

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: 6 aprile 2023.

IN QUESTO NUMERO

L'editoriale di apertura di Blengini inizia parlando di uno dei problemi più importanti per chiunque abbia una attività o si accinga a fare qualcosa al di fuori di casa propria (e spesso non si scampa nemmeno lì...): districarsi tra i lacci e laccioli burocratici che, nel nome della semplificazione e della trasparenza, rendono sempre più complessa l'esecuzione di pratiche anche banali, come la scelta dei tovaglioli di carta per un Comune o delle cialde del caffè o delle matite per un qualsiasi Ente pubblico. Sulla base di norme a volte astruse per noi "gente semplice" e nel timore di terrificanti ritorsioni, spesso ci si avvia su problematiche la cui rilevanza è prossima allo zero per poi rischiare di perdere di vista problemi di ben altra portata: ma l'articolo in verità è di assai più largo respiro e pertanto non ne voglio anticipare i contenuti.



A seguire il nostro Consigliere Papaleo, calandosi nel suo ruolo di Direttore della Medicina Nucleare, ci porta in campo scientifico con un approfondimento davvero interessante sulla diagnostica per immagini e, nello specifico, sulle peculiarità della PET/CT (da noi presente all'Ospedale Santa Croce di Cuneo, con un servizio che copre l'intera Provincia ed il territorio regionale) e sulla necessità di una implementazione dell'offerta di tali metodiche diagnostico - terapeutiche.

Ritorna quindi a scrivere per il nostro Notiziario Umberto Goglia con un pezzo intitolato "Il capitale biologico: salute, disuguaglianze sociali, strategie politiche", articolo troppo strutturato per essere ridotto a poche righe di commento ma che deve essere letto con attenzione e conferma la necessità di avere il suo Autore come collaboratore fisso della nostra Redazione.

Nell'angolo dedicato alle Commissioni è la volta di quella dei Giovani Medici che lavora ed offre alla nostra attenzione un sondaggio dal quale emergono considerazioni su cui riflettere (Survey sulla Continuità Assistenziale).

A seguire presentiamo l'importante evento di cui è artefice il dottor Aldo Manca, Direttore della S.C. di Gastroenterologia del Santa Croce ovvero le "IX Giornate gastro-epatologiche cuneesi", appuntamento che vede la partecipazione di Colleghi e studiosi di prima grandezza in ambito nazionale ed internazionale.

Sempre riguardo i Convegni viene infine presentato un incontro sulla "Telemedicina" che si terrà a Torino alla fine di Marzo, con propositi non solo formativi ma anche di impegno sociale, aperto a sanitari e "laici".

SALAME, VERDURA, TRASPARENZA E SANITÀ... PUBBLICA?

Sono tre, tra le tante le notizie sentite ai notiziari radiotelevisivi o lette sulle pagine dei quotidiani, quelle che mi hanno decisamente colpito in questi recenti giorni. Due più leggere se si riesce a coglierne almeno in parte il lato umoristico. Una decisamente più seria per quello che comporta. Ma veniamo alle notizie "leggere". La prima riguarda l'applicazione delle **norme per la trasparenza e l'anticorruzione**. Temi sempre più all'ordine del giorno anche nelle riunioni del nostro Consiglio quando ci sono scelte da fare o acquisti da deliberare. Quello che è successo di recente in un piccolo comune del Bolognese mette in evidenza il paradosso di portare all'estremo, senza margini di ragionevolezza e di buon senso, la burocrazia e il rispetto delle norme. Peccato poi che proprio le norme finiscano spesso per complicare la vita a chi si muove correttamente, riuscendo per contro molto meno nel prevenire quello per cui sono state pensate.



Ecco cosa è capitato al piccolo comune di Pianoro. La questione del contendere, o meglio da deliberare, era l'acquisto di "cinque blocchi di carta millimetrata", necessari all'ufficio della Polizia locale per rilevare gli incidenti stradali e produrre i relativi verbali. Che fare per il corretto acquisto in piena trasparenza? Innanzi tutto, hanno dovuto interpellare tre fornitori e poi pubblicare una determina a giustificazione dell'acquisto. In questo caso specifico era la procedura corretta visto che il costo per l'acquisto di detta fornitura risultava inferiore all'importo minimo indispensabile richiesto per procedere utilizzando la piattaforma digitale del Me.PA di Consip. Così il Comune ha dovuto approntare una relazione di ben sei pagine in cui, non solo si citano i tre preventivi (con variazioni fino a 50 centesimi), ma si prendono pure in considerazione le opportune leggi e i decreti in merito alla trasparenza dei conti pubblici e del bilancio comunale.



Bene, anzi benissimo, peccato che l'intera operazione aveva un costo totale di 5 euro, circa un euro per ogni blocchetto, Iva e spese di consegna comprese. E pochi giorni dopo sempre lo stesso Comune per una fornitura di "cinque pacchi di tovaglioli di carta da utilizzare durante le sedute del Consiglio Comunale per rendere igienico il piano di appoggio delle borracce e/o bicchieri dei Consiglieri" ha dovuto approntare un'altra delibera, ancora di sei pagine, per giustificare l'acquisto questa volta "più caro" del precedente: non più di 5, bensì di 14,40 euro. Anche il nostro Ordine si trova sempre più spesso di fronte a problematiche e dilemmi di questo genere. Il rispetto della legge assume sempre più contorni kafkiani e più che risolvere i problemi per cui la norma era nata, essa rende drammaticamente complicata la normale attività quotidiana di molti piccoli Enti o Istituzioni, fino al paradosso di paralizzarne o quasi il funzionamento. Se poi per applicare queste regole, per paura di controlli e sanzioni, si diventa più realisti del Re come spesso capita, la situazione finisce per diventare insostenibile, come la storia sopra riportata dimostra. Senza considerare il tempo, ma soprattutto i costi di un professionista per stilare la relazione per una spesa così esigua. Ma tant'è, o meglio così, accade ai nostri tempi! Ed ecco la seconda perla. Questa volta in causa non è più la burocrazia ma l'intelligenza artificiale. Cioè il presente e il futuro della Medicina, ma non solo, in un'epoca in cui i progressi della scienza stentano a farne cogliere i limiti che inevitabilmente si aprono insieme ai nuovi orizzonti e alle conquiste. In Gran Bretagna, già da un po' di tempo, i pazienti che rinunciano al medico del servizio sanitario pubblico possono ricevere consultazioni gratuite tramite una piattaforma informatica. Il servizio è frutto di una collaborazione tra *National Health Service* e l'app *Babylon Health*. L'app *Babylon* offre inoltre al paziente la possibilità di utilizzare anche un *Symptom Checker Chatbot*, chat automatizzata basata su intelligenza artificiale capace di fornire una valutazione del proprio stato di salute sulla base dei sintomi comunicati dai pazienti direttamente al software. Nello specifico dell'esperienza londinese di *Babylon Health* numerosi sono gli interrogativi che si pongono all'orizzonte, a partire dallo strumento di *Symptom Checker Chatbot* il cui esito diagnostico non solo si basa esclusivamente sul dato anamnestico, in evidente contraddizione con la buona pratica clinica, ma è frutto dell'esclusiva interazione tra paziente e software, dando quindi per scontate la capacità del paziente di descrivere accuratamente il suo stato di salute e del software di essere capace di trarne conclusioni affidabili in assenza dell'interpretazione medica.

«*L'intelligenza non è artificiale*» ha titolato di recente e forse con ragione una rivista di geopolitica. E in effetti una recente vicenda ha sottolineato i limiti dell'intelligenza artificiale. Non che questa non sia utile anzi, ma il discernimento umano continua a fare la differenza in Medicina e non solo. Questa volta il tutto nasce da una campagna per pubblicizzare il panino alla finocchiona fatto da un'agenzia pugliese per un'enoteca di Bari. Ma la campagna promozionale su un'eccellenza della norcineria toscana è stata ahimè bloccata da Meta (alias Facebook) sospettando che fosse un insulto o comunque una provocazione di genere.

"La tua inserzione sembra insultare o prendere di mira gruppi specifici di categorie protette, pertanto non rispetta i nostri standard della community", hanno scritto dal social e a nulla sono valse le proteste del team creativo che aveva orchestrato la campagna pubblicitaria. Quel «finocchiona» per gli algoritmi che sorvegliano Facebook è un insulto e dato che l'algoritmo non ragiona non c'è stato nulla da fare. È proprio il fatto di ragionare, tenendo conto del contesto e delle interazioni, ma anche in certi casi del lato emozionale, che rende così importante l'intelligenza umana in qualsiasi professione rispetto a quella artificiale. Quest'ultima è bravissima nel fare comparazione tra le informazioni che possiede, ma incapace di ragionare veramente e di costruire un pensiero autonomo non pre-standardizzato. E non potrebbe essere altrimenti. Ragionare, cioè avere la capacità di produrre un processo della mente o della ragione che, muovendo da alcune premesse, perviene a una conclusione originale e autonoma, basata non solo sulle informazioni, ma soprattutto sulla contestualizzazione delle informazioni allo specifico campo di applicazione, tenendo conto dei risvolti pratici, (ma anche emotivi e delle implicazioni psicologiche e sociali che ne possono derivare), non è, e non credo sarà mai, alla portata dell'intelligenza artificiale. La preminenza dell'uomo, e se volete della mente, sulla macchina, per quanto sofisticata, rimane l'assunto essenziale. Se queste erano cose leggere, ben altra cosa sembra il D.D.L. sull'autonomia regionale differenziata. Qui sì la cosa si fa decisamente più seria per le implicazioni che ne derivano. A qualcuno sembra un ulteriore passo verso lo smantellamento del Sistema Sanitario Nazionale pubblico a favore della Sanità privata. L'universalismo e l'universalità del Servizio Sanitario Pubblico rischia sempre più di diventare evanescente, fino al pericolo concreto di scomparire, a favore di una Sanità privata che diventerà sempre più a disposizione e alla portata di chi se lo può permettere. E questo senza che la maggioranza dei cittadini abbia colto appieno la profondità e le implicazioni del cambiamento ipotizzato. Certo, ad una valutazione superficiale molti possono dire: *ma già ora per l'inefficienza del Sistema pubblico molte prestazioni le acquistiamo già dal Privato in tempi più rapidi ed a un prezzo non così superiore a quanto avremmo pagato nel pubblico.* Ma si dimenticano o non sanno, perché nessuno glielo ha fatto notare, che il Privato, proprio per una sua caratteristica intrinseca di produrre profitto, può garantire a costi concorrenziali solo determinate prestazioni. Mentre il nostro SSN solidaristico garantisce tutti, indipendentemente dal ceto e dallo stato patrimoniale, ma soprattutto senza tener conto se la patologia da cui il cittadino è affetto sia a basso o ad alto impatto sulla spesa che ne deriva per la cura. Se i ricoveri e le cure ad alto costo o di malattie rare od orfane dovessero essere gestite con logica privatistica allora i costi per una malattia avrebbero un impatto devastante sui bilanci familiari. Ben diverso dalla spesa una tantum per una prestazione di diagnostica laboratoristica o per immagini, o ancora di una visita specialistica. La politica miope in fatto di Sanità ha tagliato pesantemente negli anni i finanziamenti necessari a mantenere e implementare le risorse non solo strumentali, ma anche umane, per permettere al sistema di fronteggiare le nuove sfide, in primis l'invecchiamento della popolazione e l'inversione di rotta del rapporto tra unità lavorative e numero di pensionati che rischia di minare l'equilibrio del sistema. Questo ha determinato una progressiva carenza di mezzi e personale, fatto reso macroscopicamente evidente dalla recente pandemia. Il rischio

