

ORDINE DEI MEDICI
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo

THE
END



Editoriale

In data 15 e 16 Dicembre si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine.

La scelta è stata tra due liste: "Inclusione e Miglioramento" ed "Insieme" con in entrambe la presenza tra i candidati sia di componenti del Direttivo uscente, sia di pregresse Legislature sia di neofiti, presupposto per l'insediamento di un Consiglio che possa essere contemporaneamente rinnovato ed operativo.

I programmi di entrambe le Liste, pur con differenti visioni, hanno individuato l'esigenza di sollecitare un maggiore coinvolgimento da parte di tutti gli iscritti e la necessità di continuare a rendere incisive le azioni dell'Ordine, per affrontare le pesanti criticità che oggi condizionano lo svolgimento delle professione medica.

Le elezioni, complice anche la presenza di due liste in lizza, hanno registrato un'ottima affluenza di iscritti, con quasi 700 presenze, ed hanno visto il prevalere della lista "Inclusione e Miglioramento", cui spetterà quindi la gestione dell'Ente per il prossimo quadriennio: ai Consiglieri neo-eletti ed al futuro Esecutivo vanno le congratulazioni di tutta la Redazione e miei personali.

Con questa Legislatura finisce quindi anche il mio mandato quale Responsabile del Notiziario.

Ringrazio il Consiglio uscente che mi ha dato questa opportunità, tutti i Colleghi che hanno collaborato alla redazione del Notiziario e Pia Salerno (Edizioni Metafore), per il suo contributo insostituibile.

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:
segreteria@omceo.cuneo.it

Il termine di consegna per il prossimo numero è stabilito entro il: 28 febbraio 2025

ELETTO IL NUOVO CONSIGLIO

Redazione

In data 15 e 16 dicembre 2024, in terza convocazione, si sono svolte le elezioni per il rinnovo degli Organi Istituzionali quadriennio 2025-2028. La presenza di due liste ha contribuito alla significativa partecipazione degli iscritti: sono stati infatti 699 i votanti che hanno determinato la vittoria della lista "INCLUSIONE E MIGLIORAMENTO".

Pubblichiamo di seguito il nome di tutti gli eletti e i dati analitici dello scrutinio.

Consiglio Medici:

AMATI Annalisa, BALESTRINO Elsio, BERTOLUSSO Luciano, CAVALLI Sebastiano, CERATTO Simone, DE RENZIS Francesca, DOTTA Andrea, FAVILLA Bruno, MURA Stefano, PALMISANO Sarah, PAPAEO Alberto, POMERO Fulvio, RICCHIARDI Paolo, ROSSI Paola, RUSSI Elvio Grazioso

Collegio dei Revisori:

LAUDANI Elio, PANERO Paola

Revisore Supplente:

BORGOGNO Elena

Commissione Odontoiatri e dati relativi:

BEVILACQUA Marco, DAMILANO Gian Paolo, GALLO Roberto, NIVOLI Luigi Giovanni, RADOONA Franco

Alla prima convocazione del Consiglio del 20 dicembre si procederà alla nomina del Direttivo ed alla designazione di Presidente e Vicepresidente.

Dati analitici dello spoglio Consiglio Medici

Lista "Inclusione e Miglioramento:

Pomero Fulvio (368), Balestrino Elsio (365), Russi Elvio Grazioso (364), Favilla Bruno (354), De Renzis Francesca (352), Papaleo Alberto (347), Amati Annalisa (341), Ricchiardi Paolo (328), Palmisano Sarah (327), Rossi Paola (326), Bertolusso Luciano (325), Cavalli Sebastiano (317), Dotta Andrea (312), Ceratto Simone (310) Mura Stefano (303).

