parte.

Così la gestione dell'epidemia ha fatto acqua fin da subito mancando il sistema di personale, mezzi e strutture. La mancata previsione e programmazione ha poi aumentato a dismisura i costi per la sua gestione. Costi non previsti che ricadono oggi sul bilancio della Sanità in primis e dello Stato poi, in misura di gran lunga maggiore che se si fossero programmati. Proprio la mancata prevenzione e programmazione ha fatto sì che quando di necessità si sono aperti i cordoni della borsa, fino ad allora per miopia istituzionale ostinatamente chiusi, la spesa giorno per giorno a piè di lista ha finito per aumentare a dismisura i costi sostenuti. Costi e conti che prima o poi ci verranno presentati e che con una attenta programmazione preventiva avrebbero potuto essere di gran lunga inferiori. Nessuno dice a quanto sia ammontato il disavanzo della Sanità per i costi non programmati dovuti al Covid in questi oltre due anni di pandemia. Ma soprattutto non ci dicono come farvi fronte pareggiando i bilanci senza ridurre le prestazioni erogate in numero e qualità e senza ulteriori aggravii di spesa o di debito pubblico. Ma tutti i nodi vengono al pettine e così anche questi, il problema per ora è solo quando e dove. I morti poi, medici e infermieri, dovuti alla grande generosità della Categoria che andava a braccetto con la scarsa disponibilità dei mezzi di protezione non ce li restituirà nessuno. Le responsabilità di tutto questo man mano che passa il tempo si stanno dissolvendo lasciando sempre più posto alla nebbia dell'indefinito, dell'incerto.



Alla fine, le responsabilità saranno di nessuno, per cui liberi tutti, nessun colpevole. Giustizia è fatta! I famosi "Angeli" sono ormai scomparsi dalla memoria a breve e a lungo termine, e la famosa promessa indennità per i familiari delle vittime ha avuto strada difficile prima di essere realizzata. Infatti, dopo un iniziale diniego da parte del Senato (che vergogna!) è stato solo grazie ad un decreto d'emergenza che è stato approvato il fondo da 15 milioni di euro per fornire un'indennità ai familiari (coniuge, figli o genitori) dei sanitari deceduti per Covid. Bella riconoscenza e dire che i morti sono stati tanti: 375 i medici e gli odontoiatri morti durante la pandemia, a cui si aggiungono 90 infermieri. Anche per le polizze assicurative dei medici è tutto da rifare. Quando sembrava ormai di poter tagliare facilmente il traguardo in dirittura di arrivo è arrivato lo stop del Consiglio di Stato. Il problema è nato dall'introduzione del sistema bonus/malus prevista dal regolamento del ministero, mutuandolo dal mondo automobilistico, ma che non era stata indicata dalla legge Gelli. In base a questo regolamento il premio assicurativo aumenta in caso di sinistro, ma questa procedura mal si adatterebbe al business pluriennale dell'assicurazione sanitaria, caratterizzato spesso da contenzioso legale. Il documento crea confusione anche su altri aspetti, dalle eccezioni opponibili dalle assicurazioni al diritto di recesso, e ora i giudici amministrativi vogliono vederci chiaro. Insomma, anche qui altro che problema risolto, il cammino è ancora lungo a quanto pare visto il business stimato in oltre 600 milioni di premi raccolti ogni anno dalle compagnie per assicurare strutture sanitarie, pubbliche e private, ma anche medici e infermieri. E dire che sono più di cinque anni che il comparto è in attesa di regole precise sui requisiti minimi che devono avere le polizze e su come gli ospedali possono decidere di gestire il proprio rischio di *malpractice*, evitando il ricorso a un'assicurazione. Insomma, anche qui una nuova e significativa battuta di arresto. Resta da capire quando si ripartirà. Ma è evidente che la raggiunta intesa Stato/regioni, salutata come un successo, non è stata altro che un passo e che per l'approvazione definitiva del testo ci vorrà ancora tempo. Se questa avverrà mai, dato quando è accaduto fino ad ora, si dovrà comunque attendere ancora e molto conoscendo i tempi della macchina legislativa italiana.

I dati ENPAM sul pensionamento dei medici sono preoccupanti. Nel quinquennio sopra indicato le nuove pensioni ordinarie dei camici bianchi sono aumentate complessivamente del 135 %. Per il solo settore della Medicina generale, nello stesso periodo si è verificato a un vero e proprio boom di richieste, cresciute del 241 %. Il numero di nuovi pensionati ordinari si è più che triplicato. Assistiamo alla fuga dalla professione in generale, meno iscritti alla facoltà di Medicina rispetto agli anni precedenti così come alle specialità chiave ad esempio Anestesiologia, Medicina d'urgenza ma anche Medicina generale. Molti concorsi per posti ospedalieri vanno disattesi sia per le posizioni di primo livello che apicali. Anche la Medicina territoriale non è da meno. Diventa sempre più spesso problematico se non impossibile coprire i posti di medico di famiglia che il pensionamento anticipato di molti colleghi hanno lasciato sguarniti, lasciando ampie fette di popolazione senza medico o con un medico disponibile più sulla carta che di fatto. La possibilità di aumentare il massimale a discrezione dei colleghi è una misura tampone, comprensibile nell'emergenza,

ma non può essere la soluzione al problema. Problema che nessuno aveva intuito preventivamente, che pertanto non sembrava esistere. A cui di conseguenza non si è tentato di porre rimedio. Proprio per tutto questo c'è uno strisciante tracimare del pubblico verso il privato in molti campi. Questo non per scelta, ma per necessità là dove i tempi di attesa si sono dilatati a dismisura e diventano inaccettabili per chi ha urgenze e necessità contingenti. Per cui in molti casi si è costretti giocoforza a scegliere la via alternativa. Le modalità di erogazione dei servizi sono profondamente cambiate dopo la pandemia, così come i tempi di prenotazione data la necessità di mettere in atto misure preventive per ridurre la diffusione del virus. I sanitari però non solo non sono aumentati, ma anzi sono pesantemente diminuiti aumentando il gap tra richiesta e prestazione. Resta poi la grande quantità di pazienti affetti da patologie croniche non Covid a cui i *follow-up* sono stati dilazionati nel tempo visto la contingenza, con le conseguenze che è facile immaginare. E a tutt'oggi sembra difficile prevedere se e quando questo divario sarà colmato. Per far fronte a tutto questo c'è bisogno di creare le condizioni perché il lavoro, sia negli ospedali che sul Territorio, torni ad essere appetibile, assumendo il personale necessario, riducendo così il disagio dei professionisti e aumentando le retribuzioni portandole più vicine alla media europea. Allo stesso modo vanno previsti e fatti investimenti realistici mettendo una pietra tombale su innovazioni e implementazioni a costo zero. Non è possibile e non lo è mai stato. Quando riusciranno a farci cambiare la vecchia auto con una nuova più ecologica a zero spese potremo prendere in considerazione di fare altrettanto per la Sanità. Le risorse ad essa destinate in Italia devono allinearsi alla media europea da cui al momento siamo distanti, capendo una volta per tutte che la Sanità non vende beni di consumo ma produce salute e che gli impegni di spesa in questo campo non posso essere visti né classificati come spesa improduttiva, bensì come investimenti, perché senza salute non c'è economia in grado di crescere. La responsabilità medica va finalmente depenalizzata come già accade in molti altri paesi, perché non è accettabile che gli ambulatori e gli ospedali si trasformino da luoghi di cura a luoghi di procura. La memoria è breve (purtroppo o per fortuna non abbiamo quella proverbiale degli elefanti), così la politica permane spesso sempre uguale a sé stessa, così come i politici che curiosamente rimangono sempre in sella, nonostante le promesse inevase, i cambi di rotta e il mutamento degli scenari, inossidabili e immancabilmente sempre sul pezzo. Sembra problematico, per non dire impossibile vedere un buon numero di volti nuovi e competenti nella materia e soprattutto respirare aria veramente nuova. Ci vengono spesso fatte promesse di novità, ma le facce che le fanno continuano ad essere le stesse. Come è possibile? In fondo il vecchio andante de "Il Gattopardo": "...se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi..." va sempre più di moda. "Meditate gente, meditate!" diceva Renzo Arbore: meglio farlo prima che sia davvero troppo tardi e regolarci di conseguenza! La Sanità deve tornare ai primi posti nell'agenda della politica e in quella dei cittadini. Senza questo potremo facilmente concludere con il titolo del famoso romanzo storico di Erich Maria Remarque: "Niente di nuovo sul fronte occidentale"!



ASSEMBLEA NAZIONALE ENPAM: APPROVATO IL BILANCIO

Il 30 aprile 2022 a Roma si è tenuta la consueta Assemblea nazionale per l'approvazione del bilancio ENPAM 2021. Il consuntivo 2021, presentato con avanzo di 1,14 miliardi e patrimonio in crescita, è stato approvato con due sole astensioni.

Avanzo di esercizio L'esercizio appena concluso ha fatto registrare un *avanzo di esercizio di circa 1,14 miliardi di euro*. Si tratta di un *risultato quasi triplo* rispetto ai dati del bilancio di previsione. Infatti, *supera di circa 170 milioni di euro* quello approvato nel *pre-consuntivo*.

Patrimonio Anche per quanto riguarda il patrimonio dell'Ente i risultati sono positivi e confortanti. Il patrimonio netto registra un incremento soddisfacente tenuto conto dell'attuale congiuntura. *L'incremento netto è stato del 4,3% arrivando a superare, seppur di poco, i 25 miliardi di euro in valore assoluto*. Il saldo della gestione patrimoniale infine fa segnare anch'esso un *avanzo di poco più di 485 milioni di euro*. "Dati estremamente positivi, nonostante anche il 2021, così come accaduto per il 2020, non sia stato un anno facilissimo" questo il commento di Alberto Oliveti, presidente dell'Enpam.

Patrimonio al 31/12/2021 La composizione alla data di cui sopra era così suddivisa: *77,29%, pari a poco meno di 19 miliardi di euro, di attività finanziarie*, mentre il restante *22,71%* era costituito invece da *attività immobiliari per un valore assoluto di circa 5,5 miliardi di euro*. Si fa notare che, come previsto dalle regole di rendicontazione, nel computo complessivo sono incluse le minusvalenze, mentre sono escluse le plusvalenze.

Se queste ultime venissero considerate, il patrimonio complessivo, a valori attuali di mercato, sfiorerebbe i 27 miliardi di euro. Tutto questo è molto confortante. Le basi economiche del patrimonio dell'Ente sono solide e questo è una garanzia importante che permetterà di affrontare i previsti stress a cui dovrà far fronte la futura gestione previdenziale. Una gestione attenta e oculata del Patrimonio è la garanzia migliore per affrontare la gobba pensionistica già prevista e attualmente in atto. Dato accentuato dal fatto che l'epidemia Covid ha aumentato in modo significativo i pensionamenti anticipati di molti colleghi con ulteriore aggravio per le nostre casse.