concreto è che queste carenze non vengano percepite come la conseguenza degli errori a cui porre rimedio, ma possano essere utilizzate impropriamente e diventare il motivo per scelte che potrebbero rivelarsi ulteriormente devastanti e distruttive sulla già fragile tenuta del sistema nel breve medio e lungo periodo. Ma a questo non ci si pensa, o non ci si pensa ancora, né se ne valutano le implicazioni, soprattutto se si sta ancora per fortuna abbastanza bene. Proprio su questo il GIMBE Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze, per bocca del suo autorevole presidente, Nino Cartabellotta, ha sottolineato come il testo all'esame del Cdm è scritto in modo tale da "blindare" l'autonomia differenziata, facendone *un'affaire tra Governo e Regioni esautorando il Parlamento*. Aggiungendo poi come il D.D.L. Calderoli, *non prevede risorse per finanziare i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e consente il trasferimento delle autonomie alle Regioni prima, senza recuperare i divari tra le varie aree del Paese*. La fondazione nel suo Report: "Osservatorio GIMBE 1/2023 - Il regionalismo differenziato in Sanità" ha segnalato tra l'altro nelle considerazioni generali sulle richieste di autonomia da parte di tre Regioni:

- *Altre forme di autonomia rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale aumentando le disuguaglianze regionali, proprio in un momento storico dove la riorganizzazione dei servizi sanitari legata alle risorse del PNRR impone di ridurle....*
- *Alcune istanze risultano francamente "eversive" rispetto al SSN. Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via a sistemi assicurativo-mutualistici regionali totalmente sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale. Inoltre, la richiesta del Veneto di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord, ponendo, peraltro, una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sugli stessi sindacati.*

Per capire meglio l'impatto delle maggiori autonomie in termini di tutela della salute, la Fondazione GIMBE aveva lanciato tempo fa una pubblica consultazione, per cercare di far luce sui potenziali rischi del regionalismo differenziato sulla tutela della Salute e alimentare la discussione pubblica su un tema le cui conseguenze rischiano di compromettere i diritti civili delle persone. *I risultati suggeriscono che, relativamente alla Sanità, il regionalismo differenziato deve essere "maneggiato con cura" con l'irrinunciabile obiettivo di rispettare gli equilibri previsti dalla Costituzione e garantire il diritto alla tutela della Salute sull'intero territorio nazionale*. E questo ha portato la Fondazione a concludere sulla base delle rilevazioni e previa analisi dei 10 monitoraggi annuali del Ministero della Salute dal 2010 al 2019 quanto segue: *In uno scenario di maggiori autonomie regionali, la Sanità rappresenta indubbiamente la cartina al tornasole, perché nonostante la definizione dei LEA nel 2001, il loro monitoraggio annuale tramite la "Griglia LEA" e l'utilizzo di strumenti da parte dello Stato (Piani di rientro e commissariamenti) per migliorarne l'erogazione e riequilibrare i bilanci in alcune Regioni, i dati documentano la persistenza di inaccettabili disuguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali, sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie sia negli esiti di salute.*

*In altre parole, la Sanità rappresenta da oltre 20 anni un "ecosistema" dove il processo di definizione di standard nazionali (LEA), il loro monitoraggio e le azioni intraprese dallo Stato non hanno affatto ridotto le disuguaglianze regionali, e in particolare il gap strutturale Nord-Sud, che su vari indicatori è addirittura peggiorato, come documentano anche i dati sulla mobilità sanitaria. Di conseguenza, l'attuazione delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni con le miglior performance sanitarie è inevitabilmente destinata ad amplificare le disuguaglianze di un SSN, oggi universalistico ed equo solo sulla carta. I principi fondanti del SSN si sono già dissolti senza alcun ricorso all'autonomia differenziata, ma solo in ragione della competenza regionale concorrente in tema di tutela della Salute. Il regionalismo differenziato finirà dunque per legittimare normativamente e in maniera irreversibile il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute. E questo proprio nel momento in cui il nostro Paese ha sottoscritto con l'Europa il PNRR, che ha l'obiettivo trasversale di ridurre le disuguaglianze regionali e territoriali. Non certo un buon viatico per pensare che l'autonomia regionale, soprattutto in materia di Sanità, possa portare buoni frutti. Non per niente anche la FNOMCEO, nella persona del suo presidente, ha dichiarato in un appello video quanto segue: *Tutte le persone sono uguali davanti alla Repubblica come recita benissimo l'articolo 3 della Costituzione, che dichiara che ogni persona è uguale per lo Stato, senza distinzione alcuna, senza differenza di censo, di stato, di opinione, di lingua, di religione, di sesso e così via. E anche per la Salute vale la stessa questione: ad ogni persona presente sul territorio nazionale, lo Stato, la Repubblica garantisce il diritto alla Salute. Orbene, il testo che è stato presentato sull'autonomia differenziata, che esalta ovviamente il ruolo delle Regioni, rischia di non essere un testo che aiuta a colmare le differenze che, purtroppo, esistono sul territorio nazionale, le disuguaglianze in tema di Salute. Noi tutti abbiamo giurato come professionisti, come medici, all'inizio del nostro lavoro, di considerare le persone tutte uguali, ma le differenze che ci sono in termini di sopravvivenza tra Nord e Sud, tra centro e periferia di una città, tra ricchi e poveri rendono questa nostra aspirazione difficile. Ecco noi chiediamo alla politica di rivedere quel testo, di considerare, prima di partire, rispetto all'autonomia, di colmare le differenze: di colmare le differenze di accesso al Servizio Sanitario Nazionale, di modificare gli indici che danno per privilegiati quelli che, per luogo di nascita o di residenza, hanno una possibilità di sopravvivenza maggiore rispetto a quelli che vivono in aree geografiche più disagiate e che invece hanno un'aspettativa di vita e di salute molto più bassa.**

Che la storia possa rivelarsi più grave del previsto lo vedremo solo con il tempo e toccando con mano. Anche perché non sarebbe la prima volta che dalle buone intenzioni, sempre che siano tali, alla fine spesso il risultato non sempre risulta essere quello sperato. A meno che, sotto sotto e già in partenza, l'obiettivo e il fine non siano e non fossero differenti da quello dichiarato. E a sostenere queste due differenti e opposte interpretazioni si sfidano due grandi scuole di pensiero. Quella degli ottimisti che sostengono che in ogni caso: *il bicchiere io lo vedo mezzo pieno*. Qualcuno poi malignamente aggiunge: *dipende di cosa*. E quella dei pessimisti che ripetono spesso la famosa citazione: *a pensare male degli altri si fa peccato*,

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia-Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d'Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267
*Friuli Venezia-Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti.		

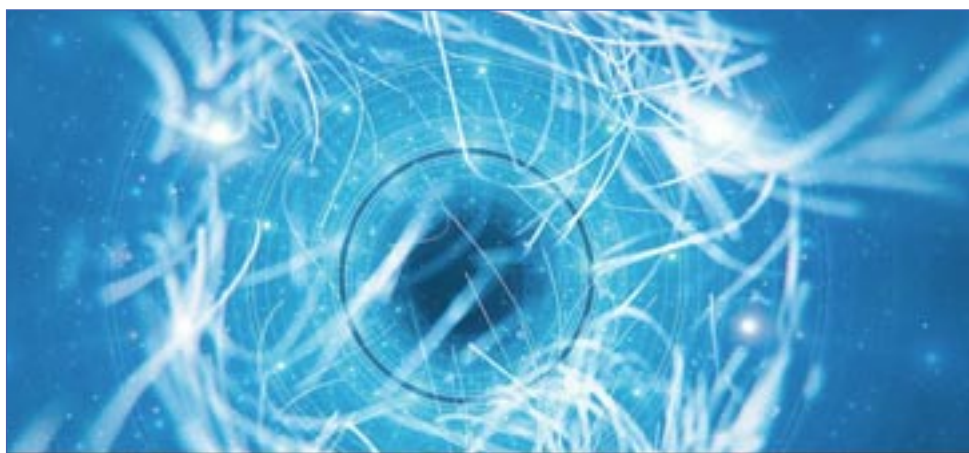
15 Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022.
Livelli Essenziali di Assistenza: le disuguaglianze regionali in sanità. Fondazione

ma spesso si indovina, attribuita ad Andreotti, ma che a suo dire aveva ben altri padri. Sosteneva infatti di averla sentita pronunciare per la prima volta nel lontano 1939 dal cardinale Francesco Marchetti Selvaggiani, Vicario di Roma. Il quale a sua volta citava colui a cui va attribuita la paternità della frase: papa Pio XI (Achille Ratti), che la esprime nella forma: *a pensar male del prossimo si fa peccato ma si indovina*. Insomma, una citazione che viene da lontano e che continua ad essere ripetuta anche ai giorni nostri, mantenendo la sua inossidabile efficacia, forse perché nasconde un fondo di verità. E per saldare insieme le due visioni basta ricordare l'aforisma di Tristan Bernard da *"Le poil civil, 1907"*: *ottimisti e pessimisti hanno un grande difetto che li accomuna: hanno paura della verità*.

