

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 l'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: 9 ottobre 2023.

IN QUESTO NUMERO

Quando si parla di eutanasia in pubblico, specie da chi deve prendere decisioni politiche inerenti, ho spesso l'impressione di sentire prese di posizione di circostanza, sicuramente politicamente corrette ma troppo sfumate e piene di "distinguo" che rendono poi la materia molto spinosa da gestire a livello legislativo, come note vicende italiane a riguardo insegnano.

Sicuramente non è il caso del nostro **Pietro Meineri**, che ce ne parla invece in modo chiaro, ampio ed approfondito anche da un punto di vista storico, ricordandoci tuttavia come, per quanto tanto sui Media se ne dibatta sovente, ad oggi nemmeno l'1% della popolazione ha fatto testamento biologico, segno che, volenti o nolenti, l'argomento è ancora lontanissimo dall'essere stato metabolizzato compiutamente dalla Popolazione.



Anna Maria Pacilli ci relaziona a seguire sui disturbi dell'alimentazione (DAN), patologia che cresce nella popolazione sia nei numeri sia nelle diverse tipologie di individui che ne vengono colpiti: come sempre più spesso avviene ci si affida per le cure a gruppi interdisciplinari di Specialisti con il coinvolgimento delle famiglie, che rivestono un ruolo importante nel percorso di cura.

Riccardo Schiffer, fisiatra dell'Ospedale Santa Croce di Cuneo, ci presenta il suo avveniristico laboratorio di biometria digitalizzata proponendo anche un "master" triennale in materia proprio per sottolineare la sempre maggiore importanza, nella gestione della Salute dei pazienti, di una corretta attività fisica e del suo controllo.

Lascio per ultimo un commento a quanto scritto dal nostro **Presidente Guerra** circa l'acquisto e la ristrutturazione dei locali sovrastanti la nostra attuale sede di via Mameli che, a lavori finiti, andranno ad ampliare, dandole maggiore fruibilità e prestigio. L'entità dell'importo ottenuto dalla Federazione Nazionale per la stessa è a testimonianza del fatto che quando si lavora con criterio e competenza si raggiungono risultati insperati, che non vanno a vantaggio di qualcuno ma che diventeranno patrimonio di tutta la Comunità Medica della Provincia di Cuneo, ai futuri rappresentanti della quale l'attuale Consiglio passerà orgogliosamente il testimone.

A conclusione di questo numero alcuni appuntamenti formativi patrocinati e/o promossi dall'Ordine di Cuneo e il consueto aggiornamento dell'Albo.

LO STATO DELL'ARTE

Giuseppe GUERRA



Carissimi Colleghi,
sono a relazionarvi sulle novità, sia sullo stato del nostro OMCeO, sia generali. Sono iniziati i lavori di ristrutturazione della nostra sede. Come noto, dopo molte vicissitudini, abbiamo acquistato l'appartamento soprastante in via Mameli e stiamo procedendo al fine che tutta l'opera sia completata nel migliore dei modi.



Il sottoscritto, di concerto con il vicepresidente Blengini, ha, a suo tempo, interessato la FNOMCeO al fine di ottenere una sovvenzione monetaria che ci permettesse di attuare il nostro progetto in tranquillità. A fronte di detta richiesta, che pensavamo portasse alle nostre casse almeno 35-40.000,00 euro di contributi a fondo perduto, il Presidente Nazionale dottor Anelli ci ha "trasferito" una somma di importo superiore ai 102.000,00 euro. Dovremo spenderla e renderla tutta. Abbiamo ringraziato con una lettera il dottor Anelli e, di conseguenza, riteniamo che il nostro OMCeO sia piuttosto attenzionato e stimato. Insomma, spero proprio che presto potremo disporre di una sede più prestigiosa e accogliente per i nostri iscritti: il piano superiore sarà dedicato alla segreteria, quello inferiore (l'attuale) vedrà una sala riunioni più ampia e due aree ben definite per i Medici Chirurghi e l'altra per gli Odontoiatri. L'obiettivo ambizioso è ora quello di una inaugurazione con un convegno di livello prestigioso per il nostro OMCeO.

Con il mese di settembre contrattualizzeremo a tempo indeterminato l'assunzione del quarto amministrativo (attualmente assunto con contratto interinale da agenzia); in questo modo superiamo la criticità anche per il nostro personale dipendente.

Sono contento e anche "orgoglioso" di portare a termine queste due azioni durante il mio mandato temporaneo di Presidente e ringrazio Giunta e Consiglio con i quali ho condiviso il tutto.

Ora veniamo ad alcune considerazioni di ordine generale. Sono d'accordo con il Presidente Nazionale Anelli quando afferma: "prima chiudiamo i contratti e meglio è. Non potrà avvenire nulla di nuovo e sono relativi a un periodo precedente al COVID e al DM 77 (relativo agli standard dell'assistenza territoriale) perché riguardano gli anni 2019-2021. Occorre pertanto chiudere questo capitolo propedeutico e avviare una vera e propria riforma".

Prima è necessario riconoscere alla professione medica la chiusura dei contratti. A coloro i quali in periodo pandemico hai chiesto l'anima, distruggendo una organizzazione lavorativa, facendoli lavorare nei Reparti COVID, chiedendo di vaccinare senza essere mai stato un vaccinatore, e quant'altro: non si può non riconoscere il dovuto, anche e soprattutto se di anni ormai passati.

Su una eventuale riforma, che ritengo necessaria se si vuole salvare e mantenere il nostro SSN, sono personalmente un po' scettico e diffidente in quanto riforme senza investimenti e soprattutto norme ad hoc spesso partoriscono...il topolino. Già sui fondi PNRR destinati all'apertura di COT (centrali operative territoriali), Case di Comunità e Ospedali di Comunità qui in Piemonte abbiamo visto una prima riduzione (e questo a livello nazionale a favore del Meridione), ora l'incertezza sulla modalità dei finanziamenti e sul numero delle strutture, le eventuali modifiche di contrattualizzazione dei Medici dell'area territoriale che dovrebbero portare a forme associative e multidisciplinari, rappresentano solo alcune delle più importanti criticità.

Criticità importanti alla luce di un fondo sanitario nazionale ancora deficitario e sottostimato (l'attuale Ministro alla Salute ha chiesto, ancora invano, finanziamenti consistenti al MEF) che vedono attualmente ben 15 Regioni italiane in difficoltà di bilancio e, alcune, a rischio di piano di rientro con tutto quello che ne consegue, soprattutto per il blocco delle assunzioni. Questo non rappresenterebbe certamente un bel segnale per i giovani medici o per chi, medico italiano all'estero, vorrebbe rientrare a casa.

Sperando comunque che ci sia lo spazio e soprattutto la volontà politica per una vera RIFORMA (ma anche su questo...: una riforma che ricade su 20 Servizi Sanitari Regionali spesso differenti tra loro aumenta la mia personale diffidenza!!) che ravveda e rafforzi il nostro SSN, servizio in cui fermamente credo come medico e cittadino utente, porgo un caro saluto a tutti Voi.

EUTANASIA

Pietro MEINERI



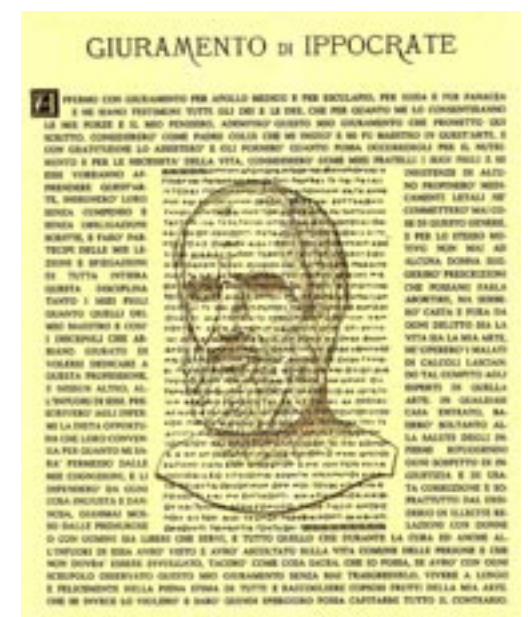
I temi attinenti al cosiddetto fine-vita sono certamente tra i più stimolanti, ricchi di spunti e interrogativi a livello bioetico; necessariamente sollecitano riflessioni sulla paura umana per eccellenza, che è nel contempo anche l'unica certezza, vale a dire la morte, ci costringono a posare lo sguardo sulla fragilità, declinata in forma di dolore, fisico e non solo, e di sofferenza. Costringono i sanitari ad interrogarsi sul loro personale modo di porsi di fronte alla sofferenza del paziente e della sua famiglia, affrontando e magari cercando di risolvere in qualche modo il proprio rapporto con la morte. Sono altrettanto temi di grandissima attualità. Su di essi da anni la pressione mediatica