GESTIONE PREVIDENZIALE

L'Enpam ha **incassato contributi per circa 3,2 miliardi di euro**, erogando allo stesso tempo **prestazioni per circa 2,5 miliardi di euro**. **Incassi 2021**

Il saldo è risultato *positivo per poco più di 720 milioni di euro*. Il valore risulta in calo rispetto al 2020 ma questo è facilmente spiegabile con l'aumento delle prestazioni che sono cresciute di circa 138 milioni di euro. Qui di seguito il commento del presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti: "Siamo in gobba previdenziale, ampiamente prevista. Di certo non potevamo prevedere gli effetti diretti e indiretti della pandemia. A questo proposito, c'è da ricordare e sottolineare, lo stato di ansia e preoccupazione che ha portato molti colleghi ad anticipare il proprio pensionamento. Un'onda, quella della gobba previdenziale, che porterà acqua alta che avevamo previsto, ma dopo ritroveremo la calma".

Saldo previdenziale

Nel quinquennio sopra indicato le nuove *pensioni ordinarie* dei camici bianchi sono *aumentate* complessivamente del **135%**. Per il solo settore della Medicina generale, nello stesso periodo si è verificato a un vero e proprio boom di *richieste, cresciute del 241%*. *Il numero di nuovi pensionati ordinari si è più che triplicato*. Nonostante ciò, c'è da sottolineare il fatto che il conto economico della gestione della stessa Medicina generale ha fatto segnare comunque un saldo positivo di più di 317 milioni di euro, dimostrando di godere ancora di ottima salute.

Pensioni e pensionati alcuni dati: quinquennio 2016-2021



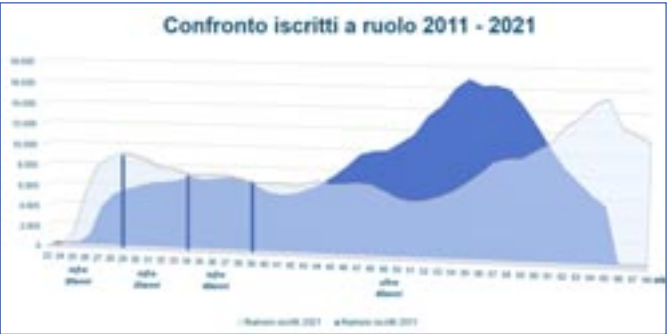
GESTIONE IMMOBILIARE

GESTIONE FINANZIARIA

Esercizio 2021 Portafoglio Finanziario	ATTIVO CIRCOLANTE			ATTIVO IMMOBILIZZATO			TOTALE		
	Bilancio 2021	Plus/Minus da valutazione	Totale valorizzazione	Bilancio 2021	Plus/Minus da valutazione	Totale valorizzazione	Bilancio 2021	Plus/Minus da valutazione	Totale valorizzazione
Titoli di Stato	6.722.414.366	166.722.975	6.889.137.341	-	-	-	6.722.414.366	166.722.975	6.889.137.341
Titoli obbligazionari	3.574.777.480	55.190.283	3.629.967.763	27.000.000	-	27.000.000	3.601.777.480	55.190.283	3.656.967.763
O.I.C.R.	4.671.355.133	176.920.674	4.848.275.807	-	-	-	4.671.355.133	176.920.674	4.848.275.807
Azioni	2.328.385.853	436.855.121	2.765.240.974	-	-	-	2.328.385.853	436.855.121	2.765.240.974
Partecipazioni in fondi di private equity e Banca d'Italia *	-	-	-	1.017.841.266	155.107.920	1.172.949.186	1.017.841.266	155.107.920	1.172.949.186
Contratti assicurativi	-	-	-	231.458.362	-	231.458.362	231.458.362	-	231.458.362
Liquidità di conto corrente**	298.646.380	-	298.646.380	-	-	-	298.646.380	-	298.646.380
Ratei obbligazionari	81.958.875	-	81.958.875	-	-	-	81.958.875	-	81.958.875
Operazione copertura cambi***	-	33.364.715	33.364.715	-	-	-	-	33.364.715	33.364.715
TOTALE	17.677.538.067	802.324.338	18.479.862.425	1.276.299.628	155.107.920	1.431.407.548	18.953.837.715	957.432.257	19.911.269.973

Dismissioni:
plusvalenze
e saldo
di gestione

All'inizio del 2021 si è concluso il processo di dismissione degli immobili residenziali di Roma, che ha prodotto *plusvalenze* per *circa 12,4 milioni di euro*. Questo risultato, sommato a quello registrato negli anni precedenti per la medesima attività di vendita, ha fatto salire *complessivamente le plusvalenze maturate a circa 277 milioni di euro* per quanto riguarda il *periodo* che va dal *secondo semestre del 2014 alla fine del 2021*. Nonostante quanto sopra, *il saldo della gestione immobiliare ha fatto segnare un saldo negativo di circa 125 milioni di euro*. Questo risultato è stato dovuto soprattutto all'impossibilità tecnica di conteggiare nel bilancio 2021 le sostanziose plusvalenze derivanti dall'operazione *Project Dream*. Questa operazione di riassetto della gestione immobiliare conclusasi favorevolmente solo di recente è stata una delle più importanti operazioni immobiliari del nostro Paese negli ultimi 10 anni. Detto riassetto ha portato alla *vendita di cespiti per un valore di circa 842 milioni di euro*. L'operazione si è perfezionata solo nei primi mesi del 2022 e pertanto i benefici finanziari di queste vendite, che sono significativi, si faranno sentire solo nel bilancio dell'anno prossimo.



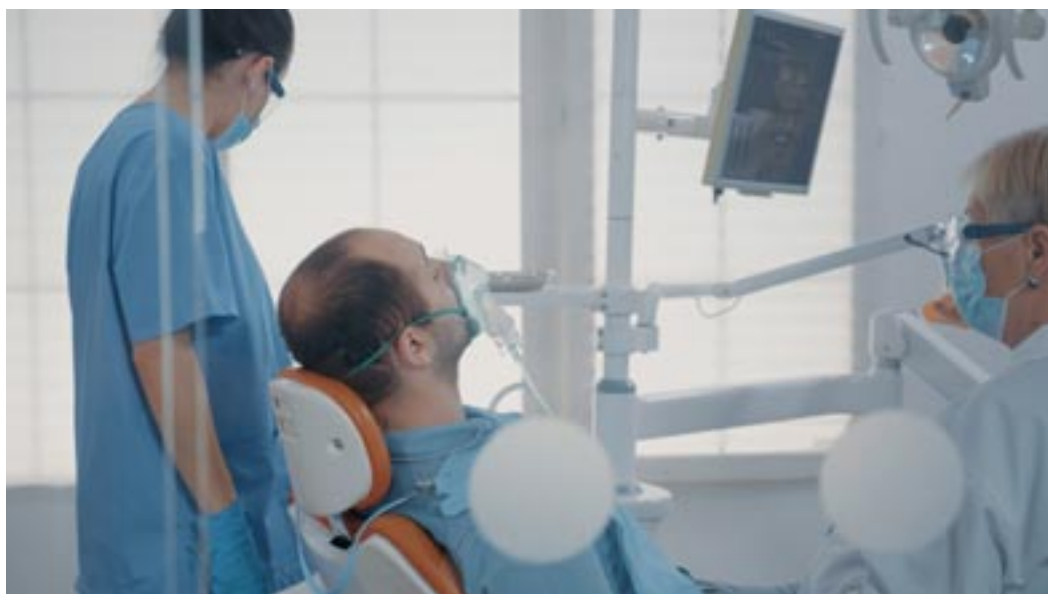
La gestione finanziaria ha fatto registrare un *saldo positivo di poco più di 610 milioni di euro*. Si tratta di un risultato decisamente positivo e significativo dovuto soprattutto all'aumento dei ricavi complessivi (in particolare quello relativo alla gestione dei cambi), alle riprese di valore e alla diminuzione delle perdite di negoziazione. Degni di nota anche i *dividendi distribuiti dalla gestione dei fondi di Private Equity e Private Debt*, che per il 2021 hanno fruttato *proventi per poco meno di 25 milioni di euro*. Infine, *la nostra partecipazione al capitale della Banca d'Italia* è salita quest'anno fino a sfiorare il 5 per cento. Si segnala che *nel 2021* (con una *quota* pari ancora al 3%) aveva prodotto un *dividendo del 4,5 per cento pari a 10,2 milioni di euro*.

I *medici e gli odontoiatri iscritti all'ENPAM* sono 368.902 (dati 2021), il 4% in più rispetto a dieci anni fa. I *pensionati* sono invece 143.210, di cui 101.240 *medici e odontoiatri* e 41.970 *familiari superstiti (in maggioranza vedove)*. Si conferma, il trend, noto da tempo, secondo cui sono *sempre più le donne ad abbracciare la professione medica*. Un fenomeno confermato anche dai 4.505 studenti universitari iscritti all'Enpam a dicembre del 2021, tra i quali la preponderanza femminile è netta: con 2.468 *studentesse neoiscritte*. Questo dato tendenziale in *incremento della femminilizzazione della professione medica* è un elemento di cui l'Enpam tiene sempre più conto. Proprio per questo son stati incrementati gli interventi a sostegno alla genitorialità. *Nel 2021 sono stati ben 3,5 i milioni di euro stanziati tra bonus bebè e assegni, che si aggiungono alle indennità di maternità*.

ISCRITTI

SEDAZIONE COSCIENTE: COS'È E COSA COMPORTA

Sempre più frequentemente in ambito odontoiatrico si ricorre alla cosiddetta "sedazione cosciente" e la si pubblicizza tra i servizi offerti. Diventa necessario quindi chiarire per gli utilizzatori quali siano gli aspetti normativi e deontologici coinvolti per poterla eseguire in sicurezza nella propria struttura.



Tra i farmaci più impiegati nell'attuazione dell'anestesia cosciente, figurano:

Propofol. È un anestetico/ipnotico.

Ketamina. È un analgesico.

Midazolam. È un analgesico di breve durata, con anche effetti ansiolitici;

Fentanyl. È un analgesico con lievi effetti sedativi;

Dexmedetomidina. È un sedativo/analgesico.

Per ottenere la sedazione cosciente è necessario combinare nel modo appropriato due o più dei suddetti farmaci. La scelta della combinazione farmacologica spetta al medico e non è affatto casuale, ma dipende dalle caratteristiche del paziente (età, peso, allergie a farmaci ecc.).

La maggior parte degli Odontoiatri effettua tale prestazione nel proprio studio, con la presenza di un anestesista che procura i farmaci necessari e procede alla prestazione anestesiológica. L'attuale normativa regionale (atti deliberativi 2016, 2019 e 2021) non consente però tale pratica a meno che non vengano rispettati i requisiti previsti per ottenere l'autorizzazione ad eseguire interventi di Chirurgia Ambulatoriale Complessa (C.A.C.). In

particolare, la delibera 35-331 regola il regime prestazionale di C.A.C. prevedendo la possibilità di effettuare sedazioni fino al II grado (sedazione cosciente); nel 2019, la stessa Giunta Regionale ha deliberato la "Assimilabilità al contesto Ospedaliero delle Strutture Day Surgery di Tipo C e di C.A.C." ai fini dell'approvvigionamento dei farmaci di fascia H, necessari per l'attività; il 07/06/2021 il Settore Regionale "Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protetica" ha approvato un elenco dei farmaci di fascia H detenibili in strutture assimilate al contesto ospedaliero con Determina 820/A1404B/2021.