Direi che c'è abbastanza per riflettere tutti attentamente.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: SCENARI E PROSPETTIVE

L'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle è sempre stata una eccellenza nell'ambito della disciplina medico nucleare in quanto è stata tra i primi ospedali in Italia ad aver installato nel 2002 un Centro con la prima PET/CT associata al sistema Ciclotrone- Radiochimica – Radiofarmacia per la produzione in house dei radiofarmaci. In questi venti anni il nostro Centro ha contribuito alla crescita di questa metodica diagnostica partecipando alla stesura di criteri di valutazione clinica riconosciuti e utilizzati dalla comunità scientifica internazionale (Linfomi) restando in prima linea di numerosi trials clinici multicentrici nazionali e internazionali.



Il crescente utilizzo della PET/CT è confermato dal trend delle richieste di prestazioni che nel triennio 2018-2021 presso la Struttura Complessa di Medicina Nucleare ha registrato un incremento di circa il 12% delle PET/CT erogate.

Nel solo anno 2021, nonostante le difficoltà riscontrate dalla Sanità Pubblica legate alla pandemia COVID-19, il numero di esami effettuati è stato di 3760, con incremento di oltre 300 PET rispetto alla media della struttura (erano 3414 nel 2019, anno prepandemico). Il numero di esami effettuati al 31.12.2022 ha raggiunto il record di 3950 (5% in più rispetto all' anno precedente). Nel 2022 si è sfiorato il limite di 4000 esami / anno, limite massimo gestibile con dotazione di un singolo tomografo, prioritariamente per motivi legati alla complessità di esecuzione degli esami ma anche per mancanza di back up in caso di guasto dell'apparecchiatura.

Al momento la SC Medicina Nucleare dell' ASO S. Croce e Carle dispone di un tomografo (Philips Ingenuity TF installato nel 2018 a seguito di gara Consip, con data di aggiudicazione 30.8.2016) che ha caratteristiche tecnico/ prestazionali inferiori allo stato dell'arte della strumentazione digitale (potere di risoluzione, sensibilità, ecc.), con il quale viene soddisfatto, non senza criticità, il crescente carico di richieste, con esecuzione di 15-21 esami al giorno (variabili in base alla complessità dell'indagine richiesta).

Oltre all'area del proprio HUB (ASLCN1, ASLCN2 e ASO) la struttura di Cuneo è riferimento per le richieste provenienti dal Ponente ligure e da altre provincie limitrofe.

Il vecchio tomografo ancora in sede, PET Discovery LS del 2002, è in disuso clinico da anni in quanto guasto, la cui onerosa riparazione - ove possibile, essendo dichiarato end of life dal produttore - non varrebbe il ripristino considerata la sua vetustà e le modalità di erogazione delle prestazioni (prevede dosi di radiazioni doppie per il paziente, richiede quasi il doppio del tempo per l'esecuzione di un esame e fornisce immagini qualitativamente al limite dell'accettabilità clinica).

Con il progresso della ricerca e l'introduzione del ciclotrone (unico funzionante in Piemonte) all'ASO di Cuneo sono stati adottati i nuovi radiofarmaci specifici per la diagnostica a bersaglio molecolare per singola patologia e con potenzialità di tipo "teragnostico", ovvero di terapia radiometabolica a bersaglio molecolare estremamente precisa e selettiva (stessa molecola ma con atomo radioattivo cambiato, emittente una elevata energia concentrata in uno spazio limitatissimo, "cellulare").

Nel corso del 2021 è iniziata la produzione, come primo centro pubblico in Italia, del 18F-PSMA1007 (utilizzato per la stadiazione, diagnosi precoce delle recidive nei tumori alla prostata e valutazione della efficacia terapeutica), mentre nel 2022 è stato introdotto 18F-colina (utilizzato per la diagnostica oncologica prostatica e per lo studio delle paratiroidi) e la 18F-FET (radiofarmaco attualmente di riferimento in campo neuro-oncologico), con conseguente ampliamento dell'offerta clinica. Inoltre, essendo il ventaglio dei radiofarmaci specifici per patologia prodotti nell'ambito della ricerca in continuo aumento, un'Ospedale come il nostro, dotato di ciclotrone, potrebbe effettuare la produzione di questi radiofarmaci in-house, in tempi relativamente brevi con costi decisamente inferiori rispetto all'acquisto dalle industrie farmaceutiche.

Questa unità ciclotrone- radiochimica-radiofarmacia, che va sottolineato non è comunque "officina farmaceutica" cioè non ci permette di distribuire i radiofarmaci prodotti ad altri Centri, rappresenta un'opportunità e un decisivo vantaggio per il nostro Ospedale e per la Sanità piemontese, in un'ottica sempre più cogente di rete.

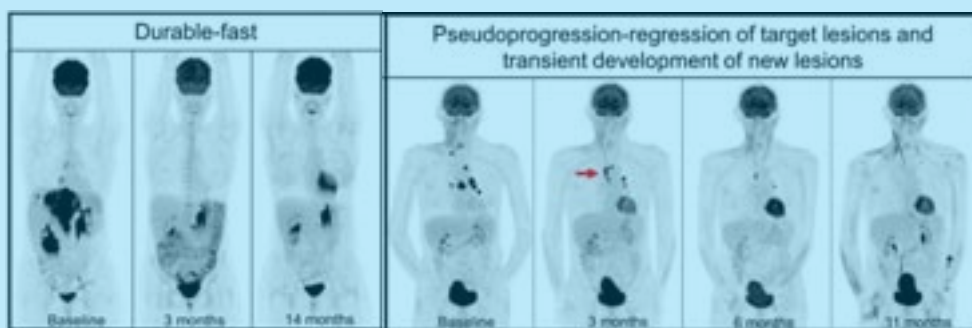
SCENARIO CLINICO GENERALE

In campo clinico la PET/TC rappresenta uno dei più innovativi e significativi progressi tecnologici introdotti nella pratica clinica. La PET/TC è uno strumento di diagnostica per immagini che, in maniera non invasiva, permette di rilevare all'interno dei tessuti corporei eventuali anomalie funzionali e molecolari correlate a diverse patologie (incrementato metabolismo, maggior espressione di determinati recettori, ecc.) che precedono l'insorgenza delle alterazioni strutturali studiate con la TC e con la RM.

Grazie a questi vantaggi tecnologici è quindi possibile effettuare diagnosi e stadiazioni precoci, potendo intervenire tempestivamente con trattamenti mirati quando la malattia è ancora all'inizio della sua storia naturale o quando la recidiva è ancora limitata.



La maggior parte delle attuali applicazioni PET/CT (90%) riguarda l'ambito oncologico, mentre il restante impiego è suddiviso in ambito neurologico, in particolare nella diagnostica delle patologie neurodegenerative involutive, nella valutazione di processi flogistici, ricerca foci settici, febbre di origine sconosciuta, diagnosi e soprattutto controllo delle spondilodisciti ed endocarditi, sarcoidosi ecc. e per la valutazione della vitalità miocardica nella patologia ischemica miocardica.



Two patterns of response evaluated by 18F-FDG PET: "Durable-fast" (metastatic melanoma with early complete metabolic response after 4 cycles of Ipilimumab and Nivolumab at 3 months, confirmed after end of therapy at 14 months follow-up); "Pseudoprogression-regression of target lesions and transient development of new lesions" (metastatic squamous cell carcinoma with development of new mediastinal lymph nodes [arrow] despite regression of baseline lesions and subsequent complete metabolic response - mediastinal lymph nodes appeared at 3 months are therefore referable to pseudoprogression).

Detto questo non sorprende che l'impiego della PET/TC in ambito oncologico abbia subito un incremento esponenziale, assumendo un ruolo centrale in molti scenari clinici (diagnosi differenziale, stadiazione, ristadiatione precoce e tardiva, valutazione della risposta terapeutica), dove assume la funzione di snodo chiave del percorso diagnostico terapeutico nella medicina di precisione tanto che il registro americano della PET/TC oncologica ha rilevato che il suo utilizzo ha indotto cambiamenti decisivi nella gestione clinica in oltre il 30% dei pazienti.

L'aumento di richieste di studi PET/TC è destinato a crescere, non soltanto in relazione all'incremento delle indicazioni all'esame, ma anche per la maggior prevalenza di patologie croniche, come il cancro. Le malattie oncologiche a livello mondiale stanno aumentando a un ritmo allarmante. Tra il 2012 e il 2018 il numero di nuovi casi di cancro in tutto il mondo è cresciuto di oltre il 28% e si stima che entro il 2040 il numero di nuovi casi raggiungerà i 30 milioni da 19.3 milioni del 2020 (dati GLOBOCAN - <https://gco.iarc.fr/>).

Il trend di crescita delle PET / CT è confermato da report di proiezioni di mercato statunitensi (ottobre 2022) che indicano una crescita del fatturato globale mondiale di PET/CT da 1057 milioni di dollari nel 2021 a 2700 milioni di dollari nel 2027, dato ancora più forte a fronte di una riduzione dei prezzi di vendita di ogni tomografo data per certa.

Il ruolo di snodo chiave della PET/CT impone nel percorso diagnostico terapeutico del Paziente oncologico un timing preciso di esecuzione degli studi in fase diagnostica, di valutazione dell'efficacia in corso e a termine della terapia e ai successivi controlli da protocollo o indotti da variazioni cliniche. Questa necessità di timing clinico confligge con le possibilità di esecuzione delle PET/CT con un solo tomografo che deve in ogni modo rispondere a tutte le richieste, pur a fronte di un non controllabile flusso di quelle in classe di priorità B.