Lista "Insieme":

Racca Emanuela (241), Fornaseri Carlo (233), Sciolla Andrea Giorgio (225), Blengini Claudio (223), Nacca Roberto (219), Sigismondi Salvio Augusto (216), Goglia Umberto (211), Bertora Marco (207), Nasi Cristina (201), Sisto Edgardo (198), Conterno Giancarlo (182), Guerra Giuseppe (182), Franzini Tibaldeo Eleonora (180), Pompili Erika (177), Ivanukh Nataliia (172)

Dati analitici dello spoglio Collegio dei Revisori

Lista "Inclusione e Miglioramento:

Panero Paola (395), Laudani Elio (387), Borgogno Elena (378)

Lista "Insieme":

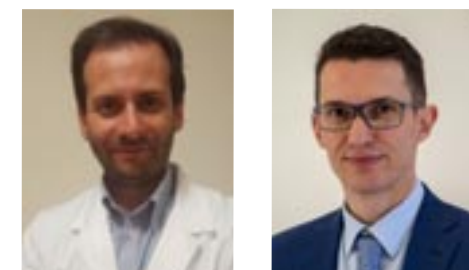
Barbieri Sara (300), Portolese Pasquale (286), Toselli Morena (275).

Dati analitici dello spoglio Commissione Odontoiatri

Bevilacqua Marco (38), Damilano Gian Paolo (38), Gallo Roberto (25), Nivoli Luigi Giovanni (28), Radogna Franco (25)

COLLOQUIO CON FABIO AIMAR, DIRIGENTE SANITÀ: QUALE FUTURO PER I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE?

Umberto GOGLIA, Fabio AIMAR



Quando abbiamo coinvolto il Dottor. Fabio Aimar, Direttore del Dipartimento interaziendale a valenza regionale Contabilità e Risorse incardinato presso l'ASLCN1 e già Direttore della Sanità della Regione Piemonte, invitandolo a condividere qualche riflessione sulle principali criticità attuali della sanità nazionale, abbiamo ricevuto una risposta pronta ed entusiastica. Siamo quindi onorati di ospitare un punto di vista di riconosciuta competenza ed acume su una delle questioni di maggior risalto sociale ed economico del sistema-paese.

U.G. - È diffusa oramai la piena consapevolezza che stiamo vivendo un momento particolarmente delicato per il presente ma soprattutto per il futuro dei servizi sanitari. A distanza di ormai 46 anni dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833 del 23 dicembre 1978), improntato sui principi di **universalità, equità e solidarietà**, profonde modifiche demografiche, epidemiologiche ed innovazioni tecnologiche impongono una rimodulazione significativa di processi e meccanismi che permettono una assistenza sanitaria coerente con i reali bisogni del cittadino. Nel 6° Rapporto GIMBE (Gruppo Italiano Medicina Basata sull'Evidenza) sul SSN, presentato a Roma il 10 ottobre 2023, sono ben rappresentati sia il disallineamento tra i bisogni di salute e l'erogazione di servizi e prestazione, sia l'incoerenza tra la spesa sanitaria pubblica, i bisogni di salute, i servizi e prestazioni erogate (Figura 1).

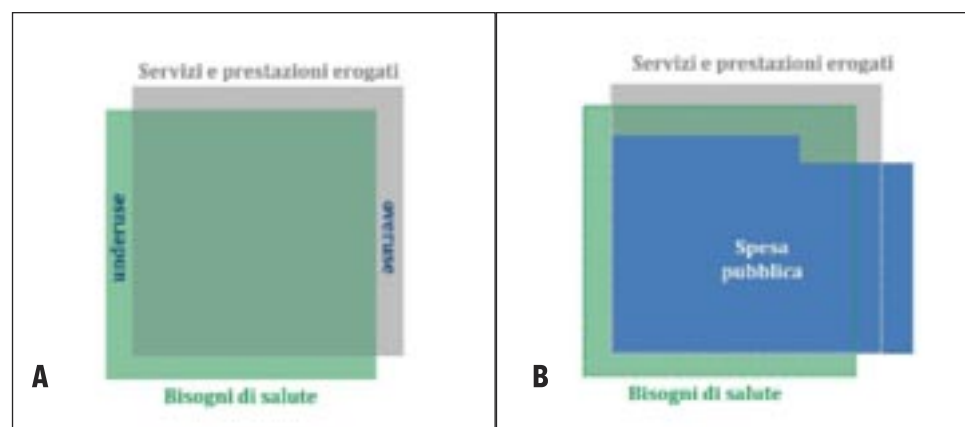


FIGURA 1 - A e B. Disallineamento tra "bisogni di salute" e "Servizi e prestazioni erogati", con relativa copertura della Spesa pubblica (da 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale).