Risulta evidente, dopo tutto questo percorso normativo, che detti farmaci non possono essere acquistati, detenuti o utilizzati in strutture non autorizzate alla C.A.C. o alla D.S.



Cosa s'intende per Chirurgia Ambulatoriale Complessa (C.A.C.): con il termine chirurgia ambulatoriale complessa s'intende la possibilità clinica, organizzativa e amministrativa di effettuare interventi chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero, in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e troncolare effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze. Per la selezione preoperatoria dei pazienti, si fa riferimento all'utilizzo della classificazione dell'*American Society of Anesthesiology* che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale complessa e alle prestazioni effettuabili nei presidi extraospedalieri di day surgery. Universalmente è riconosciuta la classificazione redatta dalla Società americana di anestesiology (ASA - *American Society of Anesthesiologists*), secondo cui i rischi sono classificati in:

ASA 1: Paziente sano;

ASA 2: Paziente con malattia lieve senza limitazioni funzionali.

Diamo ora uno sguardo a quali siano le prestazioni odontoiatriche che la Regione prevede in regime di C.A.C., riconoscendone la "complessità": **NESSUNA.**

Diventa chiaro quindi che qualunque prestazione odontoiatrica venga eseguita in sedazione cosciente non lo sarà per la sua "complessità", ma per scelta dell'operatore che indubbiamente godrà dei vantaggi della sedazione in termini di collaborazione del paziente e di tempi di intervento.

La necessità di intraprendere il percorso di accreditamento regionale alla C.A.C. quindi non sarà dovuta alla volontà di eseguire interventi più "complessi", ma semplicemente deriva dall'obbligo di operare nel rispetto delle attuali normative previste per Medici ed Odontoiatri nel campo del regime anestesiológico. Tali normative sono state sviluppate con lo scopo di assicurare la piena sicurezza in pratiche che comportano un (basso, ma non trascurabile) rischio per il paziente.

GLI ASPETTI DEONTOLOGICI

Il vigente Codice di Deontologia medica contiene numerosi articoli che possono essere chiamati in causa, che per comodità riportiamo a seguire. In particolare, per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e il percorso di cura (art. 6,13,14,21), i rapporti con la persona assistita (art. 33), la pubblicizzazione del servizio (art. 55,56), il rapporto con il collega anestesista e le sue responsabilità (art. 59,61,70).

Art. 6 - Qualità professionale e gestionale

Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti. (omissis)

Art. 13 - Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico. la prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza. Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico. (omissis)

Art. 14 - Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico. (omissis)

Art. 21 - Competenza professionale

Il medico garantisce impegno e competenze nelle attività riservate alla professione di appartenenza, non assumendo compiti che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere.

Art. 33 - Informazione e comunicazione con la persona assistita

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura. (omissis).

Art. 55 - Informazione sanitaria

Il medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati. (omissis)

Art. 56 - Pubblicità informativa sanitaria

... (omissis) La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria. (omissis)

Art. 59 - Rapporti con il medico curante

Il medico curante e i colleghi operanti nelle strutture pubbliche e private devono assicurare un rapporto di consultazione, collaborazione e informazione reciproca. Il medico che presti la propria opera per competenza specialistica o in situazioni di urgenza è tenuto, previo consenso del paziente o del suo rappresentante legale, a comunicare al medico indicato dagli stessi gli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e le valutazioni cliniche relative. (omissis)

Art. 61 - Affidamento degli assistiti

I medici coinvolti nell'affidamento degli assistiti, in particolare se complessi e fragili, devono assicurare il reciproco scambio di informazioni e la puntuale e rigorosa trasmissione della documentazione clinica

Art. 70 - Qualità ed equità delle prestazioni

Il medico non assume impegni professionali che comportino un eccesso di prestazioni tale da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita. Il medico deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti degli ambienti di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e la sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle prestazioni.



L' ECOGRAFIA TORACICA TERRITORIALE IN CORSO DI ONDATA PANDEMICA OMICRON

In base ai dati della letteratura, confermati dai recenti riscontri clinici sul territorio, la variante Sars-cov2, Omicron (e le sue sottovarianti), responsabile della attuale ondata pandemica, presenta caratteristiche cliniche molto differenti dalle precedenti^(1,2,3,4). Un ridotto periodo di incubazione, maggiori contagiosità e diffusibilità si assocerebbero a caratteristiche cliniche meno importanti e severe. In molti studi risulta infatti un prevalente interessamento patologico a carico delle alte vie respiratorie ed un ridotto interessamento a carico delle basse vie respiratorie e del parenchima polmonare.^(5,6) Queste caratteristiche hanno portato nell'insieme ad una riduzione dei ricoveri, della necessità di ossigeno terapia, minor ricorso ad interventi di ventilazione meccanica, e conseguente riduzione della mortalità globale.

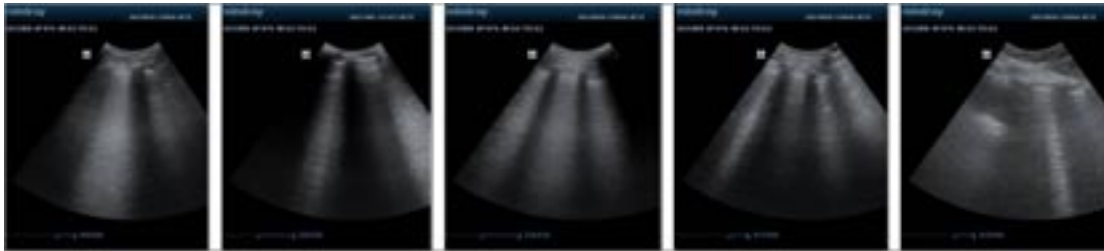


Figura 1: Tipologie diverse di linee B singole, multiple a diversa base di impianto

Lo studio ecografico del torace, già ampiamente utilizzato, soprattutto in ambito della medicina di urgenza per la diagnosi ed il *follow up* ospedaliero delle polmoniti Covid correlate, nel corso delle precedenti ondate pandemiche, può avere un ruolo di importante complemento diagnostico sul territorio⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾, nella gestione ambulatoriale di questi pazienti, grazie alle sue caratteristiche di praticità, assenza di effetti collaterali, possibilità di utilizzo al letto del malato, in pazienti pediatrici, in gravidanza⁽¹³⁾. In periodo pandemico, l'elevata sensibilità della metodica ecografica nel rilievo di alterazioni pleuro parenchimali anche precoci Covid correlate, si associa ad alta specificità, di non molto inferiore ai dati TC torace^(14,15).

L'ecografia toracica permette di rilevare una serie di alterazioni ecografiche, multiple, bilaterali, multi distrettuali prevalenti ai campi polmonari medio inferiori e postero laterali che nel loro insieme definiscono un pattern ecografico tipico che si può definire "*Covid like*"^(7,16).

Nel corso delle prime ondate pandemiche Covid 19 le alterazioni ecografiche riscontrate al torace, consistevano in ispessimenti irregolarità e interruzioni della linea pleurica, presenza di linee B multifocali (figura 1) separate o confluenti, piccoli consolidamenti o piccole

raccolte liquide sub-pleuriche, rari consolidamenti di dimensioni maggiori, che risultano scarsamente vascolarizzati alla valutazione ecodoppler.^(9,10)

L'adozione del protocollo LUS (*lung ultrasound score*), utilizzato in questo studio, per la valutazione ecografica del torace, permette di evidenziare le alterazioni ecografiche in atto e la loro mappatura topografica utile per successivi *follow up evolutivi*. La metodica prevede lo studio sistematico secondo un ordine progressivo di analisi ben preciso, dei due emitoraci dx e sx suddivisi ciascuno in sei settori 2 anteriori (superiore + inferiore) + 2 laterali (superiore + inferiore) + 2 posteriori (superiore + inferiore) con la successiva registrazione delle alterazioni ecografiche pleuro parenchimali riscontrate, prevalentemente linee B su un'apposita scheda (figura 2). In questo studio si è proceduto inoltre alla successiva mappatura topografica, su modello tridimensionale, delle alterazioni ecografiche riscontrate, utile per successivi controlli nel tempo (figura 1).



Finalità dello studio

Sfruttando la sensibilità e le potenzialità dell' ecografia toracica ambulatoriale, nel rilevare alterazioni strutturali pleuro parenchimali Covid correlate anche di piccola entità, note dalla letteratura specialistica e già riscontrate direttamente nel corso del precedente studio in corso di pandemia Delta, si è voluto verificare se le differenze Delta \ Omicron rilevate dal punto di vista clinico e derivate dalla letteratura, fossero accompagnate da analoghe differenze dal punto di vista dell'*imaging* ecografico del torace.

Materiali e metodi

Nel periodo 01 dicembre 2021 30 marzo 2022, in corso di ondata pandemica Omicron, sono stati studiati, clinicamente ed ecograficamente 61 pazienti risultati positivi al tampone Covid 19 (23 maschi di età media 47, 7 anni e 38 femmine di età media 51, 4 anni), sintomatici per sintomi simil influenzali (rinite, faringite, tosse secca mialgie, febbre) scelti "a caso" tra gli oltre trecento pazienti Covid positivi valutati globalmente nello stesso periodo, caratterizzati da sintomatologia clinica equivalente.

La valutazione clinica ed ecografica è stata effettuata ad 8-20 giorni dopo la guarigione rilevata dalla negativizzazione del tampone e la chiusura ufficiale del periodo di malattia. I pazienti selezionati dovevano avere un'anamnesi negativa per precedente infezione Covid 19 durante le altre ondate pandemiche. I pazienti selezionati si presentavano in stati vaccinali differenti (0 - 2 - 3 dosi di vaccino effettuate).

data esame	paciente	SS	SA	med. da	dist. vacu	Sint. resp. covid	si non resp. covid	A0	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28	A29	A30	Totale Campi Con. Ecografici	Mon. O. Bilateral. Località. ecc.
------------	----------	----	----	---------	------------	-------------------	--------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------------------------------	-----------------------------------

Figura 2: Scheda di registrazione rilievi ecografici torace

Lo studio ecografico di ogni paziente è stato eseguito secondo il protocollo LUS (*Lung Ultrasound Score*), con utilizzo di ecografo Mindry DP 10 e sonda ecografica Convex a frequenze di 3-4 Mhz con ricerca e mappatura topografica di modificazioni ecografiche compatibili con alterazione pleurica e/o interstiziale Covid-19 correlata del torace (prevalentemente linee B) e, la registrazione su una scheda specifica (figura 2), e la successiva registrazione degli stessi rilievi su modello tridimensionale (figura 3) utile per facilitare successi controlli evolutivi nel tempo del numero e della localizzazione delle lesioni anomalie ecografiche riscontrate