Inoltre è da sottolineare che buona parte del futuro della Medicina Nucleare è affidato non solamente ad una sempre più precisa diagnostica molecolare effettuata con PET/CT con utilizzo di nuovi e sempre più precisi radiofarmaci ma alla cosiddetta "terapia radiometabolica a bersaglio molecolare" che prevede, mi ripeto, una volta accertata la presenza di certi bersagli sulle cellule tumorali o nel loro stroma (tessuto connettivo di supporto alle cellule tumorali, sostanzialmente identico nei diversi tumori) l'utilizzo della medesima molecola associata ad un altro atomo che emette radiazioni letali in uno spazio limitatissimo, distruggendo selettivamente le cellule o lo stroma tumorali, con assai limitati effetti collaterali indesiderati.

A proposito di questo tipo di terapia va sottolineato come l'ASO Santa Croce e Carle di Cuneo sia stata individuata dalla Regione Piemonte (insieme alle ASO di Novara e Alessandria e all'Ospedale Mauriziano di Torino) quale Centro di riferimento per l'utilizzo del ^{177}Lu PSMA, radiofarmaco che si sta imponendo con solida letteratura scientifica quale quello decisamente più efficace e con minori effetti collaterali rispetto agli approcci terapeutici attualmente in uso nel trattamento dei pazienti affetti da tumore prostatico pluri-metastatico.

SCENARIO REGIONALE

Attualmente Piemonte sono funzionanti 5 PET/CT pubbliche (Alessandria, Cuneo, Novara, Mauriziano e Molinette a Torino) e 2 Centri privati accreditati (Irmec e Candiolo), dotati di un totale di 4 PET/CT. La media annuale per ogni singolo strumento PET/CT pubblica è stata di 2.842 esami per Centro (1589 -3414 Cuneo), quella per i centri accreditati 2841 (dati disponibili da censimento AIMN Regione Piemonte nel triennio 2018-2020 e riferiti all'anno 2019, non pandemico).

POTENZIALITÀ DI UNA SECONDA PET/CT A CUNEO

L'apparecchio attualmente in funzione presso L'ASO Santa Croce risponde pienamente ai requisiti internazionali richiesti per un corretto uso clinico e può considerarsi uno strumento di fascia media assolutamente non obsoleto, in grado di dare ottime risposte in base alle richieste cliniche ed alla tipologia di esami da effettuare.

Ciò detto dotare l'Ospedale di una seconda PET/CT allo stato dell'arte (tecnologia digitale) permetterebbe:

- di offrire una risposta completa e tempestiva con pieno rispetto del timing richiesto in ambito oncologico di diagnosi / stadiazione, ristadiazione in corso e al termine dei trattamenti e follow up, non solo per i pazienti afferenti HUB ma anche per altre aree regionali ed extraregionali
- di incrementare rispetto all'attuale il numero di esami effettuabili. Il numero di PET/CT effettuabili con 2 tomografi è stimabile prudenzialmente in 6000 / anno con un incremento del 50% della attività
- di sopperire alle necessità in caso di guasto/manutenzione, di fatto azzerando il numero di pazienti attualmente rinviati in caso di fermo del tomografo
- tramite una migliore risoluzione spaziale (circa 1 mm rispetto ai 5 mm dell'attuale dotazione), una maggiore sensibilità ed un significativo incremento delle informazioni funzionali disponibili al medico nucleare nel processo di refertazione (indici di radiomica quali MTV, Dmax, TGV, etc..., che servono ad ottenere dalle immagini biomediche da informazioni sempre più dettagliate dei processi biologici sottesi e sulla loro predittività, fino alla relazione delle lesioni con la analisi genetica (cosiddetta radiogenomica) con conseguente possibilità di attuare ricerca clinica di elevato livello e di partecipare con strumentazione allo stato dell' arte a trials multicentrici particolarmente avanzati
- di ridurre la dosimetria al Paziente e l'esposizione dei lavoratori mettendo in condizioni di utilizzare dosi di radiazioni nettamente più basse rispetto alle attuali
- ottimizzare la catena di produzione-esecuzione degli esami: la possibilità di utilizzare due apparecchiature in contemporanea consente di eseguire un numero notevolmente superiore di pazienti producendo il radiofarmaco sostanzialmente a costi invariati e accorciando il tempo di acquisizione degli esami, data la maggiore sensibilità delle PET/CT con tecnologia digitale di ultima generazione

- aumentare la produzione di radiofarmaci innovativi (non-FDG), specie quelli con caratteristiche "teragnostiche", in modo da aumentare l'appropriatezza diagnostica a priori per il paziente, dedicando a ogni patologia il farmaco più consono e permettendo al nostro centro di diventare un riferimento nella Rete Oncologica Regionale per i farmaci innovativi
- partecipare allo sviluppo di nuovi radiofarmaci tramite la collaborazione con ditte produttrici dei precursori o centri di ricerca (ad es. il 18F FAPI che, mappando lo stroma tumorale comune a tutti gli oncotipi, aumenta notevolmente la specificità di riconoscimento delle patologie oncologiche ed è il radiofarmaco con chances sempre più solide di sostituire il tradizionale 18F FDG oppure il F18 FES radiofarmaco con alta probabilità di diventare lo snodo per la decisione terapeutica nel trattamento delle pazienti affette da tumore mammario plurimetastatico
- la possibilità di intervenire appropriatamente nella cosiddetta terapia a bersaglio molecolare sopracitata che viene già solidamente considerata in campo oncologico nel novero delle terapie del futuro in quanto nettamente più precisa, personalizzata ed efficace e con ridotti effetti collaterali di quelle attualmente disponibili.

Rimanere con un solo tomografo PET/CT di tecnologia superata, già utilizzato al massimo del suo potenziale impedirebbe tutto ciò, con significative conseguenze di gestione dei pazienti oncologici e probabile migrazione degli stessi verso altri Centri, verosimilmente extraregionali - considerato l'esiguo parco strumentale PET/CT disponibile in Piemonte - a tecnologia più aggiornata. Andrebbe sprecato tutto il patrimonio di competenze e le potenzialità di sviluppo del Centro di Cuneo, unico in Regione dotato del servizio "Ciclotrone - radiochimica- radiofarmacia" di alto livello, e ne conseguirebbe il declassamento dell'ambito Medico Nucleare della Sanità Regionale.

Assodate le necessità cliniche di un secondo tomografo PET/CT per la Medicina Nucleare dell'Ospedale di Cuneo si pone il problema di trovare le risorse per acquistarlo visto che il costo di un tomografo PET/CT digitale di fascia medio-alta è attestabile intorno ai 2.000.000 di euro. L'investimento non è stato finanziabile con il PNRR che ha limitato la sostituzione per aggiornamento tecnologico delle apparecchiature a quelle con almeno 5 anni di esercizio.

La Fondazione Ospedale di Cuneo, su indicazione della Direzione Generale dell'A.S.O. Santa Croce e Carle, si sta spendendo nella ricerca di finanziamenti per questo investimento.

Chi volesse contribuire può devolvere il proprio contributo effettuando un bonifico con causale: **acquisto seconda Pet/CT per ASO S. Croce e Carle**, su uno di questi conti intestati alla Fondazione Ospedale di Cuneo:

Banca Alpi Marittime: IT02D0845010200000000012922

Intesa San Paolo: IT42W0306910200100000076423

Unicredit: IT67J0200810290000105796822



PENSIONE ENPAM: *INFLAZIONE E RECUPERO DEL POTERE DI ACQUISTO*

Riteniamo di fare gradita ai colleghi pensionati riportando la comunicazione apparsa sul Giornale della Previdenza dell'ENPAM in merito a questo problema ai problemi connessi all'inflazione.

La rivalutazione delle pensioni Enpam c'è, anche quest'anno come ogni anno. Per riallineare l'importo delle pensioni al costo della vita, la Fondazione dovrà attendere il via libera dei ministeri vigilanti.

L'Enpam, infatti, ha deliberato anche per il 2023 di rivalutare al 75% dell'indice di inflazione le pensioni delle gestioni del Fondo di previdenza generale e del Fondo della medicina convenzionata ed accreditata fino al limite di 4 volte il trattamento minimo Inps (che significa circa 2250 euro lordi al mese) e al 50% dell'indice l'eventuale parte della pensione mensile che supera questo limite.

La rivalutazione, una volta ricevuto il parere favorevole dei Ministeri, decorrerà dal 1° gennaio 2023. Il pagamento, solitamente, arriva in primavera insieme agli arretrati dei mesi precedenti.

In ogni caso, per conoscere l'importo della rivalutazione, medici e dentisti possono controllare la voce "Integrazione Istat" nel loro cedolino.

Attenzione però a non fare confusione con il nuovo sistema di rivalutazione delle pensioni dell'Inps, che quest'anno prevede una minore rivalutazione rispetto ai criteri in vigore negli anni precedenti.



il Vicepresidente
Claudio Blengini

APPELLO AI MEDICI ODONTOIATRI DEL SALUZZESE

La Caritas diocesana di Saluzzo, su impulso del dottor Alessandro Dutto, ha aperto a ottobre 2021 un ambulatorio odontoiatrico con lo scopo di fornire assistenza a quanti si trovano in una fase acuta di dolore dentale e non hanno i mezzi per rivolgersi ad uno studio privato.

Attualmente nell'ambulatorio sono impegnati tre dentisti che garantiscono due aperture settimanali di una/due ore, secondo le necessità. Uno dei tre professionisti, tuttavia, dovrà interrompere la sua collaborazione per motivi personali e questo metterà in forse la prosecuzione del servizio, vanificando tutto l'impegno profuso finora.

Per scongiurare questa eventualità, faccio appello ai dentisti del nostro territorio, **perchè offrano la loro professionalità e un po' del loro tempo** per consentire al nostro ambulatorio di continuare a svolgere un servizio preziosissimo a favore di tante persone bisognose di aiuto.