Questo dato è frutto di una meccanica organizzativa che coinvolge numerosi attori e differenti livelli (verticali, orizzontali e trasversali) di rapporti regolati da una complessa rete normativa, che nel corso degli anni si è sovrapposta lungo un percorso di intenti che non sempre ha mantenuto verso le necessità del cittadino il proprio fulcro. Se tuttavia dovessimo individuare il core, quindi il nucleo centrale intorno al quale si organizza il sistema, possiamo concordare

che tutto ruota intorno alla **diade bisogno dell'utente - risposta del servizio**. In altre parole possiamo immaginare, semplificando, che il nostro SSN sia come la pianta del carciofo (*Cynara cardunculus scolymus*), con la parte edibile rappresentata dal cuore (diade bisogno-risposta), ed il resto della pianta (gambo e brattee esterne ed interne, con eventuali spine) che rappresenta la complessità organizzativa strutturale e funzionale che permette al cuore stesso di essere preservato e quindi consumato (Figura 2)

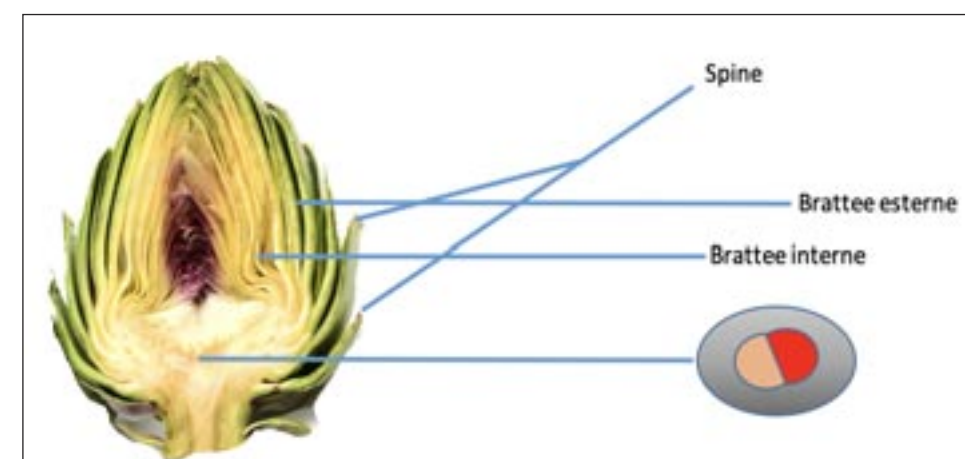


FIGURA 2 - La stretta ed imprescindibile interconnessione tra le varie parti che compongono il SSN, sia strutturali-formali, che funzionali-sostanziali, possono essere paragonate alla struttura di un carciofo (*Cynara cardunculus scolymus*). Il cuore è rappresentato dalla diade bisogno - risposta, mentre le parti strutturali (gambo, brattee esterne ed interne, spine) sono rappresentate dalle strutture fisiche, dalle articolazioni organizzative ed dall'impianto amministrativo. Queste non offrono esclusivamente una funzione protettiva, ma fanno parte sostanziale della diade bisogno-risposta, che permette al cuore stesso di essere preservato e fruibile. Senza il cuore il carciofo perde la sua identità, senza la sua specifica struttura il cuore perde la sua forma e la sua relazione.

ornando quindi alla diade bisogno-risposta, è possibile suddividere il bisogno dell'utente in almeno altre tre sottocategorie:

- Bisogno clinico (di bassa, media, elevata intensità, sia esso medico che chirurgico)
- Bisogno amministrativo (di risposta immediata o differita)
- Bisogno socio-sanitario (occasionale o strutturale, singolo o familiare)

È tuttavia evidente che questa classificazione non presenta dei confini di assoluta evidenza, e molto spesso il cittadino presenta un bisogno che in parte coinvolge tutti i campi (clinico, amministrativo, sociale), per periodi di tempo differenti (Figura 3).