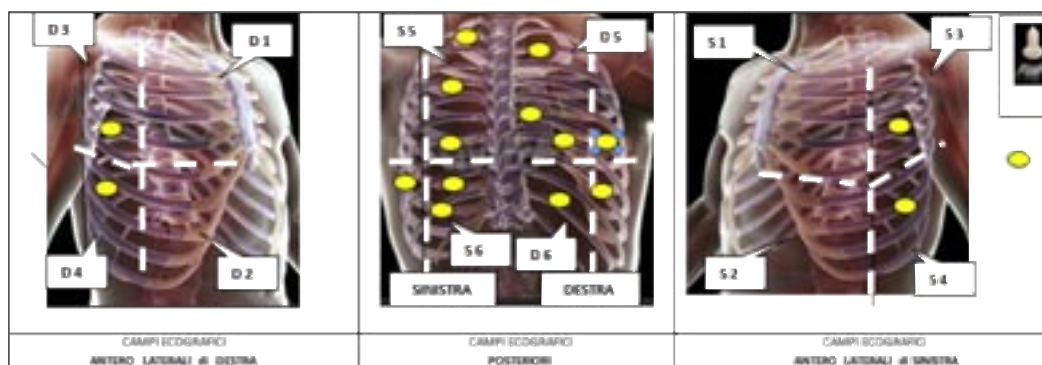
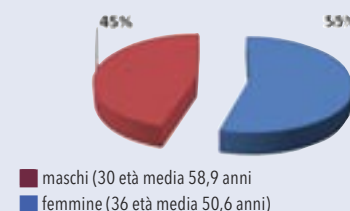


Figura 3 : esempio rappresentazione topografica tridimensionale delle alterazioni ecografiche riscontrate (linee B) in paziente di sesso femminile 60 anni a tre mesi dalla guarigione da infezione Covid 19 ondata Delta (06/06/2021), con esiti importanti evidenziati da focalità ecografiche bilaterali diffuse nei campi D3, D4, Ad, D5, D6 + S3, S4, AS, S5, S6

In base ai dati così rilevati, i pazienti sono stati suddivisi in 4 classi in base alla numerosità dei settori polmonari interessati da alterazioni ecografiche (gruppo 1 = 0 settori interessati, gruppo due = 1-3 settori interessati, gruppo 3 = 4-6 settori interessati, gruppo 4 > 6 settori interessati). Una ulteriore suddivisione è stata effettuata in base alla monolateralità o alla bilateralità delle lesioni riscontrate. I risultati ottenuti sono stati confrontati, con i dati analoghi relativi ad un gruppo di pazienti. con pregressa infezione <Sars-cov2, esaminati nel corso della precedente ondata pandemica Delta, (dicembre 2020 \ maggio 2021), in periodo pre-vaccinale, riportati in un precedente studio (19), per valutarne le eventuali differenze (grafico 1)

Dal punto di vista clinico, tutti i pazienti studiati, sono stati pauci sintomatici, o hanno lamentato sintomi simil influenzali di non di grave entità (cefalea, rinite, faringodinia, febbre mialgie). Sono stati trattati con farmaci antipiretici, antinfiammatori e sintomatici senza complicanze. Nessuno ha necessitato ricovero ospedaliero o di ossigeno terapia domiciliare. Appare evidente la differenza con i pazienti guariti dopo infezione Delta e valutati nel predente studio, tra i quali la maggior parte avevano accusato sintomi importanti, desaturazione, indicazione a terapie aggiuntive con antibiotici, steroidi e/o ad ossigeno terapia domiciliare, non sufficienti in alcuni casi ad evitare il ricovero ospedaliero ed ulteriori provvedimenti (ventilazione assistita, ventilazione meccanica)

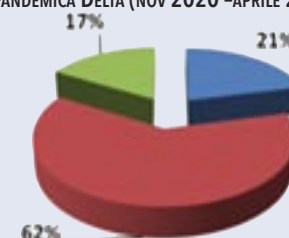
Grafico 1: pazienti esaminati con pregressa infezione Delta e pregressa infezione Omicron suddivisi per sesso
ONDATA PANDEMICA DELTA (NOV 2020 -APRILE 2021)



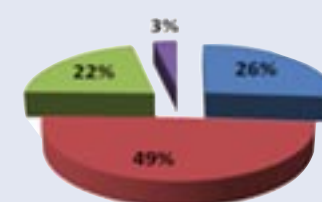
ONDATA PANDEMICA OMICRON (NOV 2021- APRILE 2022)



Grafico 2: riscontri ecografici al torace
ONDATA PANDEMICA DELTA (NOV 2020 -APRILE 2021)



ONDATA PANDEMICA OMICRON (NOV 2021- APRILE 2022)



Suddivisione dei pazienti per numero di distretti toracici interessati da focalità eogafiche B

- 0-3 distretti interessati (14 pazienti)
- 4-6 distretti interessati (41 pazienti)
- >6 distretti interessati (11 pazienti)



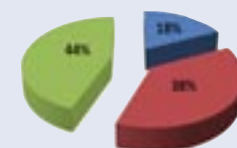
Suddivisione dei pazienti in base alla mono o bilateralità delle focalità evidenziate

- focalità ecografiche monolaterali (14 pazienti)
- focalità ecografiche bilaterali (52 pazienti)

- 0 distretti interessati (16 pazienti)
- 1-3 distretti interessati (30 pazienti))
- 4-6 distretti interessati (13 pazienti)
- >6 distretti interessati (2 pazienti)



Grafico 3: ondata pandemica Omicron (nov 2021- aprile 2022)



- 0 dosi (11 pazienti) età media 46,9
- 2 dosi (23 pazienti) età media 45,8
- 3 dosi (27 pazienti) età media 54,6



- 0 dosi (11 pazienti): 2,18
- 2 dosi (23 pazienti): 2,04
- 3 dosi (27 pazienti): 2,66

Risultati

Obiettivamente, in tutti i pazienti esaminati l'esame obiettivo toracico risultava per tutti privo di focalità o elementi di rilievo patologico importanti. La differenza con i casi relativi alla precedente ondata pandemica non sono risultati particolarmente evidenti. Anche nei pazienti affetti da pregressa infezione Delta infatti, a fronte di sintomatologia clinica anche importante, associata a manifestazioni ecografiche al torace rilevanti, l'esame obiettivo al torace risultava privo di significativi elementi patologici di rilievo.

Nei pazienti studiati dopo guarigione da infezione Delta, nello studio del 2021 (19) indifferentemente dalla storia clinica e dalla gravità dei sintomi lamentati, erano presenti, lesioni pleuro parenchimali multiple, polimorfe, bilaterali (linee B, micro addensamenti o microversamenti sub pleurici) che delineavano nell'insieme un pattern ecografico suggestivo e diagnostico in, fase pandemica di tipo "Covid like", persistente anche a mesi dalla guarigione e presente inaspettatamente anche in pazienti pauci sintomatici o asintomatici, conviventi con pazienti sintomatici e con sola positività al tampone Sars-Cov 2. I pazienti con più di 4 settori polmonari interessati da alterazioni pleuropolmonari rilevate all'ecografia toracica risultavano essere il 79%, mentre i pazienti con meno di 4 settori interessati erano solo il 21%.

I pazienti valutati post infezione Omicron, sono stati mediamente studiati più precocemente rispetto alla tempistica attuata per i pazienti del precedente studio.

Al di là della netta differenza clinica di cui già riferito, questi pazienti presentavano, al controllo ecografico, unicamente focalità ecografiche di tipo B.

I pazienti con alterazioni ecografiche polmonari interessanti meno di 4 distretti erano il 75%, e solo il 25% dei pazienti presentavano più di 4 distretti polmonari interessati da lesioni ecografiche. Le linee B rilevate apparivano inoltre meno numerose globalmente e di dimensioni ridotte rispetto a quelle rilevate nei pazienti del precedente studio. Appare netta la differenza in termini di numerosità di distretti interessati con i pazienti post infezione Delta.

Si segnala inoltre la differenza di tipologia e morfologia delle alterazioni ecografiche rilevate.

Situazione vaccinale e numero di lesioni riscontrate.

Sostanzialmente non si sono evidenziate sostanziali differenze tra i tre gruppi esaminati (0 dosi, 2 dosi, 3 dosi effettuate), con una media di 2, 18 campi interessati da alterazioni ecografiche.

Si segnala, l'età media più elevata dei pazienti già vaccinati con ciclo vaccinale completo. Si segnala inoltre la presenza nel gruppo di pazienti con ciclo vaccinale completato, la presenza di alcuni soggetti con sintomatologia respiratoria più marcata e con un elevato numero di lesioni. bilaterali, con pattern "Covid like", abituale nella precedente ondata pandemica causata da variante Omicron Delta, ma non comune nell'ondata attuale, fortemente sospetti, in assenza della possibilità di una tipizzazione virologica, per aver con-

tratto una "tardiva" infezione Delta, la cui presenza, anche in base ai dati della letteratura recente non è del tutto escludibile.

Conclusioni

In questo studio i pazienti valutati ad 1-4 settimane dalla guarigione da infezione Sars-Cov 2 ondata Omicron, hanno evidenziato quadri clinici ed ecografici differenti rispetto a quanto riscontrato in precedente studio su gruppo di pazienti guarito dopo infezione Sars-Cov 2 ondata Delta dell'anno precedente, risultando tali riscontri minori sia come numero di lesioni che per diffusione delle stesse, in accordo con i dati della letteratura. In particolare, dal punto di vista ecografico si è evidenziata una netta riduzione del numero dei campi polmonari interessati da lesioni per i pazienti post Omicron (> 4 campi polmonari interessati: 79% dei pazienti post Delta, solo il 25% dei pazienti post Omicron). Non si sono evidenziate sostanziali differenze nel numero di campi polmonari interessati da lesioni ecografiche in relazione allo stato vaccinale.

I dati clinico ecografici di questo studio concordano, con i dati della letteratura che vedono la variante Omicron meno aggressiva rispetto alle varianti precedenti, anche relativamente al numero delle alterazioni ecografiche rilevabili al torace. Tuttavia, la presenza di lesioni di riscontro ecografico al torace, anche se ridotte numericamente ed in assenza di sintomatologia respiratoria importante, indicano che, anche in questa variante, sono possibili di implicanze sistemiche ed interessamento del parenchima, oltre all'interessamento delle alte vie aeree, come parrebbe evidenziarsi dai soli riscontri clinici. Tale riscontro, pone domande sulla gestione e sulle decisioni terapeutiche da instaurare in questa tipologia di pazienti. Può essere indicato un utilizzo precoce di terapia medica antiinfiammatoria, in tutti i pazienti positivi, indipendentemente dalla gravità della sintomatologia lamentata?

La frequente presenza di alterazioni ecografiche al torace, anche se ridotta numericamente rispetto a quanto rilevato nei pazienti con infezione Delta, è comunque indice della presenza di infiammazione parenchimale, che si accompagna in genere a modificazioni funzionali polmonari legate alla ridotta compliance da modificazioni infiammatorie dell'interstizio. Conseguentemente è probabile la presenza, di modificazioni ventilatorie secondarie anche minime e non avvertite soggettivamente da paziente, legate alla ridotta elasticità parenchimale, che sarebbe utile valutare dal punto di vista funzionale, ma che risulta difficilmente proponibile visto l'elevato numero di pazienti interessati.