è costante quanto non mai e si moltiplicano le iniziative di ordine legislativo nel tentativo di porre ordine in un materiale che, a mio avviso, rimane in buona parte inestricabile. In Italia, due pietre miliari sono state poste con la legge 217/2019, che disciplina tra l'altro la dichiarazione anticipata di trattamento (cosiddetto testamento biologico), e con la sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale che, a seguito del processo a Marco Cappato in calce alla vicenda di dj Fabo, ha di fatto depenalizzato il suicidio assistito, sostenendo la non punibilità di chi agevoli un proposito suicidario, (a patto che siano presenti quattro condizioni vincolanti: 1) la presenza di una patologia irreversibile; 2) una grave sofferenza fisica e psichica; 3) la piena capacità di prendere decisioni libere e consapevoli; 4) la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale) e ha sollecitato il parlamento a legiferare senza indugio sull'argomento (in realtà la sentenza sottolinea che Cappato ha soltanto affiancato dj Fabo, non opponendosi alla sua decisione). Negli anni scorsi molti sono stati i casi, in verità diversi fra loro, assurti al clamore mediatico, a partire dal caso di Terry Schiavo, passando da Piergiorgio Welby a Eluana Englaro e al più recente bambino inglese di nome Archie. È ovvio che sia giusto e perfettamente lecito che la popolazione venga informata e in qualche maniera coinvolta nel dibattito; ciononostante è innegabile che l'informazione sia quasi sempre molto urlata e troppo approssimativa. Sta di fatto che, nonostante questo clamore, a tutt'oggi meno dell'1% della popolazione italiana ha depositato il testamento biologico.

Innanzitutto un po' di terminologia. Il termine eutanasia, di origine greca, significa letteralmente buona morte. Nell'accezione attuale indica il porre termine alla vita di un paziente attraverso un'azione (eutanasia attiva) o un'omissione (eutanasia passiva). Per azione s'intende la somministrazione di un farmaco ad effetto letale. Per omissione s'intende il non fornire al paziente sostanze necessarie alla sua sopravvivenza. Mentre la forma attiva si basa su un'azione precisa e collocabile nel tempo e nello spazio, la forma passiva comprende varie possibilità, dalle più radicali alle più sfumate, pertanto si presta a valutazioni diverse; l'"omissione" può contemplare scenari diversi fra loro, dalla sospensione della terapia farmacologica, a quella dei mezzi fisici di sopravvivenza e quella della nutrizione/idratazione (in Italia la legge 219/2017 l'ha equiparata a una terapia, in quanto prescritta da medici). Accanto all'eutanasia esiste il suicidio assistito: in questo caso si fornisce al paziente, che abbia espresso il desiderio di porre fine alla sua vita, il mezzo per attuare tale proposito. Comunque, deve essere il paziente stesso a compiere concretamente l'ultimo gesto che lo porta al decesso.

L'eutanasia non è certo un tema nuovo nel mondo, in particolare occidentale. Nei secoli il termine eutanasia ha cambiato più volte il suo significato: da quello originario di "buona morte", intesa come condizione interiore di serenità davanti alla morte, a quello eugenetico, di strumento per la realizzazione di fini di pubblica utilità, a quello contemporaneo di atto pietoso, pratica mediante la quale si intende liberare il soggetto malato, dietro sua richiesta o meno, dalla sofferenza. Di eutanasia parlava già Ippocrate, vietandola, nel suo giuramento. Nel mondo greco era accettata da Sparta, con fini eugenetici (la Rupe Tarpea), ma guardata con perplessità dalla scuola filosofica ateniese. Nel mondo romano invece il suicidio era accettato, in particolare dalla scuola stoica (Seneca si suicidò, spinto da un ordine imperiale), così come era permessa l'expositio, la soppressione dei neonati malformati (pratica peraltro condannata da Cicerone). Nel medioevo cristiano si fa strada una nuova visione dell'uomo, che affonda le radici nella dottrina cristiana, ma anche nell'ebraismo. Vigé il sacro principio dell'indisponibilità della vita, bene supremo di cui solo Dio può disporre, e conseguentemente ogni iniziativa volta a interferire con la fine naturale di essa, è assolutamente proscritta.



Questa impostazione prosegue, pur con alcune dissonanze, fino all'epoca illuministica e successivamente, quando gradualmente si fanno strada altre visioni. Peraltro, il termine "eutanasia" viene coniato, già precedentemente, da Francis Bacon (1561-1626)¹.

Nel secolo XIX si sviluppano alcune delle teorie che verranno poi riprese dal nazismo per giustificare il programma di sterminio delle persone portatrici di qualche menomazione, che le rendeva "indegne di vivere" agli occhi del terzo Reich (il programma noto come *Aktion T4*). Nel XX e XXI secolo la Chiesa Cattolica si è occupata a più riprese del tema eutanasia e di argomenti affini. Il pensiero suo è stato diffuso attraverso numerosi documenti della Pontificia Accademia della Vita, encicliche, lettere apostoliche, o anche attraverso discorsi di Pontefici in specifiche circostanze.

Anche all'interno della Chiesa, che mantiene una posizione di ferma condanna di ogni forma di eutanasia e di suicidio assistito, si rilevano posizioni a volte divergenti, ad esempio sull'atteggiamento da tenere sulla somministrazione dei sacramenti a chi fa richiesta di porre fine alla propria esistenza.

L'eutanasia è ed è stata oggetto di dibattito in molte parti del mondo, in particolare europeo. In Europa, i paesi in cui è legale l'eutanasia attiva sono Paesi Bassi e Belgio dal 2002, Lussemburgo dal 2009 e Spagna dal 2021. Il Belgio e i Paesi Bassi, poi, sono gli unici ad aver depenalizzato l'eutanasia attiva per i minori di 12 anni, previo consenso dei genitori; curiosamente, è stata lasciata scoperta una finestra tra i 13 e 17 anni, per la quale non esistono disposizioni di legge.

Dal 1942 e dal 2020 è depenalizzato il suicidio assistito rispettivamente in Svizzera e in Germania; anzi, la Svizzera è stato il primo stato nel mondo a promulgare una legge sul fine-vita.

È attualmente in discussione una legge sull'eutanasia in Portogallo. Sono poi diversi i casi, in Europa, che prevedono parziale depenalizzazione di pratiche come eutanasia passiva e suicidio assistito. In Francia per esempio, pur non essendo legale l'eutanasia, nel 2013 è stata approvata una legge che prevede la sedazione totale fino alla morte di quei pazienti che non hanno possibilità di miglioramento, anche se essa dovesse accelerare la morte.

¹ "La missione del medico è quella di restituire la salute e di lenire le sofferenze del paziente, non solo in vista della guarigione, ma anche allo scopo di procurare al malato inguaribile una morte tranquilla (eutanasia)" F. Bacon: della dignità e del progresso medico, Bari 1965



In Regno Unito e nei paesi scandinavi (Svezia, Norvegia e Finlandia) è invece legale l'eutanasia passiva, ma sono illegali il suicidio assistito e l'eutanasia attiva.

Fuori dall'Europa, il suicidio assistito è legale in alcuni stati degli Stati Uniti, che seppur con modalità differenti tra loro hanno iniziato a depenalizzarlo a partire dagli anni '90: Oregon (1997), Washington (2009), Montana (2009), Vermont (2013), California (2015), Colorado (2016), District of Columbia (2016), Hawaii (2018), Maine (2019), New Jersey (2019). Oltreoceano è poi legale l'eutanasia attiva e il suicidio assistito in Canada fin dal 2016. Il testo della legge canadese è particolarmente esaustivo perché comprende anche

la possibilità di non avere una malattia terminale e/o incurabile per essere ammesso nel programma di "morte assistita", anzi, si spinge ancora più in là, dal momento che dal marzo del 2023 vengono prese in considerazione anche persone che desiderano porre fine alla propria vita a causa di una patologia esclusivamente mentale.

Rimanendo nel continente americano, un altro paese in cui l'eutanasia è legale è la Colombia, dove un disegno di legge sulla depenalizzazione dell'eutanasia è stato approvato nel 2015. Si tratta dell'unico paese del Sudamerica dove esiste questa possibilità. Altri paesi come l'Argentina e il Cile, prevedono la possibilità di rifiutare le cure per pazienti terminali o in condizioni estreme.