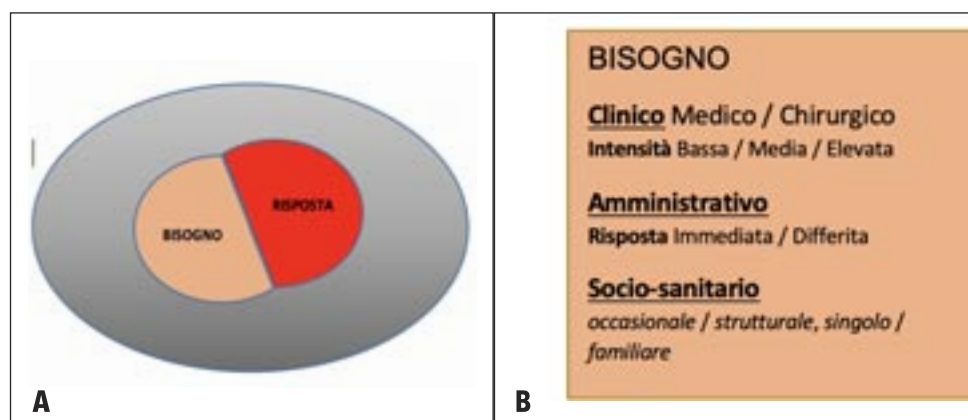


FIGURA 3 - A. Il core dell'intero sistema è rappresentato dalla diade "bisogno dell'utente" - "risposta del servizio": tutto ruota intorno a questo imprescindibile punto.
B. Il Bisogno dell'utente: tipologie e caratteristiche.

Inoltre è altresì chiaro che al fine di offrire una risposta efficace ai bisogni clinici, tra i professionisti operanti all'interno del SSN, da sempre sono nevralgiche le figure del medico, dell'infermiere e dei professionisti e degli operatori socio-sanitari.

Ecco che ci confrontiamo quindi con una delle problematiche cruciali di programmazione a breve, medio e lungo termine: la questione delle risorse destinate alla sanità, dei professionisti sanitari, sia per quanto riguarda la quantità (quali e quanti sono ed il trend delle curve), sia per la qualità (tipologia di specialisti e quindi di soddisfazione di un determinato tipo di domanda clinica), sia per le prospettive di un mercato del lavoro che negli ultimi anni si è modificato, con opportunità lavorative non esclusive sia per il territorio (nazionale o estero) che per la tipologia del datore di lavoro (pubblico, privato, convenzionato).

F.A. - Il tema della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, secondo i principi istitutivi si è posto, e si porrà molte volte nella storia del nostro Paese. È evidente la presenza di andamenti che destano preoccupazione: il servizio pubblico non potrà che erogare l'assistenza sanitaria nei limiti delle risorse esistenti (acquisto di beni e servizi, in generale) e disponibili (si pensi al personale sanitario, inteso come unità arruolabili, le teste). Vi sono bisogni assistenziali crescenti (cronicità diffusa, associata anche al progresso tecnologico), accompagnati da altre spese con prospettive poco rosee per il nostro Paese. Una fra tutte, la spesa pensionistica. La popolazione italiana ha un'età media di oltre 48 anni (la più alta fra i 27 paesi europei), con un numero di persone dipendenti da quelle potenzialmente attive (old-age dependency ratio) molto alto (37,8%). Se si confrontano le piramidi demografiche degli anni 50 (una piramide ben formata), rispetto a quelle degli anni 80 e 90, si rileva la risalita della "base" verso quota 55-56, con un restringimento importante delle nascite (e quindi, nel tempo, dei lavoratori attivi). Avremo quindi pochi - sempre meno - contribuenti attivi e, sicuramente, più soggetti anziani,

destinati a fruire di trattamenti pensionistici in riduzione. La realtà economica, tuttavia, dispone di numerosi meccanismi di autoregolazione che interessano anche queste dinamiche. La "mano invisibile" di Smith come noto, conduce allo sviluppo dell'economia anche attraverso modalità non necessariamente intenzionali da parte degli individui.