Basterebbe la disponibilità di pochi per far sì che ogni volontario fosse impegnato per un solo turno mensile di due ore al massimo.

Vi ringrazio anche solo per l'attenzione che vorrete dedicare a questo appello.

Per qualunque chiarimento potrete contattare il dottor Alessandro Dutto al numero 3356620574.

Con i più cordiali saluti.



il Direttore
Carlo Rubiolo

IL CAPITALE BIOLOGICO

SALUTE, DISUGUAGLIANZE SOCIALI, STRATEGIE POLITICHE

Da tempo nelle Società, ed all'interno delle Società, tra gli individui, serpeggia una domanda: ciò che avviene è responsabilità del fato, del destino o delle proprie azioni? O ancora più precisamente: esiste una qualche predeterminazione in quello che avviene in termini di salute e quindi di insorgenza di malattie, oppure è già tutto scritto nel codice genetico? E ancora: gli eventi esterni modificano e determinano il corso delle malattie stesse? A queste domande, articolate in maniera strutturata e scientificamente validata, ha contribuito a rispondere il progetto europeo *LifePath*, di cui il ricercatore Paolo Vineis è stato responsabile scientifico, condotto al fine di studiare i mediatori degli effetti dello svantaggio sociale sulla salute che vengono via via incorporati nei funzionamenti biologici di una persona, attraverso disturbi di regolazione dell'asse neuroendocrino, o attraverso meccanismi infiammatori ed epigenetici, che agiscono fin dai primi mesi di vita e si accumulano nel corso della vita (1,7). Il progetto ha valutato gli studi condotti su una popolazione complessiva di 1,7 milioni di persone tra Italia, Paesi Europei, USA ed AUSTRALIA ed ha dimostrato come la posizione socio-economica (*SEP, Socioeconomic Position*) sia essa stessa un fattore di rischio per la mortalità e l'insorgenza di patologie croniche degenerative. (Fig.1)

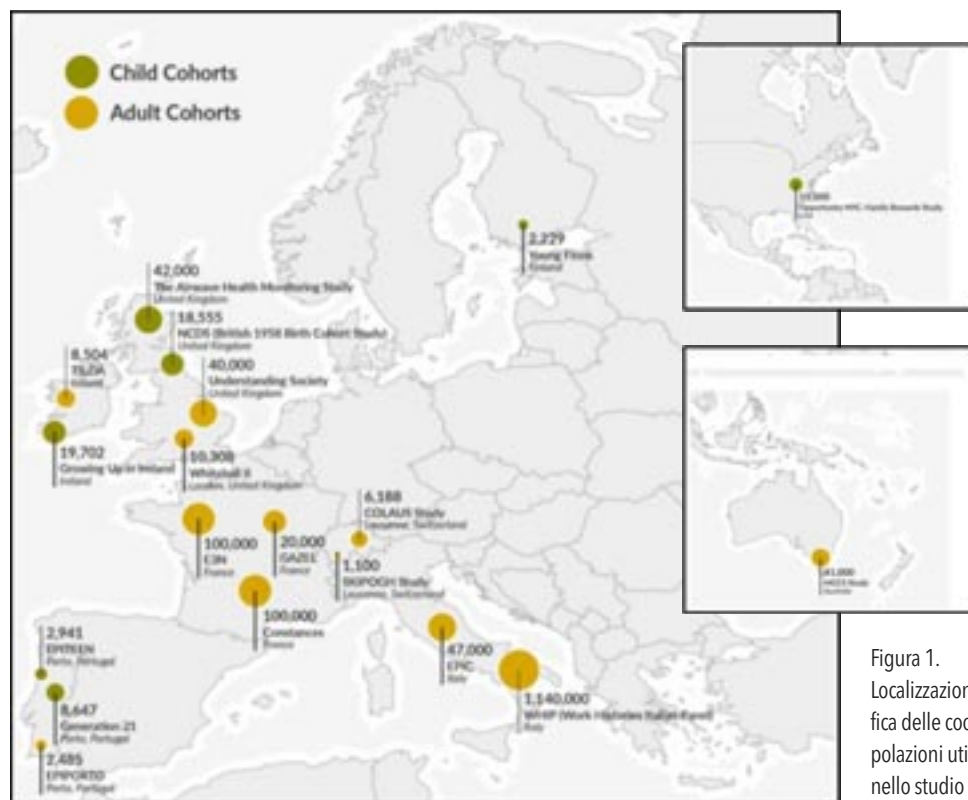


Figura 1.
Localizzazione geografica delle coorti di popolazioni utilizzate nello studio Lifepath



Già nel 2012 uno studio di Valentina Gallo e colleghi aveva mostrato come la condizione sociale rappresentasse, tra entrambi i generi, un fattore di rischio indipendente di mortalità, ad esempio un maschio aveva la probabilità cumulativa di morire prima dei 65 anni del 12% se appartenente ad una classe superiore e del 18% ad una classe inferiore (2). Per meglio comprendere questi concetti è necessario affrontare le modalità di studio e di classificazioni delle diverse categorie sociali e tra queste capire la definizione di “*status socio-economico*”.

Spesso questo concetto viene utilizzato in maniera generica ed intercambiabile, ma è opportuno definire con precisione cosa si intende per ciascuno di questi termini, e quali siano i “capitali” ad esso connessi.

Per *status* s’intende il *prestigio* occupato da un determinato individuo; per *classe sociale* s’intende il luogo di appartenenza all’interno della società connessa al proprio lavoro-professione, mentre la *condizione economica* è rappresentata dalla capacità patrimoniale (quindi monetaria e di proprietà) utile all’ottenimento di più differenti scopi nel corso della vita.

È evidente che questi “capitali”, sociale - economico e culturale, dialogano tra loro e possono essere tra loro cumulativi, in una dialettica dinamica di possibile conversione reciproca. Inoltre possono essere accumulati e trasmessi.

Conversione, accumulo e trasmissione sono quindi le caratteristiche principali dei capitali sociali, economico e culturale, ottimamente descritte dal sociologo-filosofo francese Pierre Bourdeau (3). A questi tre capitali va aggiunto, appunto, il “Capitale Biologico”, l’insieme di patrimonio di salute che unisce quello genetico, epigenetico e che va modificandosi con il “carico allostatico” di ciascuno, ovvero il peso definito dalle modificazioni neuro-ormonali e biochimiche che intervengono nel corso della vita di ciascun individuo. Il “carico allostatico”, pertanto, può essere definito come una misura della risposta ai molteplici stress cui sono sottoposti gli individui più svantaggiati.

Da questi studi è stato possibile valutare quanto un basso livello di SEP possa incidere sugli anni di vita perduti (YLL, *Years of Life Lost*), ed è stato visto che i soggetti con ridotto SEP presentano un fattore pari a 2.1, che si pone tra i due fattori di rischio maggiore noti, che sono rappresentati dal fumo (4.8) dal diabete (3.9), e l’ipertensione (1.6), molto vicini alla inattività fisica (2.4) (Tabella 1).

Tabella 1. Anni di vita persi (YLL) associati ai 6 maggiori fattori di rischio ed al disagio socio-economico

Mediating factor	Years of life lost (YLL)
Alcohol (high use)	0.5
Diabetes	3.9
Hypertension	1.6
Obesity	0.7
Physical inactivity	2.4
Smoking	4.8
SEP	2.1

Uno dei massimi studiosi di questi argomenti è il Sir Michael Marmot, epidemiologo, che partecipò allo Studio Whitehall e Whitehall II (dal nome della via londinese che ospita il maggior numero di uffici pubblici). Da questi studi è stata tratta una enorme quantità di informazioni, tra cui quella che il ruolo gerarchico – all'interno di una specifica categoria - rappresenta un fattore di rischio specifico per l'insorgenza delle malattie croniche.

Il "comando" ed il "potere" fa ammalare meno gli individui che lo esercitano. A questo proposito si potrebbe ricordare la massima attribuita al politico italiano delle mille stagioni, Giulio Andreotti: il "potere logora chi non ce l'ha".

Più precisamente ciò che tende a creare malattia è l'incapacità di controllo e di decisione che soggetti gerarchicamente inferiori sono costretti a subire da parte dei ranghi decisionali più elevati. A questo bisogna aggiungere che la modalità lavorativa "fordiana" di estrema parcellizzazione delle competenze e ripetitività dei compiti, associata all'ottimizzazione ed alla corsa alla produttività dei volumi, è dimostrata causare maggiore rischio di insorgenza di patologia. Sembra appunto che il grado di soddisfazione e di ricompensa lavorativa giochi un ruolo importante nel determinare il carico allostatico per ciascun soggetto.

Questi studi dimostrano, nell'insieme, che la povertà intesa come basso stato sociale e basso livello economico non necessariamente fa ammalare maggiormente, ma che esistono dei meccanismi interni a ciascuna classe, come il *ruolo gerarchico ed il controllo*, che attraverso i livelli di soddisfazione e ricompensa, giocano un ruolo fondamentale. Marmot infatti fece sua la teoria elaborata dall'americano Robert Karasek e dallo svedese Töres Theorell, secondo la quale chi riveste incarichi inferiori nella gerarchia lavorativa deve svolgere certi compiti senza poter pienamente capire a cosa servono e senza poterli controllare in autonomia.

Al contrario chi sta al vertice della gerarchia è sottoposto a una domanda altrettanto (se non più) alta, ma può esercitare un maggior controllo sul proprio lavoro. Quello che uccide anzitempo non è tanto e solo l'intensità del lavoro, ma la mancanza di controllo sul proprio lavoro, che poi si traduce in uno scarso controllo sulla propria vita (5).

Negli ultimi anni anche grazie agli avanzamenti di discipline quali l'epidemiologia, si è passato da un modello di causalità di tipo meccanismo causa-effetto (tipico quello di agente patogeno-malattia infettiva) ad un *meccanismo multi-step* nei quali non esiste una singola causa specifica riconosciuta ma una rete causativa definita web of causation (6).