In Asia e in Africa l'eutanasia è tendenzialmente vietata. Ci sono però paesi come l'India dove è concessa quella passiva.

Per quanto riguarda l'Oceania, l'eutanasia è legale negli stati Australiani di Victoria (2019) e Western Australia (2021). I restanti stati stanno approvando, anche se in forme diverse, leggi su eutanasia e/o suicidio assistito. Dal 2021 è entrata in vigore una legge anche in Nuova Zelanda.

Al contrario, è ben noto che in Italia tuttora non esiste una legislazione in merito, nonostante la sollecitazione della Corte Costituzionale.

I temi attinenti al fine vita, quindi anche l'eutanasia e il suicidio assistito sono terreno di discussione e di opposte visioni. Come accade anche per altri argomenti, si possono schematicamente dividere le posizioni in due campi almeno parzialmente opposti. Da una parte sta l'etica liberale, nelle sue varie scuole, che pone al centro l'idea dell'autonomia e della libertà della persona; applicandola al tema del fine vita, si tratta di partire dal pre-

supposto dell'autodeterminazione. Ciascuno ha il diritto di decidere in merito alla sua vita così come alla sua conclusione; tanto più se, per dirla con le parole di Maurizio Mori, uno dei più importanti esponenti del pensiero bioetico laico in Italia, la vita biologica si trova a non coincidere più con la vita biografica. Dall'altro sta la visione dell'etica di matrice cattolica. Il modello che la Chiesa vede con maggiore interesse è quello del personalismo ontologicamente fondato di Mons. Sgreccia. Al centro c'è la persona. Vanno considerate persone tutti gli esseri, dal loro concepimento fino alla morte naturale, indipendentemente da quali siano le caratteristiche di questa persona. La vita va sempre difesa, questo sì, ma, in tema di fine vita, non qualunque vita. In altre parole, rispettare la vita non significa volerla a tutti i costi, ma significa accompagnare responsabilmente, evitando ogni forma di futilità terapeutica, ma anche ogni forma di abbandono, cioè offrirle ogni attenzione necessaria ma non superflua. Sono terapie superflue quelle terapie che non apportano un diretto vantaggio al paziente, ma prolungano la sopravvivenza e il processo di morte, o anche solo mantengono lo status quo. Facendo riferimento alla dicotomia tra cure proporzionate e sproporzionate, è possibile sospendere i trattamenti quando siano sproporzionati alla situazione. Si applica cioè il principio della cosiddetta desistenza terapeutica: l'astensione da terapie giudicate futili e inutili.

Ancora in tema di trattamenti consentiti, c'è la cosiddetta sedazione palliativa profonda (un tempo definita terminale): riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati per il controllo del sintomo, che risulta, quindi, refrattario. Non si tratta di un'eutanasia "sotto mentite spoglie"; anzi, i dati della letteratura indicano una sopravvivenza lievemente prolungata nei pazienti sedati. Tra eutanasia attiva e sedazione profonda le differenze riguardano i farmaci usati, il parametro temporale (nell'eutanasia la morte è immediata, nella sedazione profonda ha luogo di solito entro 12-72 ore), ma soprattutto manca l'intenzionalità: non si sopprime, ma si porta sollievo dalla sofferenza. Per concludere, la teoria ci dice che una corretta palliazione consente di evitare una situazione limite, quale è la richiesta di porre fine alla propria esistenza e non ho dubbi che il nostro ruolo di sanitari vada nella direzione di evitare angosciose richieste. Questa è la teoria; tuttavia la pratica ci insegna che tali richieste sono presentate, spesso con una pervicacia ed una argomentazione tali da mettere in crisi l'interlocutore sanitario, che, a mio avviso, a meno che non sia sorretto da incrollabili principi religiosi, fatica a gestirle. Esiste una sofferenza del malato (probabilmente quella che Cicely Saunders, ideatrice e anima delle moderne cure palliative, chiamava sofferenza globale) che va oltre la capacità di comprendere e tollerare, da parte di chi è presumibilmente sano. Affrontarla con serenità significa aver affrontato in precedenza e magari "risolto" il proprio rapporto con la sofferenza e con la morte. Cosa non scontata. Siamo sicuri di esserne in grado?



GENOVA, 2/3 NOVEMBRE 2023

CORSO "EMERGENZE NEI PAESI REMOTI"

Anche quest'anno Medici in Africa organizzerà il Corso teorico-pratico "Emergenze nei paesi remoti"

Il corso, riservato a medici, infermieri ed ostetriche, si terrà il 2 e 3 novembre 2023 (minimo 10 partecipanti) presso il modernissimo Centro di Simulazione Universitario di Genova.

Obiettivo formativo: il Corso si propone di insegnare o rinfrescare le nozioni di primo soccorso migliorando le abilità pratiche dei discenti facendoli esercitare nelle manovre salvavita mediante l'uso di simulatori e manichini. Tali manovre sono fondamentali nei paesi remoti e a basse risorse ma anche in posti disagiati nel nostro Paese oppure in quelle situazioni (viaggi su navi, aerei ecc) in cui il Sistema Sanitario di Emergenza e Urgenza non sia prontamente disponibile. Il costo dell'iscrizione è di Euro 250 (entro il 30 settembre) ed Euro 300 (dopo il 30 settembre).

Previsti 25 crediti ECM

Per le iscrizioni al corso ed ulteriori informazioni contattare:

MEDICI IN AFRICA OdV

Tel 349 8124324 - da lunedì a venerdì: 09.45/13.45

mail: mediciinafrica@unige.it - segreteria@mediciinafrica.it

Il corso è patrocinato da



DISTURBI DI NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE

IL CENTRO DI II LIVELLO DI CUNEO

I Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DAN) rappresentano una patologia in costante aumento non solo da un punto di vista quantitativo, ma anche per quanto riguarda le tipologie diagnostiche, essendo, fino a poco tempo fa preponderanti nel sesso femminile, ma, negli ultimi tempi, sempre più rappresentati anche nel sesso maschile. Nonostante i DAN possano insorgere anche in età adulta, l'incidenza maggiore è individuata tra i 10 e 19 anni di età, periodo in cui i cambiamenti corporei innescano negli ado-



lescenti forti crisi di accettazione ed autostima.

Secondo il DSM 5 TR (APA 2013) le principali forme di disturbi sono rappresentate dall'Anoressia, in cui vengono adottate o la restrizione degli alimenti o l'utilizzo di condotte compensatorie atte ad eliminare calorie, dalla Bulimia, quasi sempre con condotte compensatorie, dal Disturbo da alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder*), in cui non ven-

gono messe in atto metodiche compensatorie per cui, se il disturbo si protrae nel tempo, il destino è rappresentato quanto meno dal sovrappeso, quasi sicuramente, dalla Obesità conclamata.

L'atto della nutrizione, così naturale e fisiologico sin dalla nascita ed ancora prima nel ventre materno, viene completamente sovvertito in questi quadri patologici. Spesso i disturbi alimentari rappresentano la punta di un iceberg sotto il quale esiste un mondo sommerso. L'apparenza fisica denota la difficoltà di esprimere a voce ciò che sembra solo corporeo, ma che non è solo corporeo. Psiche e soma, infatti, procedono di pari passo.

Il Centro per i DAN dell'ASL CN1 (Responsabile Dott. ssa Anna Maria Pacilli) è all'interno del Dipartimento di Salute Mentale (Direttore: Dott. Francesco Risso) ed è ubicato in Corso Francia, 10 a Cuneo. Nato come ambulatorio nel 2003 si è evoluto nell'arco di diciassette anni di attività, ampliando la presenza delle figure professionali coinvolte (una psichiatra per il trattamento farmacologico, due psicologhe, a tempo parziale, per la terapia individuale, il supporto alle famiglie ed i percorsi gruppal, un'infermiera professionale ed una operatrice socio sanitaria) e grazie alla proficua e costante collaborazione con la S. C Dietetica e Nutrizione dell'Ospedale S. Croce e Carle (Direttore FF Dott. ssa Da Pont) e la S. S. D Psicologia e Psicopatologia dello sviluppo (Responsabile Dott. Arduino e Referente per i DAN Dott. ssa Galliano).

ANNA MARIA PACILLI



Percorsi di cura

Non è facile delineare dei modelli unitari di percorsi terapeutici per i DAN. Questo perché, indipendentemente dal disturbo, per il quale un percorso può essere intrapreso, non è possibile non valutare la singola persona portatrice del corteo sintomatologico.