È possibile che la presenza di infiammazione parenchimale polmonare in corso di fase acuta di infezione, possa indurre una temporanea modificazione della ventilazione e del volume corrente. Tale riduzione potrebbe mantenersi anche dopo la guarigione in un certo numero di pazienti causando alcuni respiratori persistenti dopo guarigione. È riscontro frequente, nel quadro dei disturbi lamentati da pazienti post Covid la presenza di dispnea da sforzo, toraco algie, disestesie respiratorie varie che potrebbero essere in parte giustificate da una modificazione ventilatoria in tal senso.

In base a questi riscontri, potrebbe essere utile considerare la possibilità di instaurare precoci interventi di tipo riabilitativo respiratorio, sotto forma di esercizi respiratori di gestione domiciliare semplice ed autonoma da proporre ai pazienti guariti.

Sulla base di queste considerazioni, ho iniziato da nove mesi a somministrare precocemente a tutti i pazienti valutati dopo guarigione malattia Covid correlata sintomatici, sulla base della gravità clinica dei sintomi lamentati in fase acuta, alcuni semplici esercizi respiratori da eseguire in autonomia a domicilio, con frequenza di tre - quattro serie giornaliere per 30 - 60 giorni dopo la guarigione, con buoni risultati dal punto di vista dei sintomi soggettivi respiratori (riduzione della tosse e della dispnea e delle disestesie toraciche)

L'utilizzo degli stessi esercizi con le stesse modalità e tempistiche, su pazienti valutati tardivamente rispetto alla guarigione, per persistenza di tosse irritativa e dispnea da sforzo e/o toracologie residue persistenti, ha evidenziato un miglioramento soggettivo e riduzione dei sintomi lamentati, anche se di apparente minore entità.

Un utilizzo più diffuso dell'ecografia toracica, considerati la sensibilità della metodica nel riscontro di alterazioni polmonari minime anche in assenza di sintomatologia respiratoria di rilievo, i bassi costi, l'assenza di effetti collaterali, la rapidità dei tempi di esecuzione e la possibilità di essere effettuata capillarmente sul territorio anche al di fuori delle strutture ospedaliere, potrebbe essere un utile complemento diagnostico per identificare i pazienti più a rischio di sequele post Covid da indirizzare precocemente ad interventi farmacologici e/o riabilitativi mirati in ambito specialistico volti a ridurre la frequenza di sequele funzionali polmonari dopo malattia Sars-Covid -2.

Bibliografia

1. e. biomedicine: 2022 Apr 20;79:104008. doi: 10.1016/j.ebiom.2022.104008. Online ahead of print. The displacement of the SARS-CoV-2 variant Delta with Omicron: An investigation of hospital admissions and upper respiratory viral loads, et al. Amary Fall
2. Team CC-R SARS-CoV-2 B. 1. 1. 529 (Omicron) variant - United States, December 1-8, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021;70(50):1731-1734. - PMC - PubMed
3. WHO. World Health Organization. World Health Organization; Geneva, Switzerland: 2021. Classification of Omicron (B. 1. 1. 529): SARS-CoV-2 Variant of Concern. Accessed 3 December 2021.
4. Wolter N., Jassat W., Walaza S., et al. Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 Omicron variant in South Africa: a data linkage study. Lancet. 2022
- Kannan S., Shaik Syed Ali P., Sheeza A. Omicron (B. 1. 1. 529) - variant of concern - molecular profile and epidemiology: a mini review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2021;25(24):8019-8022. -

5. JAMA. 2022;327(6):583-584. doi:10.1001/jama.2021.24868 december 30, 2021 Characteristics and Outcomes of Hospitalized Patients in South Africa During the COVID-19 Omicron Wave Compared With Previous Waves Caroline Masloet al.
6. New COVID-19 variant detected in South Africa. National Institute for Communicable Diseases (NICD). Accessed December 20, 2021. <https://www.nicd.ac.za/new-covid-19-variant-detected-in-south-africa/>
7. Peng QY et al. Findings of lung ultrasonography of novel Coronavirus pneumonia during the 2019-2020 epidemic. Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). Intensive Care Med 2020;46(5):849-850.
8. Tung-Che Y. et al, Correlation between Chest Computed Tomography and Lung Ultrasonography in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Ultrasound Med Biol 2020; 46(11): 2918-2926.
8. Tung-Che Y. et al, Correlation between Chest Computed Tomography and Lung Ultrasonography in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). Ultrasound Med Biol 2020; 46(11): 2918-2926
9. d'Andrea A et al. L'imaging integrato nel percorso del paziente con COVID-19: dalla diagnosi, al monitoraggio clinico, alla prognosi. G Ital Cardiol 2020; 21(5): 345-353.
19. Mafor T et al. One-month outcomes of patients with SARS-CoV-2 infection and their relationships with lung ultrasound signs. The Ultrasound Journal 2021; 13(1):19.
10. Mafor T et al. One-month outcomes of patients with SARS-CoV-2 infection and their relationships with lung ultrasound signs. The Ultrasound Journal 2021; 13(1):19
11. Peixoto AO et al. Applicability of lung ultrasound in COVID-19 diagnosis and evaluation of the disease progression: A systematic review. Pulmonology 2021; 22: S2531-0437
12. Gaspardone et al. Lung Ultrasound in COVID-19. A role beyond the acute phase? J Ultrasound Med 2021; 40(3): 503-511.
13. Marchetti M. Eco polmonare domiciliare nella polmonite da Coronavirus. 2/04/2020 Protocollo Aipo-ITS.
14. European Society of Radiology (ESR). The role of lung ultrasound in COVID-19 disease. Insights Imaging 2021; 12(1): 81
15. Volpicelli G et al. Lung ultrasound for the early diagnosis of COVID-19 pneumonia: an international multicenter study. intensive Care Medicine 2021; 47: 444-454.
16. Allinovi M et al. Lung Ultrasound may support diagnosis and monitoring of COVID-19 pneumonia. Ultrasound Med Biol 2020; 46(11): 2908-2917.
17. Pecho-Silva Set al. Pulmonary ultrasound in the diagnosis and monitoring of coronavirus disease (COVID-19): a systematic review. Ultrasound Med Biol 2021; 47(8): 1997-2005.
16. Yi Huang et al. A preliminary study on the ultrasonic manifestations of peripulmonary lesions of non-critical novel coronavirus pneumonia (COVID-19) 2020; DOI: 10.21203/rs.2.24369/v1.
18. Yi Huang et al. A preliminary study on the ultrasonic manifestations of peripulmonary lesions of non-critical novel coronavirus pneumonia (COVID-19) 2020; DOI: 10.21203/rs.2.24369/v1
19. G. Carignano "Ecografia toracica territoriale nella pregressa infezione da Sars-CoV-2" M. D anno XXVIII, n° 7\2021, 07\10\2021, 42-34

LA TERAPIA DEL DOLORE INCONTRA LE CURE PALLIATIVE

La seconda edizione del convegno, organizzato dall'Ordine con accreditamento LeCm a cura della Formazione dell'ASL CN1, si è svolta a Fossano presso l'Istituto di Istruzione Superiore il 15 ottobre 2022, con una folta partecipazione di medici e infermieri.



La moderazione è stata svolta da Claudio Blengini (in rappresentanza del presidente OMCeO di Cuneo Giuseppe Guerra), Paola Culotta (coordinatrice del corso di laurea infermieristica dell'Università di Torino nella sede di Cuneo), Roggero Elisa (consigliere dell'O.P.I. di Cuneo) e Alessandro Garibaldi (direttore sanitario del presidio A.S.O.S. Croce e Carle). I relatori hanno esposto le ultime notizie relative alla cura con farmaci oppioidi (Claudio Blengini), ai criteri di scelta dei farmaci (Elena Migliore), ai problemi derivanti dall'uso improprio degli oppioidi ad alto dosaggio (Alfonso Mollo).

Enrico Obertino ha presentato alcuni casi clinici di particolare interesse pratico.

La seconda parte del convegno ha affrontato il problema dei cateteri venosi a medio termine nei pazienti in fase avanzata di malattia. Agnese Pizzorno, infermiera specialista e gestore dei Centri in rete PICC e Midline, con la collaborazione di Dario Giaime ha illustrato le varie caratteristiche dei cateteri venosi centrali e

periferici, fornendo informazioni preziose sulla inserzione, controllo e gestione delle complicate. La mattinata si è conclusa con indicazioni per la gestione delle fasi avanzate di malattia e le modalità di attuazione della palliazione, illustrate da Simona Mela, Fabrizio Motta, Roberto Burello e Alberto Borello.

Unanime è stato il plauso alle relazioni e l'apprezzamento per la sensibilità dell'Ordine ad individuare e trattare problemi difficili, (spesso trascurati dai progetti di formazione), che si incontrano nella gestione quotidiana della professione. Un vivo ringraziamento va alla Formazione ASL CN1 (dr.sse Grazia Maria Alberico, Alessandra Peirona e Paola Demichelis), al Presidente OMCeO di Cuneo Giuseppe Guerra ed alle segretarie Laura Merlo e Elena Arlotto.

DIPINGI UN SOLE CHE NON SA CHE COS'È LA RADIOATTIVITÀ ...

Cosa succederebbe nel caso di un attacco sferrato da un'arma tattica nucleare in Europa? È paradossale porsi una domanda del genere dopo due anni di pandemia. Eppure il pericolo esiste ed è utile conoscerne i rischi. Basti pensare che, ad inizio ottobre, alcuni quotidiani davano per certo l'invio di un treno con ordigni nucleari verso il confine dell'Ucraina e il 5 dello stesso mese uno studio dell'Università di Princeton illustrava una simulazione di uno scenario possibile: sostanzialmente, da incubo. Un azzardo che, sommato alla presenza del sottomarino Belgorod nelle acque del Mar Nero capace di sganciare una potenza di fuoco nucleare in grado di travolgere città di milioni di abitanti, lascerebbe presagire come la minaccia nucleare ad oggi resti altissima.

Tale simulazione prevede che l'attacco possa partire dalla città russa di Kaliningrad verso il cuore dell'Europa. Una «pioggia di fuoco» che raggiungerebbe in pochi istanti le principali città europee tra cui anche quelle italiane. Secondo lo studio nelle prime tre ore potrebbero morire almeno 2,5 milioni di persone. Ma prevedendo anche la reazione della Nato, che potrebbe replicare con 600 testate nucleari, si aggiungerebbero altri 3,4 milioni di morti in soli 45 minuti. Lo studio prosegue con un altro scambio di attacchi che provocherebbe 85 milioni di morti in altri 45 minuti. In totale, in un conflitto che durerebbe 4 ore, morirebbero 91,5 milioni di persone. Uno scenario impressionante^[1].