La Politica (sì, quella con la P maiuscola) inoltre può - e deve - cercare di dare risposte per governare il Paese, aggiornando il quadro normativo. Gli Stati dispongono della possibilità di agire in modalità anticiclica ai problemi dell'economia: potranno quindi indebitarsi in caso di necessità (ad esempio per fare fronte a un calo della domanda) e incrementare la tassazione nei momenti di particolare sviluppo. Il progresso tecnologico può ancora offrire capacità di miglioramento della produttività, innovando le modalità stesse in cui viene effettuato il lavoro. Le possibilità offerte dall'Intelligenza Artificiale, figlie anche dell'enorme massa di dati che abbiamo collezionato in questi anni, abbinata alla potenza raggiunta nella loro elaborazione, potranno dare un grande contributo.

L'economia dispone di ulteriori elementi di auto-regolazione, meno piacevoli, ma che possono concorrere alla sostenibilità dei conti pubblici. Quella che Einaudi nel 1944 definiva "la più odiosa delle tasse", l'inflazione, ha eroso anche il valore reale del debito pubblico italiano.

Lo Stato ha un debito di circa tremila miliardi di euro, che è come un mutuo a carico di tutti gli Italiani. L'indice dei prezzi al consumo 2022 è stato dell'8,1% (è una media italiana, su tutto il paniere...), gli interessi pagati nel 2022 non sono stati pari all'8,1% dei 2.762 miliardi di euro (223 miliardi) ma circa 80 miliardi di euro (4% del PIL). Questo in quanto anche il debito pubblico è oggetto di una gestione attiva da parte dello Stato e questa gestione ha opportunamente distribuito le quote sottoscritte nel tempo. L'Italia, peraltro, paga interessi molto elevati sul debito pubblico; questi interessi scontano una sorta di sfiducia nel nostro Paese che, visto quanto sta accadendo in altri paesi dell'UE, non è completamente motivata. Se questo debito (secondo le proposte del Rapporto Draghi) potesse divenire "europeo", l'Europa, di cui l'Italia è paese costituente, pagherebbe interessi inferiori sul proprio debito e questo libererebbe risorse, che potrebbero essere destinate alla sanità.

Il sistema economico non è incardinato su binari rettilinei, ma presenta dinamiche, complesse, da affrontare insieme alla progressiva ridefinizione delle regole, anche in ambito sanitario.

Il DM 77/2022 individua gli standard assistenziali in ambito territoriale. Sono in corso di realizzazione e attivazione le strutture territoriali previste (finanziate dal PNRR), a partire dalle COT sino alle Case di comunità e agli Ospedali di comunità.

La struttura dell'offerta sanitaria che conosciamo cambierà, negli anni; è previsto che assistiti accedano (secondo la nuova organizzazione) alle strutture territoriali, senza riferirsi, impropriamente, al pronto soccorso. Si formeranno nuovi professionisti, anche attraverso nuovi corsi di laurea, lo Stato potrà ridefinire alcune competenze professionali - argomento delicatissimo, con un progressivo svecchiamento del sistema attraverso nuovi metodi di lavoro.

In via residuale, anche se l'Italia non è un paese molto attrattivo, si potranno acquisire alcuni lavoratori dall'estero, come evidenzia da tempo chi studia il mercato del lavoro.

Sono convinto che il Servizio pubblico debba restare pubblico, ma, come insegna l'Economia, vi è sempre una preferenza per i panieri misti. Il privato è, da tempo, una componente dell'offerta sanitaria, soggetta alla regolazione pubblica e anche remunerata con risorse della pubblica amministrazione (es. case di cura convenzionate). Un po' di privato, ben vigilato, giova anche al Servizio pubblico, per superare inefficienze. In questo senso anche il disegno di legge di stabilità per il 2025 prevede un progressivo incremento dei cosiddetti "tetti". Tutte queste soluzioni devono essere intese come parte di quella risposta più ampia, che, negli anni, tutti i Governi sono chiamati a produrre, anche con meccanismi imitativi.