Distinguiamo, anzitutto, un trattamento ambulatoriale da un trattamento ospedaliero. L'invio in ambulatorio può avvenire, e di solito avviene, tramite il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera scelta, che formula un quesito diagnostico in caso di sospetto DAN o in caso di disturbo conclamato inviando al Dipartimento di Salute Mentale, alla Neuropsichiatria Infantile, al SSD Psicologia e Psicopatologia dello sviluppo o al S. C Dietetica e Nutrizione.

Il modello di trattamento utilizzato dal Centro prevede la presa in carico della persona da un'équipe multidisciplinare ed interservizi. Il protocollo prevede l'attivazione di uno o più dei seguenti dispositivi terapeutici a seconda del progetto riabilitativo personalizzato:

- ☐ Pasti assistiti (mantenuti anche durante il periodo della fase pandemica da Covid -19)
- ☐ Psicoterapia individuale (in collaborazione con la SSD Psicologia)
- ☐ Terapia farmacologica
- ☐ Attività riabilitative (artistiche, musicali, teatrali, ricreative.)
- ☐ Inserimenti lavorativi risocializzanti
- ☐ Gruppi di sostegno serale
- ☐ Gruppi di sostegno post-prandium
- ☐ Sostegno monofamiliare e plurifamiliare

Il lavoro in équipe multidisciplinare consiste nella valutazione delle situazioni nel senso della diagnosi, della presa in carico, della prognosi e degli interventi terapeutici in un'ottica multidisciplinare in cui il paziente è valutato sia per quanto riguarda l'opportunità dell'assunzione di psicofarmaci di cui possa giovare la patologia che lo affligge, sia della valutazione dei parametri fisici da parte del dietologo e della formulazione di uno schema dietetico appropriato, sia della presa in carico per un percorso psicoterapico.

Il trattamento farmacologico, particolarmente complesso nel disturbo del comportamento alimentare, si fonda, per lo più, sulla somministrazione di farmaci 'off label', fuori scheda tecnica. Attualmente non è disponibile un farmaco specifico per il disturbo, ma esistono dei farmaci che vengono utilizzati mano a mano che i sintomi si presentano.

Ricorrere a farmaci che aumentino l'appetito, come effetto collaterale, si è rivelato un approccio fallimentare, ed anzi addirittura controproducente, perché porta chi ne è affetto ad assumere un atteggiamento ancora più oppositivo alla cura, trovandosi a contrastare



in modo più tenace lo stimolo alla fame che, contrariamente a quanto si pensa, è comunque conservato.

In molti casi, inoltre, il disturbo alimentare si presenta in comorbidità con un disturbo di personalità soprattutto del cluster B e questo determina la necessità di adoperarsi per un tentativo di cura di entrambi i disturbi. Trascurarne uno condurrebbe inevitabilmente al fallimento della cura anche dell'altro.

Generalmente nel trattamento ambulatoriale dell'anoressia si utilizzano farmaci antidepressivi e/o ansiolitici a basso dosaggio, per migliorare il tono dell'umore generalmente sottolivellato e ridurre la quota d'ansia quasi sempre presente in questi pazienti.

Nel trattamento farmacologico della bulimia l'impiego prevalente è anche quello di farmaci antidepressivi SSRIs (inibitori del reuptake della serotonina), alcuni dei quali riescono a contenere il "craving" per il cibo, oltre a migliorare l'umore.

Il disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder) si avvale di un trattamento farmacologico simile a quello della bulimia.

Esistono, poi, delle sindromi particolari definite '*Night eating syndrome*', in cui le abbuffate avvengono nelle ore notturne.

In questi casi è emerso quanto il dosaggio della leptina (l'ormone della fame e della sazietà) e della melatonina (l'ormone che regola il sonno), abbia mostrato una inversione di tendenza, con livelli più alti di leptina nelle ore serali e di melatonina nelle ore diurne. Ripristinare i livelli ormonali, mediante un'appropriata terapia, può rappresentare un buon inizio nel percorso di cura.

È comunque utile ricordare che un qualsiasi tipo di trattamento farmacologico è di supporto anche per un trattamento psicoterapico e viceversa.

Nei casi più gravi e/o non gestibili a domicilio, si ricorre al Day Hospital o al ricovero ospedaliero, in regime residenziale o semiresidenziale, preferibilmente in luoghi di cura specializzati per il trattamento di questi disturbi.

La difficoltà della cura (e questo riguarda sia il trattamento farmacologico che quello psicoterapico), sta anche nella possibilità, molto frequente, che un disturbo di tipo anoressico possa shiftare in uno bulimico o viceversa, e con il mutare degli scenari sintomatologici deve, inevitabilmente, mutare anche il nostro approccio terapeutico.

Alcuni di questi atteggiamenti disfunzionali permangono anche alla guarigione dalla malattia. Obiettivo del percorso è ristabilire un rapporto equilibrato con il cibo e favorire la socializzazione attraverso la condivisione del pasto. L'équipe incontra quotidianamente, nel percorso di cura le difficoltà connesse al raggiungimento della compliance ed il viraggio, ossia la trasformazione da una patologia all'altra. Ad esempio, dall'eccessivo controllo

della fase anoressica si può passare alla perdita di controllo della fase bulimica e viceversa. Il terrore del paziente o della paziente in fase restrittiva risiede proprio, durante la riacquisizione del peso corporeo, nella possibilità di virare nella patologia di segno opposto, la bulimia con abbuffate, e questo rappresenta spesso uno dei principali ostacoli all'incremento ponderale.

Un progetto terapeutico efficace si fonda sulla stipula di un "contratto" con i pazienti ed i loro *caregivers*, che miri a costruire una relazione terapeutica capace di fornire rassicurazioni sulla gradualità dell'incremento ponderale e sulla costruzione di una corretta alimentazione. Nonostante le difficoltà fisiologicamente insite nel periodo adolescenziale e puberale, nostro obiettivo principale è stabilire un legame equilibrato tra quelli che sono i bisogni biologici di alimentazione e le ambizioni in fatto di immagine corporea. Alcune persone però, non riescono a stabilire questo equilibrio, o forse esso per qualche ragione si è incrinato, spezzato, ed è in queste situazioni che è probabile riscontrare un disturbo del comportamento alimentare.

Anche se la maggior parte delle implicazioni sono reversibili in seguito al riassetto del peso corporeo e all'estinzione di condotte di abbuffata e compensazione, alcune conseguenze fisiche persistono nel tempo (Treasure, 2010).

Come evidenziato dalle linee d'indirizzo nazionale per la riabilitazione e nutrizione dei disturbi dell'alimentazione promosse dal Ministero della Salute (2017), infine, è utile ricordare che la presa in carico della famiglia rappresenta un fattore decisivo nell'adesione al trattamento. Come citano le linee guida infatti "un programma di riabilitazione nutrizionale dovrebbe sempre prevedere un'attenzione particolare al rapporto con la famiglia dei pazienti, la sua esclusione può comportare anche l'abbandono del trattamento. Occorre fornire ai familiari, con approccio psicoeducativo, le informazioni sulla malattia, sintomi, evoluzione, trattamento, prognosi. Il team multidisciplinare dovrà effettuare incontri con i familiari separatamente utilizzando un approccio collaborativo affinché i familiari si sentano partecipi del programma terapeutico"

Dall'esperienza decennale del lavoro con i nuclei familiari è nato lo stimolo di sostenere l'avvio dell'Associazione A-fidati (associazione di familiari impegnata nella sensibilizzazione e nel contrasto del disturbo alimentare) con la quale si è intrapreso un prezioso percorso di collaborazione per la promozione di eventi e azioni di sensibilizzazione della cittadinanza.

Coautori:

Dott. Francesco Risso: direttore Dipartimento Interaziendale Salute Mentale Cuneo
Dott.sse Daniela Massimo, Mara Olocco, Psicoghe- Psicoterapeute
Veronica Balbo, Infermiera - Silvia Dalmaso Operatore Socio-Sanitario
Sara Mattalia, Dietista

Bibliografia

Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017 - *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*.
Treasure J., Claudino A. M., Zucker N. (2010). *Eating Disorders. Seminar*. Lancet, vol. 375, 583-593.