«Una guerra nucleare su larga scala causerebbe un inverno nucleare, con un calo medio delle temperature di circa 10°C in tutto il mondo, e potrebbe uccidere la maggior parte dell'umanità in 10 anni»: questo si legge in un articolo comparso su *The Lancet* lo scorso 4 marzo^[2]. Nel contempo il *World Economic Forum*, da

anni, classifica tra i maggiori rischi che corre l'umanità proprio quelli legati al collasso ambientale, alle armi di distruzione di massa e alle malattie infettive. E non si scordi che tutti gli stati firmatari del *Trattato di non proliferazione nucleare* (approvato dall'Assemblea ONU il primo luglio 1968 ed entrato in vigore il 5 marzo 1970), quindi Russia compresa, avessero ribadito la dichiarazione di Reagan-Gorbaciov per cui «una guerra nucleare non può essere vinta e non deve mai essere combattuta».

Come la FAS (*Federation of American Scientists*) riporta nella tabella^[3], 12.700 è il numero stimato di testate presenti nel mondo da inizio 2022. Tra queste, più di 9400 si trovano negli arsenali militari, di cui circa 3700 sono schierate con le forze operative e tra queste ci sono infine circa 2000 testate statunitensi, russe, britanniche e francesi in "massima allerta", cioè pronte all'uso con breve preavviso. Circa il 90% di tutte le testate nucleari al mondo sono possedute dalla Russia e dagli Stati Uniti. Anche se il numero esatto di testate dei singoli paesi è segreto, la FAS sottolinea che una stima piuttosto precisa si ottiene attraverso le informazioni pubblicamente disponibili.

Quali sono le differenze tra le armi nucleari tattiche e strategiche?

Le tattiche hanno una potenza da 0,1 a 50 kilotoni, le strategiche da 100 a mille kt (la bomba nucleare di Hiroshima era tra i 12,5 e i 20 chilotoni). Il raggio d'azione da terra è di 500 chilometri per le tattiche, di 5.500 km per le strategiche; il potenziale distruttivo investe 59 chilometri quadrati per le tattiche, 1.230 per le strategiche; il fallout, cioè la nube tossica che si alzerebbe da un'esplosione, colpirebbe 2.800 chilometri quadrati con le tattiche, 33.910 con le strategiche.

«Ora siamo tutti figli di p...», disse il fisico Kenneth Bainbridge a Robert Oppenheimer una volta effettuato il *Trinity Test* nel New Mexico, che dimostrò una volta per tutte il funzionamento effettivo della bomba nucleare nel 1945.

Dopo che furono sganciate le terribili bombe su Hiroshima e Nagasaki, e dopo la fine delle nefandezze della Seconda guerra mondiale, le principali potenze mondiali vincitrici della guerra iniziarono (irresponsabilmente?) a sviluppare e testare nuove bombe nucleari, dapprima da parte dell'Unione Sovietica, poi del Regno Unito e poi degli Stati Uniti con la prima devastante bomba *a idrogeno*.

Nel 1955 iniziarono così gli impegni di scienziati e intellettuali contro la proliferazione nucleare e il disarmo, con Bertrand Russell e Albert Einstein.



Questo dunque è il problema che vi poniamo, un problema grave, terrificante, da cui non si può sfuggire: metteremo fine al genere umano, o l'umanità saprà rinunciare alla guerra? È una scelta con la quale la gente non vuole confrontarsi, poiché abolire la guerra è oltremodo difficile.

Abolire la guerra richiede sgradite limitazioni alla sovranità nazionale.

Ma forse ciò che maggiormente ci impedisce di comprendere pienamente la situazione è che la parola "umanità" suona vaga e astratta.

Gli individui [...] credono che le guerre potranno continuare a esserci, a patto che vengano vietate le armi moderne. Ma non è che un'illusione.

Gli accordi conclusi in tempo di pace di non utilizzare bombe all'idrogeno non verrebbero più considerati vincolanti in tempo di guerra. Con lo scoppio di un conflitto armato entrambe le parti si metterebbero a fabbricare bombe all'idrogeno, poiché se una parte costruisse bombe e l'altra no, la parte che ha fabbricato le bombe risulterebbe inevitabilmente vittoriosa. [...]

Ci attende, se lo vogliamo, un futuro di continuo progresso in termini di felicità, conoscenza e saggezza. Vogliamo invece scegliere la morte solo perché non siamo capaci di dimenticare le nostre contese? Ci appelliamo, in quanto esseri umani, ad altri esseri umani: ricordate la vostra umanità, e dimenticate il resto. Se ci riuscirete, si aprirà la strada verso un nuovo Paradiso; altrimenti, vi troverete davanti al rischio di un'estinzione totale.

Dopo il manifesto, la proliferazione nucleare aumentò, come abbiamo visto, fino al picco attorno al 1987. Le iniziative si sono moltiplicate, come l'**Unione degli Scienziati Per Il Disarmo** fondata da Carlo Bernardini nel 1983, che ha «l'obiettivo di fornire informazione e analisi su controllo degli armamenti e disarmo, incluse quelle relative all'impatto ambientale e ai costi umani dello sviluppo e della diffusione degli armamenti».

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS)^[4], l'**emergenza nucleare** si verifica quando avviene il rilascio di sostanze radioattive nell'ambiente, a seguito di un incidente in impianti nucleari, in impianti di stoccaggio di combustibile irraggiato o in depositi di rifiuti radioattivi, in navi a propulsione nucleare, in satelliti con sistemi nucleari a bordo o durante il trasporto di combustibile irraggiato. **Le emergenze radiologiche**, invece, si riferiscono a eventi non connessi a impianti nucleari ma che comportano comunque la diffusione di sostanze radioattive nell'ambiente. Ne sono un esempio gli eventi incidentali che coinvolgono sorgenti radioattive utilizzate in industrie, ospedali e laboratori di ricerca o durante il trasporto di materiale radioattivo.

In relazione ai nuovi scenari geopolitici europei, il 9 marzo 2022 il Governo italiano ha approvato il nuovo **Piano nazionale per la gestione delle emergenze radiologiche e nucleari**^[5]. Il Piano individua e disciplina le misure necessarie a fronteggiare le conseguenze di incidenti in impianti nucleari di potenza ubicati "oltre frontiera", ossia impianti prossimi al confine nazionale, in Europa e in paesi extraeuropei, tali da richiedere azioni d'intervento a livello nazionale e che non rientrino tra i presupposti per l'attivazione delle misure di Difesa Civile, di competenza del Ministero dell'Interno.

In conformità al Piano nazionale, in data 29 Settembre 2022 su proposta dell'assessore alla Sanità, la Giunta regionale piemontese ha approvato il **Piano regionale per la gestione delle emergenze radiologiche e nucleari**^[6].

L'obiettivo generale del documento è definire la risposta del sistema sanitario a livello regionale e locale per minimizzare il rischio di contaminazione e limitare la morbosità e la mortalità dovuta a potenziali eventi nucleari attraverso le azioni di sorveglianza sanitaria. Il Piano regionale concorre a definire la struttura organizzativa di coordinamento degli interventi sanitari a livello territoriale in caso di necessità e urgenza, individuando le procedure operative per la gestione del flusso delle informazioni e gli interventi prioritari da disporre per ridurre al massimo gli effetti di una eventuale emergenza nucleare sulla salute della popolazione e sull'ambiente. In particolare, si tratta di:

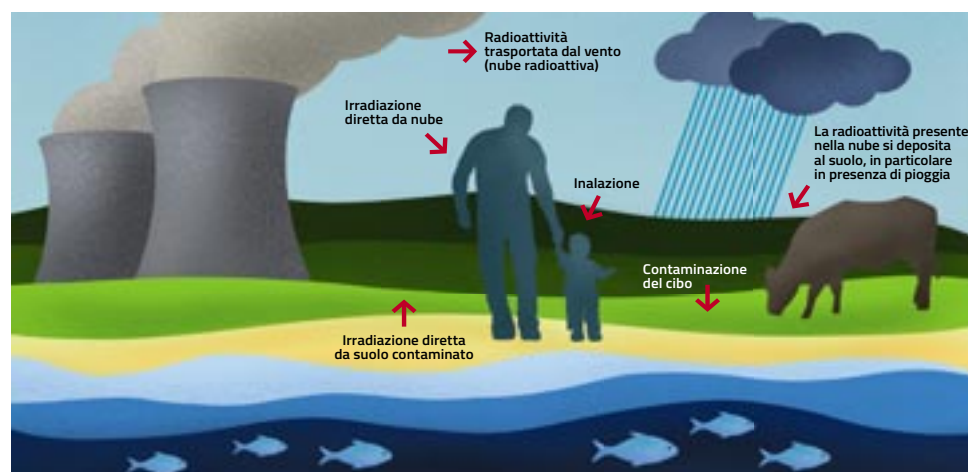
- attivare una congrua risposta organizzativa e tecnica al livello dei diversi *setting* (prevenzione, territorio, strutture residenziali, domicilio, ospedale...)
- identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di patologia, in modo da riconoscere tempestivamente l'evento;
- ridurre l'impatto sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali;
- assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta all'evento;
- garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e la popolazione;
- monitorare l'efficienza degli interventi e mantenere sistematicamente adeguato il piano.

Sintesi divulgativa

Rischio radiologico e nucleare: cosa sapere e cosa fare



Per assicurare la ricognizione e l'attivazione tempestiva delle risorse disponibili, il Dipartimento della Protezione Civile può avvalersi della Centrale remota per l'organizzazione dei soccorsi sanitari, struttura operativa incardinata in Azienda Zero, secondo la catena di comando individuata dal Piano. A seconda degli scenari di emergenza ipotizzati, sono previste azioni di risposta delle strutture del sistema sanitario focalizzate sulle informazioni alla popolazione, in modo da evitare sovrapposizioni dei Pronto soccorso da parte di soggetti a basso rischio. Nel dettaglio, i messaggi riguardano indicazioni per la sicurezza all'interno degli edifici (*sheltering*), misure di protezione individuale all'aperto, indicazioni per entrare ed uscire dagli edifici, indicazioni sulla gestione degli animali domestici, iodoprofilassi e trattamenti antidotali, piani di maxi emergenza negli ospedali, secondo gli specifici livelli di emergenza definiti dal Piano.



Il Dipartimento della Protezione civile, nel mese di ottobre '22, ha reso disponibili due approfonditi documenti tecnici ^{[7][8]}, inerenti all'informazione alla popolazione per gli scenari previsti dal *Piano nazionale* per la gestione delle emergenze radiologiche e nucleari, con relativi approfondimenti su:

- Capitolo 1: che cos'è la radioattività
- Capitolo 2: tipologia di radiazioni
- Capitolo 3: radioattività naturale e artificiale
- Capitolo 4: dosi efficaci
- Capitolo 5: effetti delle radiazioni ionizzanti sulla salute umana
- Capitolo 6: emergenze radiologiche e nucleari in Italia
- Capitolo 7: Piano nazionale, fasi operative e livelli di allerta
- Capitolo 8: reti di pronto allarme e monitoraggio della radioattività ambientale
- Capitolo 9: come avvertire la popolazione
- Capitolo 10: misure per proteggere la popolazione
- Capitolo 11: norme di comportamento per la popolazione

Si riportano di seguito i Capitoli 10 e 11, riguardanti specificatamente le misure di protezione della popolazione.

10. MISURE PER PROTEGGERE LA POPOLAZIONE

Per proteggere i cittadini dall'esposizione a una eventuale nube radioattiva, le Autorità possono immediatamente adottare misure protettive quali il riparo al chiuso, la iodoprofilassi e la restrizione al consumo di alimenti.