L'epidemiologia si presenta chiaramente come una disciplina a metà strada tra le scienze naturali, di cui condivide la tendenza a circoscrivere il campo di indagine e a isolare relazioni causali semplificate, e le scienze sociali, di cui condivide l'impossibilità di sperimentare e la consapevolezza della complessità delle reti causali, specie a livello individuale.

Le politiche da tempo hanno come scopo quello di ridurre le disuguaglianze dei vari capitali, ovvero le disuguaglianze tra le differenti condizioni di SEP (socioeconomical position).

Nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha istituito una Commissione sui determinanti sociali di salute (presieduta da Michael Marmot), da cui è scaturito il rapporto Closing the Gap in a Generation (2008).

Di seguito si elencano le principali misure che secondo il Whitehall II si dovrebbero elaborare per mitigare il divario di salute, soprattutto in ambito lavorativo:

- aumentare il coinvolgimento di tutti i dipendenti nelle decisioni aziendali;
- riorganizzare la vita in ufficio (o in fabbrica) per aumentare l'autonomia e il senso di controllo dei dipendenti;
- piuttosto che diminuire l'impegno lavorativo, aumentare le ricompense e i salari;
- aumentare il supporto sociale fra colleghi nei luoghi di lavoro;
- rendere il lavoro più stabile e sicuro, essere trasparenti, ridurre i tempi di incertezza sul destino dei lavoratori;
- contrastare la disoccupazione, prevedere ammortizzatori sociali;
- nei luoghi di lavoro disincentivare il fumo e il consumo di alcol, prevedere una dieta sana nelle mense, incentivare programmi di esercizio fisico (come l'uso della bicicletta)
- prevedere corsi di formazione per il personale per aumentarne le competenze;
- coinvolgere il personale in iniziative di volontariato a favore dell'area dove è situata l'azienda;
- favorire il lavoro a casa, i permessi di maternità e paternità e orari flessibili che aumentino il tempo speso in famiglia;
- consentire ai dipendenti di decidere quando andare in pensione;
- facilitare lo sviluppo di interessi nel personale prima della pensione, in modo che sia più semplice l'adattamento alla nuova condizione.

Da un punto di vista politico è opportuno avviare dei cambiamenti, considerando di passare da una concezione secondo la quale le malattie cronico-degenerative sono un fenomeno esclusivamente biologico-molecolare, al fatto che i determinanti sociali ed economici giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo e l'insorgenza di esse.

Ad oggi quindi, quali sono le azioni utili che gli operatori del sistema politico-socio-sanitario-imprenditoriale dovrebbero effettuare, alla luce dei dati epidemiologici evidenziati?

Sicuramente sono numerose e molteplici e dipendono dal ruolo e dalla funzione che ogni attore del sistema ricopre, come mostrato nella tabella sotto riportata.

Azioni	Personale sanitario	Sistema imprenditoriale	Decisori politici
Aumentare il coinvolgimento di tutti i dipendenti nelle decisioni aziendali		X	
Riorganizzare la vita in ufficio (o in fabbrica) per aumentare l'autonomia e il senso di controllo dei dipendenti		X	
Piuttosto che diminuire l'impegno lavorativo, aumentare le ricompense e i salari		X	X
Aumentare il supporto sociale fra colleghi nei luoghi di lavoro		X	X
Rendere il lavoro più stabile e sicuro, essere trasparenti, ridurre i tempi di incertezza sul destino dei lavoratori		X	X
Contrastare la disoccupazione, prevedere ammortizzatori sociali		X	X
Disincentivare il fumo e il consumo di alcol, prevedere una dieta sana nelle mense, incentivare programmi di esercizio fisico (come l'uso della bicicletta)	X	X	X
Prevedere corsi di formazione per il personale per aumentarne le competenze		X	
Favorire il lavoro a casa, i permessi di maternità e paternità e orari flessibili che aumentino il tempo speso in famiglia		X	X
Consentire ai dipendenti di decidere quando andare in pensione			X
Facilitare lo sviluppo di interessi nel personale prima della pensione, in modo che sia più semplice l'adattamento alla nuova condizione		X	

Anche gli operatori dei sistemi sanitari regionali fanno parte dell'insieme di lavoratori che presentano un proprio capitale sociale, economico e culturale e che quindi possono, anzi devono in prima istanza, essere coinvolti in questi processi. Di seguito una tabella con alcune azioni che gli operatori del settore possono compiere al fine di ridurre il peso della mortalità e dell'insorgenza di malattie, divise per cause prossimali acute (evento con ricovero), prossimali croniche (controllo dei fattori di rischio riconosciuti) e cause distali (determinanti delle condizioni lavorative).

	CAUSE prossimali acute	CAUSE prossimali croniche FATTORI DI RISCHIO	CAUSE distali DETERMINANTI CONDIZIONI LAVORATIVE	Popolazione di riferimento	Strumento di controllo
Infermieri	X	X		Pazienti	Cartelle cliniche Applicazione PDTA
Medici	X	X		Pazienti	Cartelle cliniche Applicazione PDTA
Dirigenza Sanitaria			X	Personale afferente ASL	Normativa regionale e aziendale atti aziendali

In conclusione, bisognerebbe abbandonare il tradizionale approccio "telescopico", che mette a fuoco solo i fenomeni di povertà estrema e distanti per considerare invece gli effetti biologici delle malattie e della riduzione della speranza di vita lungo l'intero gradiente socio-economico e l'intero arco dell'esistenza.

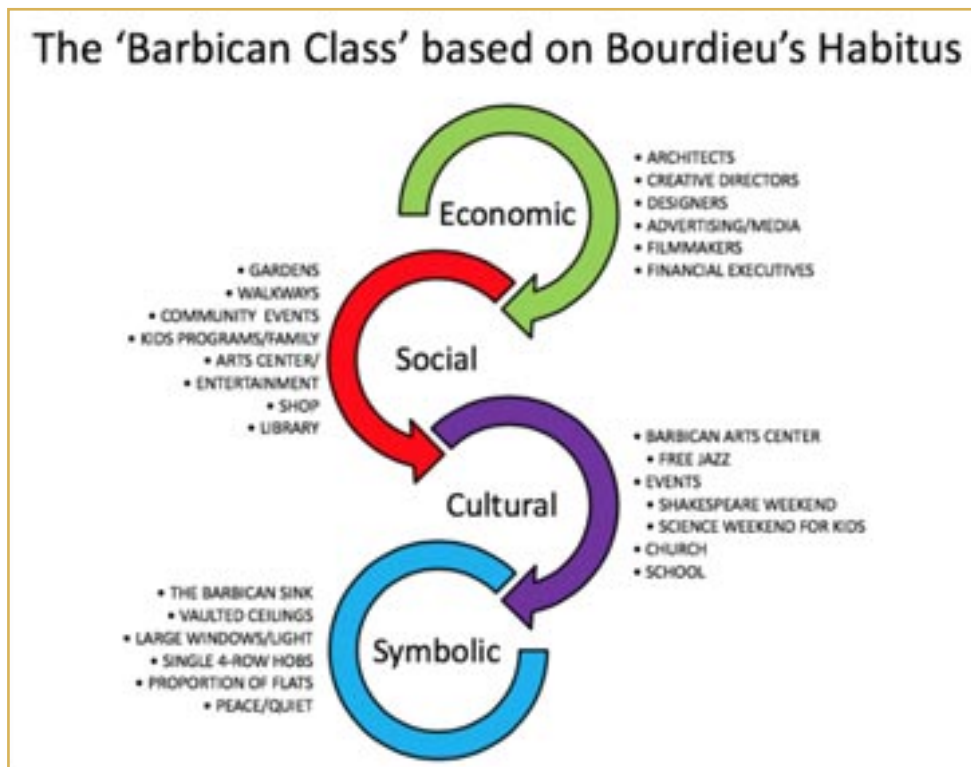
Ciò che permette la nuova scienza epidemiologica e sociale è di valutare non solo le cause "prossimali" ovvero le cause eziologiche propriamente dette, ma anche le cause "distali", ovvero i determinanti che hanno permesso alle cause eziologiche una manifestazione di un certo tipo, senza dimenticare che – come ci ricorda lo stesso Bourdeau - *l'habitus*, ovvero quel corteo di comportamenti di ciascun soggetto (e di ciascuna classe) interviene nel modificare in senso virtuoso o meno i comportamenti personali, che possono anch'essi determinare o meno l'insorgenza di una condizione patologica.

Due sono tuttavia i principali limiti di tali approcci metodologici, al netto della enorme complessità di sistema nell'intervenire su fattori socio-economici.

Il primo, e maggiormente importante fattore, è che le Società sono in continua evoluzione e quindi i giovani di oggi si troveranno a vivere modelli organizzativi molto differenti dalle popolazioni oggetto di studio.

Il secondo è che è molto più semplice organizzare ed operare il trattamento preventivo e farmacologico agendo direttamente sui fattori di rischio riconosciuti, come target di malattia (ad esempio i livelli di PA, i livelli di LDL colesterolo, i livelli di HbA1c), piuttosto che molto più "a monte", vista la dispersione e la quantità di variabili che intervengono nel corso della vita.