IL LABORATORIO DI BIOMETRIA DIGITALIZZATA E CHI PRATICA ATTIVITÀ FISICA

Il medico, allo stato attuale delle conoscenze scientifiche e delle tipologie di apparecchiature e strumentazioni ha a disposizione nel controllo dell'attività fisica dei propri pazienti, applicativi digitalizzati che consentono di monitorare nel tempo anche le prestazioni sportive, ludiche o agonistiche dei propri assistiti. L'intelligenza artificiale (IA),

ha oramai portato in uso in tutti i laboratori di analisi del movimento, capacità di calcolo, previsione e monitoraggio, fruibili sul territorio. I costi, quando gestiti in sanità pubblica, attraverso semplici DEM sono contenuti, e la ricaduta, in termini di prevenzione e risparmio, sono oramai letteratura scientifica che lasciamo ad ognuno dei nostri lettori andare a trovare sui libri e in rete, certi che la ridondanza e l'infodemia fanno il loro dovere. Il medico, soprattutto il medico di base, è la prima sentinella che attraverso il suo operato, non solo oramai prescrive l'attività fisica, ma maneggia con capacità e conoscenza anche la prescrizione della attività fisica adattata. È il futuro, in corso. La popolazione mondiale aumenta, aumenta l'età anagrafica di spettanza in vita, e le cosiddette malattie non trasmissibili devono essere contrastate. Quindi il medico è attore e regista nel fare rete, mediante la prevenzione, cura e controllo. Controllo anche dell'attività fisica che viene svolta dai propri pazienti.

La medicina sportiva e non, ha il compito di esercitare la propria conoscenza e metterla a di-

sposizione di tutti. Attualmente nel laboratorio di biometria e posturologia clinica digitalizzata dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo, l'analisi del movimento umano normale e patologico viene svolta attraverso le strumentazioni che consentono di valutare, la postura, l'equilibrio, il cammino, la corsa, la posizione seduta, la pedalata.

Qua di seguito vi proponiamo una parte di test che attualmente effettuiamo e mettiamo a disposizione della popolazione attraverso la semplice richiesta del medico con DEM o ricetta. A seguire i test, vengono forniti al paziente il referto con annesse le indicazioni.

RICCARDO SCHIFFER



Le prenotazioni possono essere effettuate direttamente alla segreteria della SSD di RRF dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 12.50 **chiamando lo 0171641273**.

Test di Salto

La valutazione di chi effettua **attività fisica** risulta fondamentale per i preparatori atletici, allenatori, medici che mirano alla massimizzazione delle performance e al contempo a salvaguardare la salute fisica dell'atleta stesso.

Il test di salto verticale è ampiamente utilizzato in contesti sportivi come indice per la valutazione affidabile della **potenza degli arti inferiori**. Il test di salto verticale consente di valutare la capacità di **produrre energia esplosiva nella parte inferiore del corpo**. È un fattore importante nelle prestazioni di molte attività sportive che richiedono il salto, il lancio o lo sprint. Pertanto, i salti verticali (singoli o multipli) consentono di ottenere preziose informazioni su forza muscolare, capacità aerobica lattacida/alattacida, reattività.

Nel nostro **laboratorio di biometria e posturologia clinica digitalizzata**, nell'ambito dell'analisi del movimento vengono effettuati test clinici riconosciuti e utilizzabili anche dagli operatori nello sport come allenatori, personal trainer, preparatori fisici, medici. Attualmente vengono effettuati di routine, con semplice DEM (cod.93044/177 per esame) e previa prenotazione presso nostra SSD di RRF dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo.

I Test di Salto che consentono di eseguire l'analisi dei vari tipi di salto sono:

- **Counter Movement Jump (CMJ):** permette di valutare l'espressione esplosivo-elastica della forza degli arti inferiori. In questo caso la contrazione concentrica è preceduta da una brevissima fase di contrazione eccentrica (ciclo stiramento/accorciamento).
- **Squat jump (SJ):** permette di valutare l'espressione esplosiva della forza degli arti inferiori con esclusivo coinvolgimento delle capacità contrattili.
- **Drop Jump (DROP):** permette di esaminare la reattività dell'atleta a seguito di un elevato lavoro durante la fase eccentrica.
- **Stiffness Test (STIFF):** permette la valutazione della stiffness muscolo tendinea dell'atleta.

Dopo l'esecuzione di ciascun test il software fornisce automaticamente tutti i parametri cinematici del salto acquisito. I salti possono essere valutati in appoggio mono-bipedale..

Il Counter Movement Jump (CMJ)

o salto in contromovimento è un test utilizzato per misurare la potenza esplosiva degli arti inferiori. È un test utilizzato da allenatori e ricercatori per misurare indirettamente la potenza negli arti inferiori. Questa prova può essere effettuata con o senza l'uso del braccio oscillante. L'esecuzione del CMJ con un'azione di oscillazione del braccio ha dimostrato di aumentare le prestazioni del 10% e oltre.

Il CMJ può essere misurato utilizzando tappetini di contatto, piattaforme di forza, piattaforme a infrarossi, le analisi video. *Nel nostro laboratorio vengono utilizzati gli accelerometri o i trasduttori di posizione lineari.*



La potenza è una componente fondamentale in tanti sport e la CMJ è una misura semplice, pratica e affidabile della potenza degli arti inferiori. È collegata alle prestazioni dello sprint 0-30 m e alla forza relativa durante lo squat 1RM dinamico e power clean. Questo ci dice che coloro che ottengono prestazioni migliori nella CMJ, lo possono anche fare durante prestazioni di sprint, test 1RM come back squat e clean.

È un test appropriato per le persone che praticano sport che richiedono alti livelli di forza esplosiva (cioè potenza) come: pallavolo, calcio, rugby, pallacanestro, sollevamento pesi olimpico.

Test

Il soggetto, con scarpe e indumenti usati nella pratica fisica, inizia il test in posizione eretta con i piedi alla distanza delle spalle e le mani sui fianchi. Ricevuto il via dall'operatore il soggetto esegue il salto effettuando un contromovimento verso il basso piegando le ginocchia a 90°. Durante l'intera esecuzione del test, il tronco deve rimanere in posizione eretta e le mani sui fianchi. Questo test può essere condotto con o senza l'uso dell'oscillazione del braccio. L'esecuzione della CMJ con un'azione *arm-swing* solitamente aumenta l'altezza massima di salto del 10% o più.

Indicatori clinici ottenibili

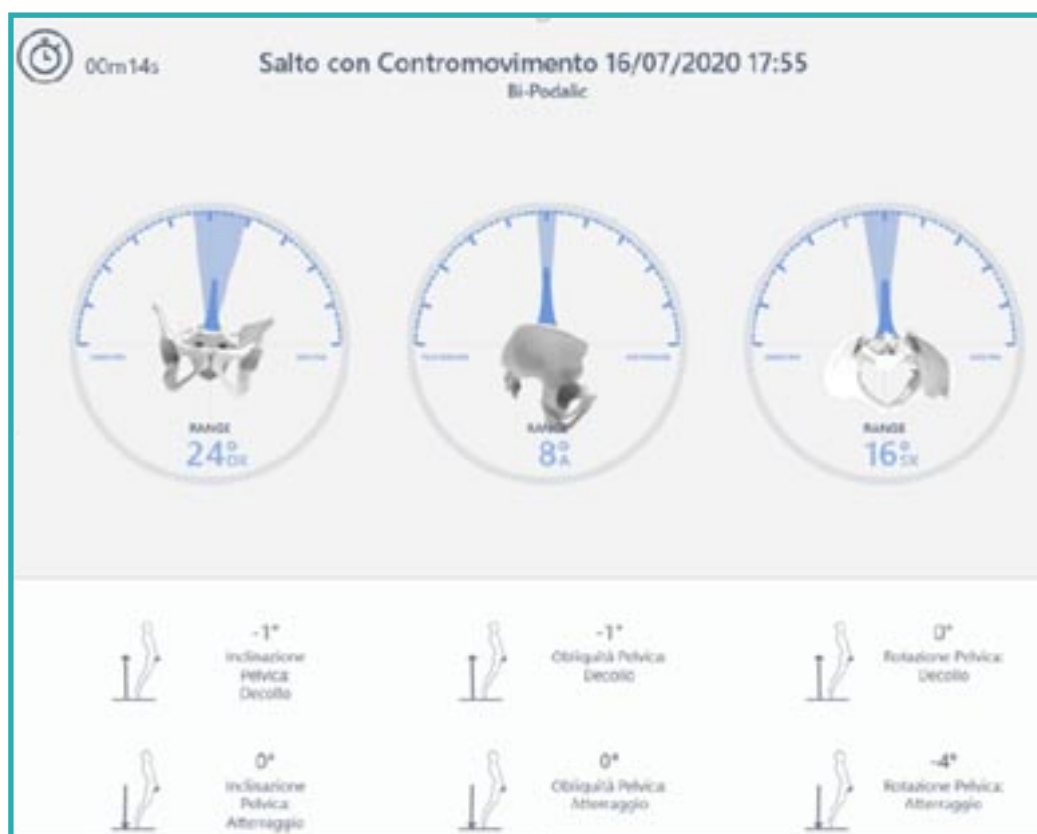
- **Parametri e Indici di Salto:** istogrammi delle altezze di Salto [m]: Valore delle altezze per ciascun salto
- **Grafici e Tempi di Contatto:**
- Picco di Velocità Media [m/s]: valore medio dei picchi di velocità nella serie di salti
- Picco di Velocità Massima [m/s]: picco di velocità massima
- Altezza del Salto Media [m]: valor medio delle altezze di salto nella serie di salti
- Altezza del Salto Massima [m]: altezza massima del salto
- Forza Massima Media [N]: valor medio della forza massima nella serie di salti
- Picco di Forza Massima [N]: picco di forza massima
- Rateo di Sviluppo della Forza [N/s]: valore medio del rateo di sviluppo della forza per la serie di salti. È una misura della forza esplosiva, cioè di quanto velocemente un atleta può sviluppare forza.
- Rigidezza [N/m]: valore medio della rigidità degli arti inferiori per la serie di salti.
- Potenza Totale [W]: valor medio della potenza di picco per la serie di salti
- Forza al decollo [% BW]: valor medio della forza sviluppata al decollo per la serie di salti espressa in % del peso corporeo
- Indice di Impatto: valor medio del rapporto tra la forza espressa all'atterraggio e al decollo per la serie di salti. Solitamente l'indice assume valori di circa 1. Valori maggiori di uno indicano che durante l'atterraggio si sviluppano notevoli forze di impatto.
- Indice di Endurance [%]: Questo viene calcolato nel salto CMJ se vengono eseguiti >6 salti e si ottiene dal rapporto tra l'altezza raggiunta durante gli ultimi tre CMJ e l'altezza media dei primi tre CMJ. Consente di valutare le caratteristiche dei processi metabolici a livello muscolare.