L'indicazione di riparo al chiuso

La misura di riparo al chiuso consiste nell'indicazione da parte delle Autorità di rimanere nella propria abitazione, o comunque in luoghi riparati, con le finestre chiuse e gli impianti di aerazione spenti. Orientativamente il riparo al chiuso può durare fino a 48 ore.

La iodoprofilassi

La misura della iodoprofilassi o somministrazione di iodio stabile consiste nell'assunzione di una compressa di ioduro di potassio (KI) che ha l'effetto di saturare la ghiandola tiroidea di iodio stabile, bloccando l'assorbimento di iodio radioattivo (iodio-131) e proteggendo così tale organo da possibili danni. È bene sapere che:

- l'assunzione di ioduro di potassio può prevenire i rischi per la tiroide dovuti all'esposizione allo iodio radioattivo, purché questa avvenga tempestivamente entro poche ore dall'esposizione;
- l'assunzione di ioduro di potassio può avere effetti collaterali, deve quindi essere soppesata in base al rapporto rischi-benefici e deve avvenire solo a seguito di indicazioni specifiche da parte delle Autorità e per determinate fasce di età. La distribuzione delle compresse sarà attivata sulla base della procedura stabilita dal Piano nazionale per la gestione delle emergenze nucleari e radiologiche;
- la iodoprofilassi non è indicata se l'incidente non comporta rilascio di iodio-131 oppure avviene a più di 200 km dal territorio italiano e pertanto si ribadisce che l'assunzione andrà disposta dalle Autorità.

La restrizione al consumo di alimenti

La radioattività rilasciata a seguito di un incidente nucleare è trasportata nell'ambiente, depositata nel terreno, assorbita dalle piante attraverso foglie e radici ed entra così nella catena alimentare provocando esposizione da ingestione. Per questo motivo, nelle aree più contaminate, è previsto il blocco selettivo al consumo degli alimenti. In prima battuta questo blocco potrebbe riguardare soprattutto le verdure a foglia e il latte.

Per proteggere la catena alimentare, nelle aree più contaminate sono inoltre adottate misure a protezione del patrimonio zootecnico, che mirano a evitare l'esposizione degli animali da allevamento come il divieto di pascolo, l'alimentazione degli animali con foraggio e mangimi non contaminati, il riparo al chiuso degli animali da allevamento, il divieto di macellazione.

Numerosi studi, in seguito all'emergenza nucleare di Chernobyl, hanno evidenziato la riduzione dei rischi sanitari correlata all'adozione di misure di protezione quali la restrizione al consumo di alimenti.

11. NORME DI COMPORTAMENTO PER LA POPOLAZIONE

Informazioni in merito ai comportamenti che la popolazione deve adottare in caso di emergenza radiologico-nucleare

In caso di emergenza, è fondamentale seguire le indicazioni delle Autorità. Nel caso del rischio radiologico e nucleare questo principio è ancora più necessario, tenendo conto che i nostri sensi non percepiscono le radiazioni, che possono invece essere rilevate e misurate con l'uso di strumenti specifici. Gli incidenti che si verificano negli impianti nucleari, come precedentemente indicato, possono avere caratteristiche diverse e, in alcuni casi, provocare il rilascio di radiazioni all'esterno della struttura. In base alla tipologia di incidente, alle sostanze rilasciate, alla distanza dell'impianto dal confine nazionale e alle condizioni meteorologiche, le Autorità possono disporre misure diverse per la tutela della salute e dell'ambiente, che tengono conto anche dei dati rilevati dalle reti di monitoraggio della radioattività e dei possibili effetti sulla popolazione. In particolare, come già indicato, se l'incidente avviene in un impianto che si trova entro i 200 km dai confini nazionali, le Autorità competenti possono dare indicazioni relativamente alle misure dirette (riparo al chiuso e iodoprofilassi) che la popolazione deve adottare. In caso di incidente grave in una centrale distante oltre 200 km non sono previste misure protettive dirette ma solo misure indirette, quali restrizioni sulla distribuzione e consumo di alimenti e misure di protezione del patrimonio agricolo e zootecnico. Infine in caso di incidente in un impianto nucleare extraeuropeo non sono previste misure dirette o indirette data la grande distanza dall'incidente, ma solo misure volte all'assistenza dei connazionali che si trovano nel territorio interessato dall'evento, misure per l'importazione di alimenti e di altri prodotti e misure di controllo della contaminazione personale per chi rientra dalle aree a rischio.

11.1 Azioni da adottare durante il passaggio della nube, dalle prime ore ai primi giorni dopo l'incidente

È fondamentale tenersi sempre informati sull'evolversi della situazione e quindi seguire le raccomandazioni fornite dalle Autorità attraverso siti web, profili social, numeri verdi istituzionali e seguire gli aggiornamenti sui mezzi di informazioni nazionali e locali. In termini generali le misure da adottare riguardano il riparo al chiuso, la iodoprofilassi e il consumo di alimenti.

Misure di riparo al chiuso

Durante il passaggio della nube le mura degli edifici possono bloccare gran parte della radioattività e minimizzare l'esposizione da inalazione (che potrebbe avvenire anche successivamente al passaggio dalla nube), da sommersione della nube e da suolo contaminato. Orientativamente l'indicazione di riparo al chiuso può durare 48 ore.

Se ci si trova all'aperto:

- evitare qualsiasi sosta all'esterno;
- raggiungere il prima possibile un luogo chiuso;
- portare al riparo le persone più vicine fisicamente, con particolare riguardo a bambini e soggetti fragili, e i propri animali domestici;
- non andare a prendere i bambini, se sono a scuola, salvo diversa indicazione da parte dell'istituto scolastico o dell'Autorità: sono già in un riparo sicuro.

Se ci si trova in luogo chiuso:

- è possibile consumare acqua potabile e alimenti presenti nella propria abitazione salvo diversa indicazione da parte delle Autorità;

- non mangiare alimenti esposti all'aria aperta, in particolare prodotti di orti o giardini;
- non lasciare la propria abitazione o il luogo di lavoro;
- chiudere porte e finestre;
- spegnere gli impianti di aria condizionata e i sistemi di presa d'aria esterna;
- chiudere i camini, se possibile;
- spostarsi in un locale seminterrato o interrato, se possibile;
- usare il telefono o il cellulare solo in caso di stretta necessità;
- se si deve necessariamente uscire, non lasciare parti del corpo scoperte e indossare mascherina, berretto e guanti.

Se si rientra nella propria abitazione o altro edificio dopo essere stati all'aperto:

- togliere i vestiti e le scarpe;
- mettere gli abiti dismessi in un sacchetto di plastica e chiuderlo bene;
- porre il sacchetto fuori dalla portata di persone e animali o in una stanza separata, per evitare la contaminazione radioattiva dell'abitazione;
- fare una doccia e lavare il corpo con acqua e sapone, in particolare parti esposte come capelli e mani;
- se non è possibile fare una doccia, lavare comunque con acqua e sapone occhi, orecchie e bocca nel giro di alcuni minuti dal contatto. Un semplice getto d'acqua sul corpo non è sufficiente;
- fare attenzione a non irritare o ferire la pelle lavandosi;
- indossare vestiti puliti.

Per qualche studioso, paradossalmente, il padre della bomba è Albert Einstein, il più grande fisico mai esistito. Non partecipò all'uso militare del nucleare, ma la sua formula $E=mc^2$ fu indispensabile per sviluppare la bomba atomica, perché implicava l'equivalenza tra massa ed energia generando una bomba a fissione nucleare, un'arma di distruzione assoluta. Tutto iniziò con la teoria della relatività ristretta: si intuì che ci potesse essere la possibilità di trasformare la materia in energia. Enrico Fermi sviluppò le ricerche e Robert Oppenheimer scoprì che la costruzione della bomba non era impossibile. Dopo Hiroshima e Nagasaki, nell'agosto 1945, Einstein affranto disse: «Non ho idea di quali armi serviranno per combattere la terza Guerra Mondiale, ma la quarta sarà combattuta coi bastoni e con le pietre. In ogni caso, se lo avessi saputo, avrei fatto l'orologiaio».

Bibliografia

- [0] Dipingi un sole che non sa che cos'è la radioattività ... [Renato Zero, Sogni di latta, Album Zerolandia, 1978]
 [1] Il Tempo, Esteri, 6 ottobre 2022
 [2] [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00422-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00422-6/fulltext) - Reducing the risks of nuclear war to humanity
 [3] <https://public.tableau.com/app/profile/kate.kohn/viz/EstimatedGlobalNuclearWarheadInventories2021/Dashboard1>
 [4] https://www.iss.it/-/radiazioni-nelle-emergenze-nucleari-e-radiologiche/-/asset_publisher/L6pCAKa9c9V6/content/emergenze-nucleari-e-radiologiche
 [5] https://www.protezionecivile.gov.it/static/da3c780d38a2f1abe6d0cf618c93a467/piano-nazionale-gestione-emergenze-radiologiche-nucleari-20220309-21_1.pdf
 [6] <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/emergenze-radiologiche-nucleari-piano-interventi-per-protezione-sanitaria>
 [7] https://anci.lombardia.it/documenti/14861-documento_tecnico_.pdf
 [8] https://anci.lombardia.it/documenti/14862-sintesi_divulgativa.pdf

CUNEO - 12 novembre 2022
Sede OMCeO

DIABETE IN ETÀ PEDIATRICA: ESPERIENZE A CONFRONTO TRA OSPEDALE E TERRITORIO

L'Ordine dei Medici di Cuneo, per mezzo della Commissione Tutela Infanzia e Adolescenza, da qualche tempo si occupa delle problematiche medico-sociali dei minori. Grazie alla collaborazione tra pediatri territoriali e ospedalieri, neuropsichiatri infantili ed altre figure professionali vicine ai bambini sono iniziate attività di collaborazione anche con altri settori medici e non della società. Siamo stati presenti in varie sedi per mettere in evidenza le criticità del mondo dei bambini e cercare soluzioni possibili per un mondo sempre più sensibile alle loro problematiche. Sono stati scritti articoli su tali temi su riviste mediche e quotidiani locali; abbiamo partecipato a molte riunioni mettendo in evidenza il grave problema della mancanza di specialisti in Pediatria ed un futuro che si presenta difficile. A nome di tale Commissione dell'Ordine abbiamo partecipato ad udienze in tribunale in cui erano coinvolti dei minori cercando di farci portavoce dei loro diritti. Da ultimo abbiamo pianificato eventi formativi in ambito pediatrico il primo dei quali, a Novembre, verterà sulla problematica sulla corretta gestione del diabete infantile. L'argomento sarà sicuramente di particolare interesse, oltre che per i Pediatri, anche per i MMG che sempre più frequentemente hanno ed avranno in carico bambini sopra i 6 anni per la già menzionata criticità della mancanza di PLS disponibili.