Come ultimo aspetto, aggiungo che nel corso di un percorso di vita esistono momenti e periodi *qualitativi* che sono difficilmente quantizzabili in parametri oggettivi, e che possono avere un impatto notevole su quanto concerne il livello di soddisfazione e di felicità di un soggetto. Il livello di felicità e soddisfazione concerne sia il cosiddetto *habitus* individuale che l'educazione e l'indole del soggetto stesso, e pertanto sarà utile approfondire quanto valga la pena concentrarsi su fenomeni di difficoltoso controllo e quanto agire con maggiore forza e decisione nella riduzione del rischio dei fattori di rischio riconosciuti e clinicamente aggredibili



BREVE BIBLIOGRAFIA

1. Special Report: The Biology of Inequalities in Health: The Lifepath Consortium. *Front. Public Health* 8:118. (doi:10.3389/fpubh.2020.00118)
2. Social Inequalities and Mortality in Europe. Results from a Large Multinational Cohort, in "PLoS One", 7, 7, 2012, e39013
3. Pierre Bourdieu, The Forms of Capital, in John G. Richardson (a cura di), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood, Westport CT 1986, pp. 241-258; Pierre Bourdieu, *Il senso pratico*, Armando, Roma 2003 (ed. orig. *Le Sens pratique*, 1980).
4. Michael Marmot, *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2016 (ed. orig. *The Health Gap*, 2016).
5. Robert Karasek e Töres Theorell, *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York 1990 (trad. it. *Autonomia e salute sul lavoro. Stress, produttività e riorganizzazione del lavoro*, Ferrarini Sinibaldi, Milano 2012).
6. Alfred S. Evans. *Causation and Disease. A Chronological Journey*, Plenum Medical Book Company, London and New York 1993.
7. Luca Carra, Paolo Vineis, "Il Capitale Biologico. Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali", Codice Edizioni, 2022

RISULTATI SURVEY SU CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Come indicato nell'articolo di presentazione (Notiziario 1/2022, pag.25-27), la COMMISSIONE GIOVANI MEDICI ha proposto una Survey ai colleghi medici operanti nella Continuità Assistenziale (CA), al fine di sondare le condizioni lavorative ed organizzative presenti, di cui registriamo gli esiti. Le domande sono state divise in tre parti e sono state erogate alla popolazione di riferimento, raccolte ed elaborate in maniera completamente anonima, mediante l'ausilio del sistema Google Moduli. *Popolazione di riferimento:* medici in Servizio di Continuità Assistenziale al 31/03/2022 presso ASL Cn1. *Partecipanti alla Survey:* 18. *Periodo di sondaggio:* 18/5 – 26/6/2022. *Modalità di invio:* e-mail

Nei grafici che seguono sono riassunte le risposte e le posizioni dei colleghi della CA che hanno partecipato alla Survey. Per quanto riguarda le generalità, è possibile osservare come la parte principale dei colleghi sia donna (72.2%), con in possesso il Corso di Formazione per la Medicina Generale (61.1%) e titolare d'incarico (88.9%), mentre la fascia d'età distribuisce equamente tra le diverse categorie, predominando comunque la quota di under 40 (72.2%). Giudizio pressoché unanime sulla non adeguatezza strutturale, con particolare criticità nelle sedi periferiche di Busca, Dronero, Caraglio, Borgo San Dalmazzo.

Commissione Giovani OMCeO Cuneo

Coordinatori:
GOGLIA dr Umberto
CENTO dr Davide

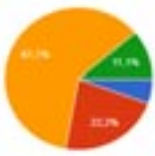
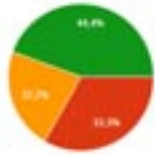
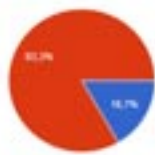
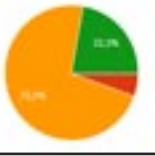
Componenti:
BERTELLO dr Edoardo
DANNA dr Pietro
DEGIOVANNI dr.ssa Elena
FRANCO dr Filippo
FRANZINI TIBALDEO
dr.ssa Eleonora
LEONE dr.ssa Alessandra
MANDRILE dr.ssa Carla
MOZZONE dr Giorgio
NACCA dr Roberto
POMPILI dr.ssa Erika

Consiglieri Referenti:
AMATI dr.ssa Annalisa,
VIVALDA dr Livio

Domande		Opzioni	Risultati
PRIMO BLOCCO	Sesso	M / F	72.2% Femmina 27.8% Maschio
	Fascia d'età (anni)	< 30; 30-34; 35-39; > 40	27.8% <30 27.8% 30-34 27.8% 35-39 16.7% >40
	Titolo Post-Laurea	Nessuno MG Specializzazione Altro	61.1% Corso di Medicina Generale 33.3% Specializzazione 5.6% Altro 0% Nessuno
	Anzianità di lavoro in CA (anni)	< 3 3-5 5-10 > 10	27.8% <3 27.8% 3-5 27.8% 5-10 16.7% >10
	Posizione in CA	Titolare Sostituto	88.9% Titolare di incarico 11.1% Sostituto di incarico

Il 72.2% dei colleghi ritiene che le sedi siano non sicure in termini di protezione personale, in particolare le sedi di Busca e Boves.

Un collega su tre reputa l'organizzazione del lavoro adeguata, poco meno della metà migliorabile, mentre oltre la metà dei colleghi considera l'attuale turnazione (12-24h) adeguata. Critica invece la situazione della Formazione specifica per le attività di CA, che risulta nella quasi totalità dei casi non presente in maniera strutturata (83.3%). Fiducia ed aspettativa vengono riposte nelle Aziende Sanitarie al fine di organizzare e gestire corsi dedicati al percorso di formazione (72.2%), con un collega su cinque che ritiene importante una partecipazione dell'OMCeO (22.2%).

Domande		Opzioni	Risultati
SECONDO BLOCCO	Adeguatezza struttura sedi	SI NO	 - SI - NO
	Quali sedi non adeguate?	Giudizio pressoché unanime sulla non adeguatezza strutturale delle sedi	Particolare criticità registrata nelle sedi periferiche di: Busca, Dronero, Caraglio, Borgo San Dalmazzo.
	Sicurezza sedi	molto sicuro sicuro poco sicuro non sicuro	 - Molto sicuro - Sicuro - Poco sicuro - Totamente non sicuro
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	Adeguatezza organizzazione	completa sufficiente scarsa	 - Completamente adeguata - Sufficientemente adeguata - Poco adeguata - Migliorabile
	Modalità turnazione oraria	6h / 8h 18-24h / 12-24h Come pensi che l'attuale suddivisione dei turni possa essere migliorata?	 - Riduzione orario con turni di 8h - Riduzione orario con turni di 6h - Aumento orario a 10-24h - Mantenimento orario in essere
	Formazione specifica per CA	SI NO	 - SI - NO
	Percorsi di Formazione	gestiti da Aziende gestiti da OMCeO gestiti dal Medico	 - Non esiste tale opportunità - Aziende (Sono gestiti esclusivamente dal Medico) - OMCeO (Sono gestiti dalla squadra Sanitaria) - Aziende (Sono gestiti dall'ordine dei Medici)

IX GIORNATE GASTRO-EPATOLOGICHE CUNEESI

"LATEST UPDATES IN GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY,
GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY"

2023
February 24th – 25th

AUDITORIUM FORO BOARIO
Via Pascal, 5 – Cuneo



Venerdì 24 e Sabato 25 febbraio 2023
CUNEO: Auditorium Foro Boario - Via Pascal, 5

IX GIORNATE GASTRO-EPATOLOGICHE CUNEESE

Le "Giornate Gastro-Epatologiche Cuneesi" rappresentano un appuntamento biennale ormai consolidato di aggiornamento in Gastroenterologia, Epatologia ed Endoscopia Digestiva. Esso ha valenza interregionale: Piemonte e Valle d'Aosta, Liguria e Lombardia. È indirizzato a specialisti ospedalieri (gastroenterologi, internisti, infettivologi e chirurghi) e medici di base. Come nelle precedenti edizioni verranno trattati argomenti di Endoscopia Digestiva Avanzata, Gastroenterologia Generale ed Epatologia. La prima giornata sarà aperta da una sessione incentrata sull'eco-endoscopia interventistica del pancreas e delle vie biliari (LAMS, posizionamento di fiducials markers, terapie ablativo) e sul ruolo diagnostico dell'ultrasonografia (IDUS) e della colangioscopia nelle patologie dell'albero biliare. Seguirà un'ampia trattazione delle più recenti tecniche di endoscopia operativa avanzata del tratto gastrointestinale (mucosectomie, dissezioni endoscopiche sottomucose, dissezioni a tutto spessore, POEM ed endoscopia del terzo spazio). Nel corso dell'evento, particolare attenzione sarà inoltre dedicata: all'istopatologia ed al management delle malattie infiammatorie croniche intestinali tramite l'uso di farmaci biologici e di ultima generazione; al microbiota intestinale e alla sua modulazione (farmaci probiotici, trapianto fecale); al ruolo degli inibitori di pompa e degli altri farmaci gastroprotettori nella malattia da reflusso e nelle patologie ipersecretive del tratto gastrointestinale superiore; alle molteplici declinazioni dei disordini legati al glutine; alle malattie epatiche ed alle più recenti strategie per il raggiungimento dell'eradicazione dell'epatite da virus C. Lo scopo è quello di fornire indicazioni diagnostiche e terapeutiche aggiornate, dando inoltre ampio spazio alla discussione in aula, per consentire un approfondito dibattito tra i partecipanti. I relatori sono stati scelti sulla base delle specifiche competenze professionali e scientifiche. Figurano specialisti di fama nazionale ed europea.

Comitato scientifico

Presidente dell'evento Manca dr Aldo - Direttore della S.C. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo

Segreteria scientifica: Mattalia dr Alberto, Simondi dr Daniele, Venezia dr.ssa Giovanna

Segreteria organizzativa: Staff P&P Srl - Provider ECM n. 1038

+39 370 348 3379 info@staffpep.com www.staffpep.com

L'iscrizione è gratuita fino ad esaurimento dei posti e si effettua mediante compilazione della scheda on-line sul sito www.staffpep.com, sezione "prossimi eventi".

ECM: l'evento ha ottenuto 17 crediti di cui 10 relativi al programma della prima giornata e 7 per la partecipazione alla seconda giornata.

Sabato 25 Marzo 2023

TORINO: Istituto Salesiano Valsalice, Viale Enrico Thoves 37

TELEMEDICINA - TRA FORMAZIONE INCLUSIVA E IMPEGNO SOCIALE

Presentazione a cura del responsabile Scientifico: dottor Andrea Cagliero

PERCHÉ UN CONGRESSO E PERCHÉ SULLA TELEMEDICINA?