Le qualità indagate variano a seconda della durata del test. In test di breve durata (circa 15") viene valutata la capacità e potenza anaerobica lattacida che coincide con la resistenza alla forza veloce.

La forza veloce è la capacità di affrontare una resistenza moderata con una contrazione molto veloce (es. lo scatto di un velocista dal blocco di partenza).

La resistenza alla forza veloce è la capacità di esprimere elevati livelli di forza esplosiva (o veloce) per un periodo di tempo prolungato. Quanto più l'indice si avvicina a 1, tanto più il soggetto è resistente alla forza veloce. In test di lunga durata (circa 30''-60'') viene valutata la resistenza anaerobica lattacida.

L'indice esprime la capacità di resistenza alla fatica ovvero la capacità del corpo di resistere alla fatica durante le performance di lunga durata e quindi di mantenere un elevato standard di performance nel tempo.



Nei grafici si vedono:

- Grafico di Forza [kN]: grafico di forza in % sul ciclo di salto.
- Grafico di Velocità [m/s]: grafico di velocità in % sul ciclo di salto.
- Tempo medio Fase Eccentrica [s]: valore medio della durata della fase eccentrica per la serie di salti
- Tempo medio Fase di Volo [s]: valore medio del tempo speso in volo per la serie di salti
- Tempo medio della Fase Concentrica [s]: valore medio della durata della fase concentrica per la serie di salti
- Tempo di Contatto [s]: valore medio del tempo speso in contatto con il suolo per la serie di salti

Angoli della Pelvi:

- Range di Movimento per il Tilt Pelvico [°]
- Range di Movimento per l'Obliquità Pelvica [°]
- Range di Movimento per la Rotazione Pelvica [°]
- Angolo medio di Tilt Pelvico al decollo [°]
- Angolo medio di Tilt Pelvico all'atterraggio [°]
- Angolo medio di Obliquità Pelvica al decollo [°]
- Angolo medio di Obliquità Pelvica all'atterraggio [°]
- Angolo medio di Rotazione Pelvica al decollo [°]
- Angolo medio di Rotazione Pelvica all'atterraggio [°]

Squat Jump (SJ) - Il soggetto inizia il test in posizione eretta con i piedi alla distanza delle spalle e le mani sui fianchi. Ricevuto il via dall'operatore, esegue uno *squat* piegando le ginocchia a 90° e mantiene la posizione per un secondo. Da questa posizione di *squat* statico, esegue un salto verticale senza alcun contromovimento verso il basso per conservare l'elasticità (in caso di contromovimento, il test non è attendibile). Il test di SJ permette di valutare la capacità di contrazione concentrica, per questo è importante che il soggetto non effettui contromovimenti verso il basso. È inoltre utilizzato assieme al CMJ per identificare le capacità di riuso elastico dell'atleta.

Drop Jump (DJ) - Il soggetto inizia in posizione eretta su un rialzo (altezza dai 20 ai 60 cm) con i piedi alla distanza delle spalle e le mani sui fianchi. Ricevuto il via dall'operatore, il soggetto porta una gamba in avanti e si lascia cadere. Dopo il contatto dei piedi al suolo, il soggetto assorbe la caduta spingendosi immediatamente in un salto verticale. Durante l'intera esecuzione del test, il tronco deve rimanere in posizione eretta e le mani sui fianchi.

Indicatori clinici ottenibili

Reactivity Strength Index (RSI) - viene calcolato nel salto DROP valuta l'abilità di produrre forza rapidamente a seguito di un elevato sforzo in eccentrica. Viene calcolato come il rapporto tra l'altezza del salto e il tempo di contatto dopo la caduta. Utile nel controllo della tenuta del legamento crociato anteriore (LCA) pre e post-intervento.

Stiffness Test (STIFF) - Il soggetto inizia il test in posizione eretta con i piedi alla distanza delle spalle e le mani sui fianchi. Ricevuto il via dall'operatore, il soggetto esegue una serie di salti verticali entro un periodo di tempo prefissato. Il primo salto può avere un contromovimento mentre gli altri devono essere eseguiti con gli arti inferiori distesi. È importante che l'atleta rimanga in volo il più a lungo possibile minimizzando i tempi di contatto. Durante l'intera esecuzione del test, il tronco deve rimanere in posizione eretta e le mani sui fianchi.

www.neuroequilibrio.it - FB: [neuroequilibrio.it](https://www.facebook.com/neuroequilibrio)

Bibliografia

- LLOYD, Rhodri S., Reliability and validity of field-based measures of leg stiffness and reactive strength index in youths. Journal of sports sciences, 2009, 27, 14: 1565-1573.
- LLOYD, Rhodri S., et al. Reliability and validity of field-based measures of leg stiffness and reactive strength index in youths. Journal of sports sciences, 2009, 27, 14: 1565-1573.
- LLOYD, Rhodri S., et al. Reliability and validity of field-based measures of leg stiffness and reactive strength index in youths. Journal of sports sciences, 2009, 27, 14: 1565-1573.
- Flanagan, E. P., & Comyns, T. M. (2008). The use of contact time and the reactive strength index to optimize fast stretch-shortening cycle training. Strength and Conditioning Journal, 30, 32-38.

SERRALUNGA D'ALBA, SABATO 16 SETTEMBRE 2023
Tenuta Fontanafredda - Via Alba, 15

PREVENZIONE E TRAUMATOLOGIA DENTALE: FONDAMENTI E SOLUZIONI

Il Convegno di Prevenzione e traumatologia dentale 2023 è incentrato su aggiornamenti e linee guida in materia di prevenzione e di trattamento dei traumi a livello del cavo orale.

Evidenziati gli accorgimenti necessari e relative modalità di cura dei denti del bambino dalla loro comparsa nei primi anni di vita. Si tratterà delle principali patologie di interesse ortodontico, evidenziando come le anomalie risultino spesso fattori predisponenti a lesioni gravi nei casi di trauma a livello del distretto oro facciale.

Verranno poi trattate le principali problematiche che potrebbero insorgere in seguito a traumi a livello dei tessuti duri e molli del cavo orale.

Studi recenti hanno infatti dimostrato come bambini e adolescenti risultino più esposti a problematiche dentali, in seguito ad eventi traumatici.

Le relazioni, a carattere multidisciplinare, presenteranno informazioni e linee guida utili sia in ambito pediatrico che odontoiatrico.

Si parlerà, inoltre, della non trascurabile componente del rapporto medico/genitori del paziente non adulto, e dei comportamenti consigliati per la gestione di traumi a livello del distretto orale.