Gli obiettivi del corso di aggiornamento/formazione del 12 Novembre 2022 sono:

- condividere conoscenze per favorire la diagnosi tempestiva di Diabete Mellito dell'infanzia (DM1) prevenendo l'esordio in chetoacidosi
- implementare l'attitudine alla cura e all'accettazione della malattia cronica
- favorire l'inserimento sicuro del bambino con DM1 nel contesto sociale

Tali obiettivi si possono realizzare attraverso l'integrazione e la collaborazione tra il personale ospedaliero e territoriale al fine di migliorare la qualità di vita del bambino con DM1 e della sua famiglia.



diabete italia



GIOCHI DI EQUILIBRIO

8,30 Registrazione partecipanti

9,00 Presentazione della Commissione Tutela Infanzia e Adolescenza OMCeO di Cuneo

e introduzione alla giornata di aggiornamento BARBERO Giulio Dr Michele, referente della Commissione

SESSIONE I

MODERATORI: TAPPI Dr.ssa Eleonora, BARBERO Dr. Giulio Michele

9,15 **ESORDIO IN CHETOACIDOSI:**

L'IMPORTANZA DI PREVENIRLO

condivisione di casi clinici

Federica GALLAROTTI, Maria Francesca FISSORE,

Agnese BELTRAMO, Marina VALLATI

9,45 **NOVITÀ NELLA TERAPIA DEL DIABETE MELLITO:**

L'IMPORTANZA DELL'EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Valeria DE DONNO, Cristina TOSELLO

10,15 **PREGIUDIZI E FALSI MITI SULL'ALIMENTAZIONE
DI BAMBINO E ADOLESCENTE CON DIABETE:**

L'IMPORTANZA DEL CORRETTO APPROCCIO

Stefania BROVERO

10,45 **VIDEO - PAUSA CAFFÈ**

SESSIONE II

MODERATORI: VIVALDA Dr.ssa Paola, BORRETTA Dr. Giorgio

11,15 **QUANDO ARRIVA L'OSPITE INDESIDERATO (DM1)
E LA FAMIGLIA CI DEVE CONVIVERE OGNI GIORNO**

L'IMPORTANZA DI SENTIRSI COMPRESI

Cristina GIORDANA

11,45 **DIABETE A SCUOLA:**

L'IMPORTANZA DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Claudia BOBBA, Ivana PECOLLO, Miranda BOF, Miranda PELLEGRINO

12,15 **...QUANDO IL PAZIENTE CON DM1
DIVENTA MAGGIORENNE?**

L'IMPORTANZA DELL'ACCOMPAGNAMENTO

Micaela PELLEGRINO

12,45 **JADA, DIABETE NO LIMITS:**

L'IMPORTANTE RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

13,15 **VERIFICA APPRENDIMENTO E CHIUSURA DEI LAVORI**



L'evento ECM 2603 - 365531 - accreditato per 50 medici limitatamente alle discipline: endocrinologia; medicina generale (medici di famiglia); pediatria; pediatria (pediatri di libera scelta), ha ottenuto 4 CREDITI

Iscrizione gratuita fino a disponibilità dei posti richiedendo il modulo a: omceo.cuneo@gmail.com

Segreteria organizzativa: Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Cuneo

Per informazioni contattare: 0171692195

LIBROTERAPIA

La malattia, dal generico disagio di stare al mondo fino alla patologia più definita, è di sicuro uno dei principali temi di narrazione degli esseri umani.

Le prime testimonianze di libroterapia risalgono alle biblioteche della Grecia; Aristotele credeva nei suoi effetti benefici e Aulo Cornelio Celso ne suggeriva la pratica. Nel XVIII le biblioteche entrarono a far parte degli ospedali psichiatrici in Europa, poi delle divisioni dell'esercito e dal 1940 delle carceri. Alla fine della grande guerra la lettura fu utilizzata in un ospedale americano per alleviare le sofferenze dei reduci.



Le autrici di questo testo utilizzano questo termine: libroterapia, intendendo con essa un "ramo della medicina che cura certi disturbi dell'esistenza con la somministrazione di opere di narrativa". I rimedi che inseriscono in questo volume, pensato proprio come un manuale, con le voci delle affezioni trattate in ordine alfabetico, non si trovano in farmacia, ma in libreria e in biblioteca. Tali provvedimenti sono il frutto di un lavoro di analisi di duemila anni di letteratura in cerca delle menti più brillanti e delle letture più ricostituenti.

Le ricette riportano prescrizioni di romanzi nei quali, a volte è la storia che affascina, a volte il ritmo della prosa che lavora sulla psiche calmandola o stimolandola. In qualsiasi caso le opere proposte hanno il potere di trasformare e di far guardare il mondo da un altro punto di vista. Alcuni di questi trattamenti porteranno a guarigione, altri semplicemente conforto, ma tutti, alla fine, offriranno un sollievo temporaneo dai sintomi grazie al potere di distrarre e trasportare della letteratura.

Perché questo volume? Per non dimenticare quanto sia importante ai giorni nostri, ricchi di grandi possibilità terapeutiche, l'arte della cura che comprende anche l'esercizio del sollievo.

Da segnalare nel volume proposto, gli elenchi dei migliori testi da leggere per ogni decennio di vita, per ciascun rito di passaggio e per alcuni malanni più comuni, trattati dalle autrici con competenza ed umorismo.

Silvana GARELLO

Medico specialista in Neuropsichiatria Infantile Attualmente libero professionista.

Curarsi con i libri - Rimedi letterari per ogni malanno
Ella Berthoud, Susan Elderkin - Sellerio, 2021

IL CAVALIERE DEL TEMPIO

Diego Beltrutti di San Biagio, medico chirurgo dell'Ordine di Cuneo, esperto di Medicina del Dolore, già presidente della *World Society of Pain Physicians*, da oltre venti anni ricopre la carica di Priore Generale del *Venerabilis Ordo Sancti Sepulchri*, ordine cavalleresco fondato nel 1365 nel Principato di Seborga. Dopo il successo del libro CATECHISMO TEMPLARE (Bastogi Editore, Roma), Beltrutti decide di proseguire nella traduzione e commento della seconda parte del *De Laude Novae Militiae di San Bernardo*, testo esortativo scritto dal santo tra il 1128 e il 1136 in onore dei primi cavalieri del Tempio operanti in Gerusalemme. Essere Cavaliere dell'Ordine del Tempio, oggi, 710 anni dopo la morte del XXIII Gran Maestro Jacques de Molay e la soppressione dell'Ordine ad opera di papa Clemente V significa desiderare di attestare nella società laica e profana un forte sentimento di identità Cristiana. Il fatto di essere stati legati per secoli al Principato di Seborga ha consentito all'ordine di continuare ad esistere ed operare fino ad oggi. La Cavalleria prefigurata da San Bernard de Clairvaux, l'abate di Fontaine-lès-Dijon (F), conosciuto anche con l'appellativo di Doctor mellifluus, è una istituzione militare ma allo stesso tempo religiosa. Come ci spiega il San Bernard nel libro IL CAVALIERE DEL TEMPIO, entrare in cavalleria significa anche abbracciare una particolare via iniziatica; il viaggio che il cavaliere deve compiere consta di varie tappe: inizia a Betlemme, prosegue per Nazareth, poi sale al Monte degli ulivi, attraversa la valle di Josafath, passa il Giordano per salire al Golgota. Raggiunge infine il Santo Sepolcro per poi concludersi a Betània dopo essere passati per Bètfrage, la 'casa della bocca'. Il questo viaggio in parte terreno ed in parte spirituale il Cavaliere si trasformerà in Cavaliere di Cristo. Questa *peregrinatio*, che rientra tra le forme più alte di testimonianza cristiana, porterà il cavaliere ad una ferma e sicura realizzazione umana e spirituale.

Il viaggio iniziatico del Cavaliere del Tempio ha varie tappe come abbiamo ricordato più sopra. Se pare evidente che inizi a Betlemme non è facile prevedere perché esso finisca a Bètania piuttosto che al Sepolcro. Al termine di questo percorso il Cavaliere comprenderà che a lui è richiesto combattere non solo 'in Cristo e con Cristo' ma 'per Cristo'. Per questa ragione, per la disponibilità a donare, se necessario, anche la propria vita per la difesa della Cristianità, si tratta indubbiamente di un sentiero, di una via stretta, impegnativa e non adatta a tutti, né allora né oggi. Essa richiede, a coloro che decideranno di percorrerla, di essere prudenti, fedeli e coraggiosi. Per contro c'è la gioia e l'onore e la consapevolezza di fare parte di un Ordine cavalleresco nel quale ha militato il meglio della gioventù europea e di potere dire con Paolo, quando sarà giunta l'ora: «Ho combattuto la buona battaglia, ho terminato la mia corsa, ho conservato la fede». (2Tm; 4,7).



Diego Beltrutti di San Biagio. Il cavaliere del tempio - tra San Bernardo e la Libera Muratoria.
Editore Arabafenice, Cuneo. ISBN: 9788866176152 - costo 18€

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Amerio Erica	Ceva
Arnaudo Elena	Pagno
Bertaina Francesca	Mondovì
Capriolo Alessandro	Bra
Destefanis Andrea	Cuneo
Dutto Cristina	Cuneo
Gullino Paola	B.S.Dalmazzo
Leyva Carralero Grethel	Saluzzo
Mandrile Gloria	Cuneo
Omedé Michela	Som. Del Bosco
Papaleo Eleonora	Cuneo
Peretti Michele	Cavallermaggiore

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Bianchi Andrea	Perugia
Mangiapelo Marta	Frosinone

MEDICI CANCELLAZIONE PER TRASFERIMENTO

Eftimiadi Gemma	Roma
-----------------	------

MEDICI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Mellano Giovanni Antonio	Fossano
Piano Andrea	Alba
Sacco Mauro	Cuneo
Sensini Didio	Alba

MEDICI DECEDUTI

Cardarelli Patrizia	Fossano
Coaloe Maddalena	Savigliano
Ghigo Alceste	Cuneo
Griseri Ivana	Moncalieri
Prono Arnaldo	Cuneo
Raffa Giovanni	Mondovì
Valente Marco Rodolfo	Cherasco

ODONTOIATRI PRIME ISCRIZIONI

Buza Kujtim	Cuneo
Cagnotti Fabio	Savigliano
Gallo Vittorio	Saluzzo
Moscone Virginia	Monforte D'Alba
Raviola Alberto	Bra
Sandron Stefano	Alba

ODONTOIATRI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Gazzera Filippo	Lione (Francia)
Giuria Roberto	Montaldo Mondovì
Malandrino Carla	Cuneo
Dentistry Fb Srl Stp	Alba
Società Tealdo Centri Odontoiatrici Srl Stp	Alba

NECROLOGIO

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

CARDARELLI Dr.ssa Patrizia Medico Chirurgo di anni 64
 COALOE Dr.ssa Maddalena Medico Chirurgo di anni 67
 GHIGO Dr. Alceste Medico Chirurgo di anni 90
 GRISERI Dr.ssa Ivana Medico Chirurgo di anni 61
 PRONO Dr. Arnaldo Medico Chirurgo di anni 70
 RAFFA Dr. Giovanni Medico Chirurgo di anni 94
 VALENTE Dr. Marco Rodolfo Medico Chirurgo di anni 72

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