Molti elementi della nostra storia più recente (personale e lavorativa) e di quanto volevamo realizzare si connettevano a questa con estrema logica e naturalezza. L'esperienza umana, familiare, vissuta soprattutto nel corso del primo lockdown, è fortemente intrisa di Telemedicina. È sui binari di questa che sono viaggiare le informazioni (oltre che il sostegno psicologico) che ci hanno aiutato a prenderci cura dei nostri cari. È sempre grazie a questa che siamo riusciti a vincere il distanziamento, potendo così continuare ad assistere i nostri pazienti. Siamo andati avanti a teleconsulti praticamente durante tutta la pandemia, con ognuno di noi sempre pronto a guidare gli altri attraverso le aree specialistiche di propria competenza. E se il teleconsulto è stata certamente la forma principale di Telemedicina che abbiamo esercitato, non è stata comunque l'unica.

Nel vivere tutto questo abbiamo avuto modo di sperimentare quanto la Telemedicina sia transfrontaliera. Potevamo dunque non sceglierla come fondamenta per costruirci su questa sfida? Grazie a lei ci siamo sentiti ancora più europei e, ora che alle sofferenze della pandemia si sono aggiunte quelle della guerra, le siamo forse ancor più grati per averci fatto provare con tanta fierezza questo senso di appartenenza. Una volta scelto come argomento del Congresso quella che potrebbe essere considerata la punta di un iceberg (l'intero mondo dell'innovazione tecnologica in ambito sanitario), non rimaneva che costruirgli intorno uno scenario che, volendo essere coerenti fino in fondo, fosse altrettanto innovativo.

A suggerirci quali caratteri "rivoluzionari" dovesse avere il contenitore è stato il suo stesso contenuto. All'interno delle "Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina" (approvate dall'Assemblea Generale del Consiglio Superiore di Sanità nel lontano 2012, ma da considerarsi ancora oggi il principale riferimento in materia), tra le opportunità che essa offrirebbe viene indicata l'EQUITÀ DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA (*L'equità dell'accesso e la disponibilità di una assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della Telemedicina. Si pensi al mare, alle piccole isole, alla montagna ma anche semplicemente ad aree rurali poco collegate alle città di riferimento*) e tra gli ambiti su cui potrebbe positivamente intervenire quello delle PATOLOGIE RILEVANTI ("Ad esempio nel campo delle Malattie rare l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione quali la Telemedicina può garantire l'individuazione e l'accesso a distanza all'assistenza sanitaria specialistica necessaria"). La stessa "democrazia", che si respira già solo attraverso questi due passaggi, doveva dunque potersi respirare anche all'interno del nostro evento.

Un Congresso "innovativamente democratico" è ciò che vogliamo realizzare, un evento in cui la tecnologia sia messa al servizio dell'uomo, ponendolo al centro, in piena coerenza

con la Telemedicina che, attraverso nuovi modelli assistenziali INCENTRATI SUL CITTADINO, si prefigge di facilitare l'accesso alle prestazioni. Sulla base di queste considerazioni si è dunque venuta a delineare l'idea di realizzare un Evento che prevedesse la compartecipazione di addetti ai lavori (Sanitari) ed utenti (laici), che diciamocelo, non è cosa di tutti i giorni, non è la consuetudine. Una compartecipazione veicolata dalla tecnologia, che in questo caso avrà la veste di una diretta streaming (unica modalità di partecipazione prevista per i laici e modalità "aggiuntiva" per i Sanitari che non troveranno disponibilità di posti in sala o che saranno impossibilitati ad una partecipazione in presenza). Sarà pertanto prevista anche una sessione in cui le relazioni dei professionisti non saranno particolarmente "tecniche" e dunque fruibili anche da parte dei non addetti ai lavori, permettendo così a tutti quei cittadini che fossero interessati all'argomento Telemedicina di saperne di più. In questo modo troveranno realizzazione altri due obiettivi espressi a chiare lettere all'interno delle "Linee di indirizzo nazionali sulla Telemedicina": INFORMAZIONE E FORMAZIONE DI PAZIENTI E PROFESSIONISTI SANITARI (Ai



fini di uno sviluppo su larga scala della Telemedicina e (necessario creare fiducia nei servizi di Telemedicina e favorirne l'accettazione da parte dei professionisti sanitari e dei pazienti. In questo contesto, sono aspetti fondamentali l'informazione al paziente, in merito all'uso della Telemedicina e ai benefici che ne possono derivare, e la formazione dei professionisti sanitari e dei pazienti per l'uso delle nuove tecnologie).

Al di là dell'interesse scientifico, che ci auguriamo il Congresso possa suscitare negli addetti ai lavori (e non solo), la speranza è che ci sia da parte di tutti il desiderio di far parte di un progetto ancora più ampio ed ambizioso, di IMPEGNO SOCIALE oltre che di FORMAZIONE INCLUSIVA.

Volendo idealmente chiudere il cerchio intorno alla Telemedicina, sono stati selezionati quattro progetti benefici in stretta connessione con questa, offrendo così non uno ma ben quattro buoni motivi per aderire alla raccolta fondi che sarà abbinata all'Evento scientifico e che sarà attiva dal 31 gennaio al 24 giugno 2023.

Chiunque lo desideri potrà effettuare una donazione a favore di una o più delle seguenti realtà/iniziative.

1. La favola di Marco 1q41.12 Onlus
2. Associazione Alzheimer San Carlo
3. Ampliamento sale operatorie nell' Ospedale North Kinangop Catholic Hospital, Kenya
4. Borsa di studio per studenti indigenti (c/o Istituto Salesiano Valsalice - Torino)

Per chi fosse interessato ad una donazione, al programma dettagliato ed alle manifestazioni correlate all'Evento si allega il link di riferimento.

<https://www.eventi5.it/it/ev-286/3843/telemedicina-tra-formazione-inclusiva-e-impegno-sociale/perche-sulla-telemedicina>

MEDICI

CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

AIMAR Enrico

Milano

MEDICI

CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

ALLASIA Alberto

Savigliano

RIVETTI Renato

Peveragno

MEDICI

DECEDUTI

GHEZZI PAOLO

ODONTOIATRI

PRIMA ISCRIZIONE

GUANCIALI FRANCHI Marta

Saluzzo

ODONTOIATRI

CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

BONGIOANNI Bruna

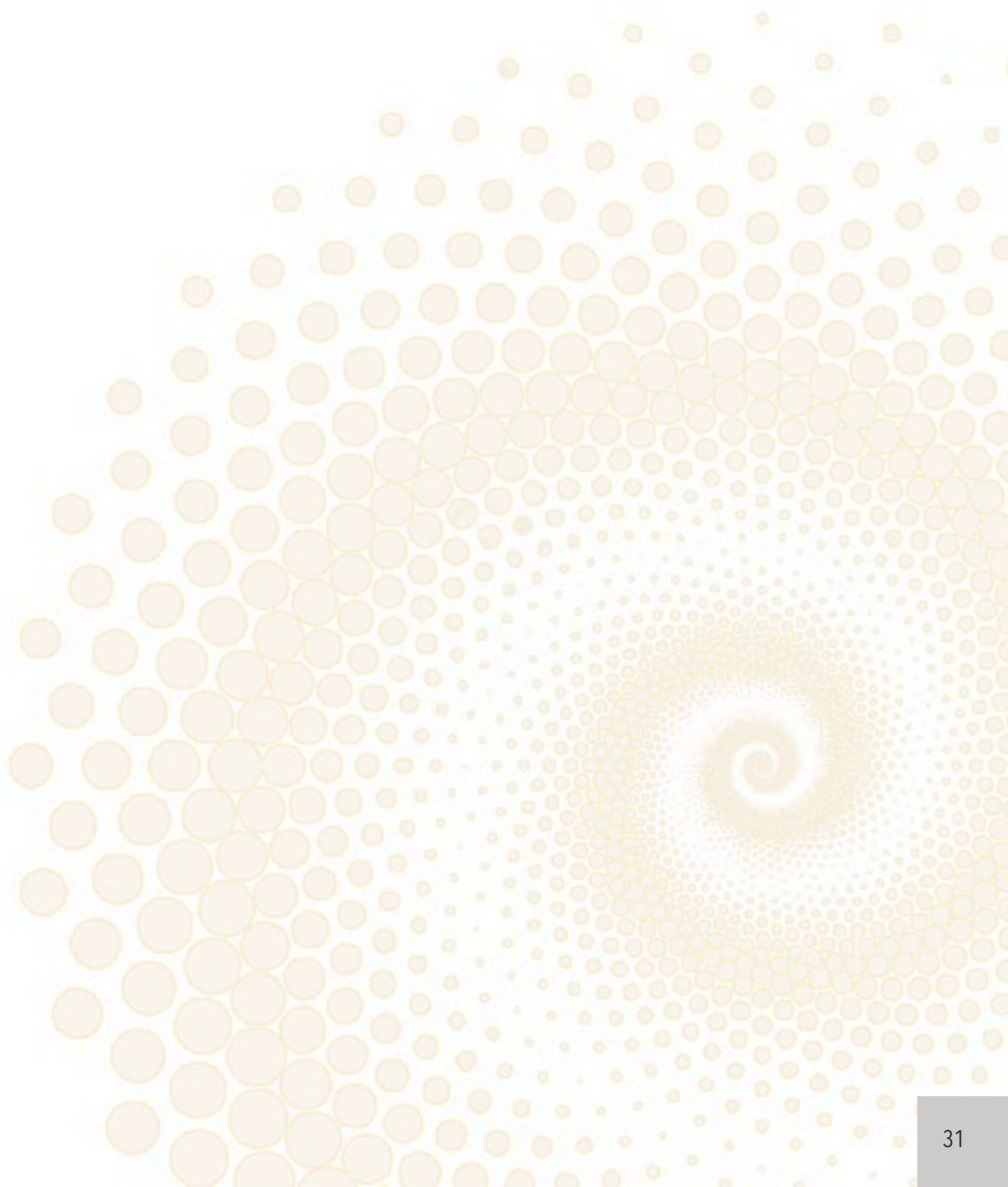
Cuneo

NECROLOGIO

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa del Collega

Dottor GHEZZI Paolo
Medico Chirurgo di anni 82

A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai famigliari 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