Evento ECM n°: 392861 - Crediti: 5

accreditato per 100 partecipanti "Medici Chirurghi" è rivolto - in particolare - a professionisti Pediatri ed Odontoiatri.

La partecipazione è gratuita.

Per info e pre-iscrizioni contattare la Segreteria Organizzativa:

Tel: 3703483379 - Email: info@staffpep.com

SIE Società Italiana di Endodonzia
Macro Area Nord Ovest



MACRO AREA NORD OVEST



PREVENZIONE E TRAUMATOLOGIA DENTALE: FONDAMENTI E SOLUZIONI



PROGRAMMA CONVEGNO

Moderatori:
dott. Giulio Barbero, dott. Davide Castro, dott.ssa Lucia Reggio

08:30 - Registrazione partecipanti
09:00 - Apertura lavori
09:15 - Traumatologia dentale: emergenza pediatrica? (dott. Gallo R.)
10:00 - Il genitore del piccolo paziente... amico o alleato nella relazione terapeutica? (dott.ssa Gangale M.)
10:45 - Question time
11:00 - Coffee break
11:30 - Ortodonzia intercettiva: diagnosi e prevenzione (dott.ssa Benedetto L.)
12:15 - Cenni di endopedodonzia: dalla prevenzione alla cura (dott.ssa Guagnano R.)
13:00 - Question time
13:30 - Pranzo con i relatori
15:00 - Questionario di apprendimento e fine lavori

16 SETTEMBRE 2023

Tenuta Fontanafredda
via Alba 15, Serralunga d'Alba (CN)

5 CREDITI ECM

Relatori:

Dott. Roberto GALLO
Dott.ssa Martina GANGALE
Dott.ssa Luisa BENEDETTO
Dott.ssa Rosa GUAGNANO

Segreteria Organizzativa

Staff P&P

Staff P&P Srl - cell. 370 / 3483379
info@staffpep.com



CUNEO, SABATO 7 OTTOBRE 2023
ASL CN1 - Via Carlo Boggio, 12

CORSO BLS-D 2^A EDIZIONE (IX ANNO)

L'Ordine prosegue l'attività formativa, avviata nel 2015, in corsi BLS-D certificati IRC e accreditati ECM.

IRC ha sostituito in via definitiva il corso BLS-D Sanitari 8 ore con il corso BLS-D sanitari 5 ore. La modalità formativa opzionata è: teoria e pratica in presenza (modalità classica). La faculty del corso è nominata da IRC ed è composta da Direttori ed Istruttori BLS-D di comprovata esperienza e capacità. Il rapporto istruttori/candidati è di 1:6.

Iscrizione e partecipazione sono subordinate alla formale dichiarazione (modulo di autodichiarazione) del possesso, relativamente alle disposizioni normative in materia di prevenzione del rischio pandemico vigenti al momento dell'effettuazione del corso, dei requisiti autorizzativi all'esercizio professionale.

È obbligo indossare per tutta la durata del corso la mascherina FFP2 (consegnata all'atto dell'accesso).

Il costo del corso è integralmente sostenuto dall'Ordine, con il contributo della FNOMCeO, nella filosofia di utilizzare – per quanto possibile – le risorse derivanti dalle quote degli Iscritti a beneficio degli Iscritti stessi e per attività formative che siano di indiscutibile utilità – quando non di obbligo – per l'esercizio professionale. Lo storico dell'assenteismo in caso di attività formative economicamente sostenute dall'Ordine ha comportato l'adozione della seguente soluzione per minimizzare lo spreco di risorse economiche appartenenti a tutti gli Iscritti: al momento dell'iscrizione il Collega si impegna, nel caso non si presenti al corso, a reintegrare all'Ordine la quota di competenza (135,00 €) o trovare un Collega che subentri al suo posto al corso.

L'impegno è formalizzato mediante sottoscrizione del relativo Modulo. Costituisce eccezione all'obbligo del rimborso l'impedimento da causa grave od imprevisto intervenuto in tutta prossimità della data del corso. Il reintegro della quota consente di fruire in un'edizione successiva del posto perso (comunque pagato all'IRC) o dal Collega stesso che non si è presentato o da un altro Collega.

Responsabile scientifico del corso: BALESTRINO dr Elsieo

Responsabile di Segreteria: sig.ra Laura MERLO

Il corso, della durata di 5 ore, è stato accreditato ottenendo il riconoscimento di 7,4 crediti ECM - Evento 2603-377977

Il corso, riservato agli Iscritti OMCeO CN, Medici e Odontoiatri, è gratuito (il costo del corso è sostenuto dall'Ordine, con il contributo della FNOMCeO). I posti disponibili sono 18.



Modalità di iscrizione: e-mail a segreteria@omceo.cuneo.it

Si raccomanda la sottoscrizione di Modulo di autodichiarazione e Modulo d'impegno, scaricabili al seguente link:

https://www.omceo.cuneo.it/area_letturaNotizia/224266/pagsistema.html

Per informazioni e comunicazioni:

segreteria@omceo.cuneo.it



CUNEO, 2024 - 2026

MASTER "BIOMETRIA DIGITALIZZATA CLINICA"

semeiotica strumentale clinica, tecnica biometrica clinica, valutazioni strumentali psicofisiologiche utilizzabili in ambito terapeutico. Attività fisica adattata.

Nel triennio 2024-2026 nelle giornate di venerdì, sabato, domenica, si svolgeranno corsi della durata di ore 8 con possibilità di scelta dell'argomento. Si alterneranno lezioni frontali teoriche e lezioni in diretta video - per la parte di tecnica biometrica - erogate durante lo svolgimento del laboratorio con successiva refertazione in diretta con il docente e redazione congiunta delle indicazioni terapeutiche al paziente.

1ª giornata: per tutti	<i>Cronistoria clinica delle indagini psicofisiologiche, della posturografia, della attività fisica adattata dalle origini a oggi</i>	
BIOMETRIA CLINICA DIGITALIZZATA 2ª giornata	<i>Stabilometria clinica, tecnica biometrica, casi clinici, refertazione, discussione</i>	<i>Attività fisica adattata nei disturbi dell'equilibrio: teoria e pratica</i>
BIOMETRIA CLINICA DIGITALIZZATA 3ª giornata	<i>Baropodometria clinica, tecnica biometrica, casi clinici, refertazione, discussione.</i>	<i>Attività fisica adattata nei disturbi dell'andatura e dell'appoggio plantare: teoria e pratica.</i>
BIOMETRIA CLINICA DIGITALIZZATA 4ª giornata	<i>Treadmill baropodografico, clinica, tecnica biometrica, casi clinici, refertazione, discussione.</i>	<i>Attività fisica adattata nei disturbi della corsa: teoria e pratica.</i>
BIOMETRIA CLINICA DIGITALIZZATA 5ª giornata	<i>Ricostruzione tridimensionale digitalizzata della colonna, clinica, tecnica biometrica, casi clinici, refertazione, discussione.</i>	<i>Attività fisica adattata nei disturbi della colonna: teoria e pratica.</i>
BIOMETRIA CLINICA DIGITALIZZATA 6ª giornata	<i>Sistemi di video analisi clinica, tecnica biometrica, casi clinici, refertazione, discussione.</i>	<i>Attività fisica adattata nei disturbi della postura: teoria e pratica.</i>
BIOMETRIA CLINICA DIGITALIZZATA 7ª giornata	<i>Analisi goniometrica e cinematica mediante sensori in clinica, tecnica biometrica, casi clinici, refertazione, discussione.</i>	<i>Attività fisica adattata nei disturbi articolari, muscolari, tendinei: teoria e pratica.</i>
BIOMETRIA CLINICA DIGITALIZZATA 8ª giornata	<i>Elettromiografia di superficie clinica, tecnica biometrica, casi clinici, refertazione, discussione</i>	<i>Attività fisica adattata nei disturbi della respirazione: teoria e pratica.</i>

Docenti:

- Riccardo Schiffer, Fisiatra - AO S.Croce e Carle di Cuneo-Direttore SSD di RRF
- Paolo Rachino, T. Occupazionale-Tecnico Biometria – Lab.Biometria e Posturologia Clinica AO S.Croce e Carle Cuneo
- Andrea Chellin, e-team Master Trainer, ref. Nazionale "ButeykoTrainer" - Firenze
- Alessandro Severino, Scienze Motorie-Napoli

Programma Embodimetria

1. Ontogeny: studio della nascita del paradigma mente – corpo quale unità.

Lo studio dell'uovo fecondato quale modo migliore per comprendere l'integrazione delle varie parti del corpo, in specifico i sistemi nervoso e immunitario, dove inizia uno e dove finisce l'altro (anticipazione alle ultime lezioni dove impareremo come il nervo vago sia appartenente al SN ma abbia funzioni immunitarie).

Sistemi complessi: evidenza di come in funzioni grossomotorie – movimento, sia implicita la funzione di apprendimento e comportamento.

Psicobiologia: approccio biologico al comportamento che è funzione motoria per lo scopo dell'azione. Parte clinica di esercizi ontogenetico riferiti.

2. 4S-4G: forma e funzione: approccio teorico e pratico clinico a come la forma segua la funzione e di come la forma a sua volta setti la funzione.

Percorso anatomo-funzionale "joint by joint" in ottica di funzione per lo scopo dell'azione, in accordo al costrutto teorico basato su SN sistema nervoso al centro del modello chinesiológico, con sistema di articolazioni e sistema di supporto (cardio vascolare), e relazioni funzionali. Pratica clinica.

3. PMT Pattern movement test

È il protocollo di misurazione dei pattern di Movimento volontario, nei domini del tempo: rileva sia le capacità a livello di "recupero" che di "codifica" - da parte della memoria di lavoro subcorticale - di azioni volontarie e consapevoli emesse dai centri corticali superiori.

Approfondimento specifico sui circuiti neurofisiologici che si attivano durante la richiesta di movimento consapevole -volontario, in coerenza con le più recenti evidenze scientifiche di neurofisiologia – neuroscienze cognitive 4E. Introduzione delle funzioni biofisiche predittive del SN in merito agli stati di attenzione selettiva in co-regolazione con le afferenze sensitive, con approfondimento relativo alle funzioni biofisiche complesse del SNC quale centro di elaborazione feedback e feedforward su domini delle frequenze. Parte di pratica clinica di applicazione dell'assessment e del test

4. Pattern di respirazione

Weekend di approfondimento della prima funzione vitale nonché primo esercizio di assessment di PMT.

Approfondita sessione teorico scientifica sulla neurologia (nuclei del bulbo e del ponte) e la relativa funzione di movimento del pattern di respirazione, sia in approccio situato al diaframma toracico (di cui verrà erogato elevato knowledge biomeccanico), che in approccio sistematico con i muscoli e le miofasce digastrici che appartengono al diaframma del complesso ATM – deglutitorio e a quello pelvico. Funzioni posturali antigravitarie e di “forward locomotion” dei diaframmi in specifica relazione alle funzioni vitali. Analisi delle disfunzioni e dei principali esercizi di regolazione in specifica relazione dei diaframmi con il rachide e le funzioni citate.

5. Pattern biochimici della respirazione

Lezione completamente dedicata alla fisiologia e alla chimica respiratoria, in specifico agli scambi metabolico energetici che avvengono durante i cicli respiratori esterni e interni e come influenzino potenzialmente i risvolti biologici di ordine sub corticale e corticale, ovvero livelli di attenzione e di memoria di lavoro e livelli di presa di decisione e intento nello scopo dell'azione. Approfondite relazioni e suggerimenti operativi in tema di general population, atleti, individui con sintomi di patologia, soggetti con patologia e comorbidità; ultime evidenze in merito long Covid e stress.

6. Verticalità, equilibrio

Lezione impostata sull'apprendimento delle conoscenze base in tema di raggiungimento e mantenimento della postura eretta antigravitaria, con definizione di postura anticipatoria (e knowledge sui sistemi che la regolano) e postura adattiva (e knowledge con i sistemi che la definiscono): riflessi e ritmi: interazione neurofisiologica. Stabilità prossimale e stabilità distale: l'articolazione della caviglia (biomeccanismo di trasmissione del moto) e approfondimento sui ruoli dei moti rotatori funzionali del piede (biomeccanismo ad elica), ruolo filogravitario e antigravitario, biomeccanismo di propulsione. Pratica clinica.

7. Modulo di apprendimento del dolore meccanico generato da disfunzioni di modelli di movimento deficitari.

Relativa discrimina sulle possibilità o meno di attuazione dei pattern di movimento regolativi inerenti ad una risoluzione, da parte del professionista. Campi professionali di intervento sul dolore non meccanico – disfunzionale. Individuazione del dolore psicogeno e specifica attribuzione di priorità di intervento in rete professionale con medico fisiatra, psicologo, medico psichiatra. Principali test e processi operativi, nonché processi di reintegro del soggetto nel percorso di Movimento PMT. Parte clinica

8. Synchro Lab, analisi del sistema nervoso periferico nelle due componenti: autonomo e somatico.

Questo weekend è incentrato sul knowledge; diparte dalla psicofisiologia che affonda le radici fino all'inizio del secolo scorso e si sviluppa nei vari rami delle neuroscienze cognitive che oggi vedono realizzato il costrutto 4E, le scienze “Embodied”, corpo mente stessa unità. Aspetto centrale di questo nuovo paradigma che vede ormai obsoleto il dualismo cartesiano, mette al centro di ogni processo decisionale e di scelta di azione attivato dai lobi anteriori del cervello, le due reti neurali visceromotoria e sensomotoria, fino ad oggi mai considerate nella generazione dei processi cognitivi e nelle funzioni esecutive superiori, che permettono e consentono appunto di innescare processi decisionali.

Verranno approfonditi i circuiti neurali sub corticali e corticali, in specifico alla funzione di exaptation che il cervello del Sapiens possiede. Approfondita disamina delle modalità di valutazione delle due reti neurali, in specifico la misurazione della HRV Heart Rate Variability e della funzione oscillatoria – vibratoria biofisica del sistema involontario somatico extra piramidale in blend con il piramidale.

9. Synchro lab quale modello base per generare processi operativi e protocolli di movimento in ottica di modulare e regolare gli stati di ansia derivanti da multi stress di forma epigenetica.

Weekend di approfondita parte clinica incentrata sullo studio delle emozioni “e-muovere” e sul metodo delle 5Acts – le 5 Azioni, modello SrC, quale modello di lavoro con alla base principi di psicofisiologia riconducibili alle Neuroscienze biopsicologiche.

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Abate Luisa	Cuneo
Ballario Filippo	Boves
Baracco Cinzia	Savigliano
Barale Giulia	Gaiola
Biga Anna	Cherasco
Burzio Chiara	Bagnolo Piemonte
Cavallero Vittorio	Cuneo
Cerutti Marco	Cerretto Langhe
Contiero Ludovico	Santa Vittoria d'Alba
Fiducciosi Andrea	Boves
Gasparetto Alessandro	Savigliano
Ippolito Mauro	Savigliano
Macagno Francesca Maria	Borgo San Dalmazzo
Magnano Paolo	Barge
Maria Sebastin Arul Pushpa Rani	Alba
Meineri Luigi	Cuneo
Osenda Martina	Cuneo
Paione Serena	Cuneo
Panero Marianna	Castelletto Stura
Pizzorni Valentina	Magliano Alpi
Prandi Giorgia	Dronero
Rosso Francesca	Vignolo
Rotolone Nicola	Busca
Sasia Alberto	Villafalletto
Scavino Vittoria	Castiglione Falletto
Tesio Nicolò	Manta
Vennettillo Lisa	Cuneo

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Damilano Francesca	Torino
Faliero Domenico	Roma
Grosso Vittorio	Pavia

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

Denaro Nerina	Milano
Raimonto Angelo	Savona

MEDICI DECEDUTI

Allora Claudio	Torino
Biestro Ferdinando	Ceva
Nasi Franco	Sanfront

ODONTOIATRI PRIME ISCRIZIONI

Balocco Alice	Ceva
Colonna Elisa	Baldissero d'Alba
Cortese Luca	Bra
Favro Andrea	Cuneo
Gossa Elisabetta	Cuneo
Grasso Davide	Borgo San Dalmazzo
Mazza Francesca	Roddi
Rulfo Angela	Monastero di Vasco
Taricco Paola	Narzole

ODONTOIATRI CANCELLATI PER DECESSO

Nasi Franco	Sanfront
-------------	----------

ODONTOIATRI CANCELLATI SU RICHIESTA

Chirone Valter	Saluzzo
----------------	---------

NECROLOGIO

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

ALLORA Dr Claudio, *Medico Chirurgo di Anni 47*

BIESTRO Dr Ferdinando, *Medico Chirurgo di Anni 79*

NASI Dr Franco, *Medico Chirurgo e Odontoiatra di Anni 61*

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, U. Goglia,
G. Mozzone, A. Pellegrino, M. Vallati

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