ENTITÀ DEI CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE BANDITI E ASSEGNATI AL CONCORSO SSM 2024							
SPECIALIZZAZIONE	CONTRATTI			SPECIALIZZAZIONE	CONTRATTI		
	Banditi	Assegnati	%		Banditi	Assegnati	%
Chirurgia Plastica	108	108	100	Medicina Fisica e riabilitativa	342	302	88
Dermatologia e venerologia	133	133	100	Cardiologia	96	84	88
Endocrinologia	214	214	100	Scienza dell'alimentazione	69	59	86
Malattie Apparato Cardiovascolare	613	613	100	Urologia	262	221	84
Malattie dell'apparato digerente	225	225	100	Ematologia	219	175	80
Oftalmologia	225	225	100	Medicina Interna	836	661	79
Pediatria	840	840	100	Geriatría	400	287	72
Neurologia	343	343	100	Igiene e Medicina Preventiva	567	378	67
Radiodiagnostica	683	683	100	Malattie Infettive e Tropicali	254	167	66
Medicina Termale	3	3	100	Audiologia e Foniatria	37	24	65
Medicina Legale	162	161	99	Genetica medica	81	50	62
Malattie dell'apparato respiratorio	264	261	99	Anestesia	1566	940	60
Medicina dello sport	88	87	99	Chirurgia Generale	715	362	51
Medicina del lavoro	205	202	99	Chirurgia Toracica	89	43	48
Chirurgia maxillo-facciale	56	55	98	Nefrologia	351	167	48
Ginecologia ed Ostetricia	551	538	98	Anatomia Patologica	188	89	47
Reumatologia	125	122	98	Medicina d'emergenza urgenza	1020	304	30
Allergologia ed Immunologia Clinica	79	77	97	Medicina nucleare	93	25	27
Otorinolaringoiatria	197	192	97	Statistica Sanitaria e Biometria	50	13	26
Neuropsichiatria infantile	227	221	97	Medicina e Cure Palliative	170	37	22
Chirurgia pediatrica	58	56	97	Medicina di comunità e cure primarie	119	25	21
Ortopedia e traumatologia	495	469	95	Radioterapia	170	31	18
Psichiatria	543	514	95	Farmacologia e Tossicologia Clinica	119	20	17
Neurochirurgia	118	111	94	Patologia Clinica e Biochimica Clinica	309	46	15
Chirurgia Vascolare	119	109	92	Microbiologia e virologia	117	13	11
Oncologia Medica	323	291	90	TOTALE SPECIALIZZAZIONI	15256	11392	75

TABELLA 1 - Percentuale di assegnazione delle borse per scuole di specializzazione. In verde assegnazione dall'80%-100%, in verde dal 50% al 79%, in giallo dal 20 al 49%, in rosso inferiori al 20%.

U.G. - Cosa intende per meccanismi imitativi e cosa possiamo aspettarci per il mismatch fra domanda e offerta di professionisti sanitari?

F.A. - Quello che funziona altrove viene conosciuto attraverso il web e verrà applicato da altri Governi. In Italia anche le regioni, che collaborano nella Conferenza delle Regioni (in Sanità attraverso la Commissione Salute) traggono spunto da alcune soluzioni che hanno dato buoni frutti altrove. I miglioramenti più importanti si otterranno dalla revisione del rapporto con le tecnologie e dall'organizzazione del lavoro, perché il numero di professionisti evolverà lentamente nel tempo.

Nelle scuole di specializzazione medica, come noto, permangono problematiche legate ad alcune specialità, problematiche che sono distribuite in modalità eterogenee fra i territori (alcuni più fortunati, altri meno). Quotidiano Sanità, in un articolo del 26 settembre 2024 ha pubblicato i dati sulle borse di studio bandite ed assegnate nelle diverse scuole di specializzazione (Tabella 1), con un focus sulle borse dedicate alla Medicina di Emergenza Urgenza (Tabella 2)

ASSEGNAZIONE DEI 1020 CONTRATTI DI MEDICINA D'URGENZA AL CONCORSO SSM2024							
Sede Specializzazione MEU	CONTRATTI			Sede Specializzazione MEU	CONTRATTI		
BOLOGNA	31	23	74	INSUBRIA	17	4	24
TORINO	48	34	71	MILANO	48	10	21
MILANO - Bicocca	27	18	67	BARI	34	7	21
CATANIA	21	13	62	FOGGIA	5	1	20
ROMA - Cattolica	22	13	59	GENOVA	30	6	20
ROMA - La Sapienza	30	13	43	L'AQUILA	15	3	20
MODENA e REGGIO EMILIA	35	15	43	MILANO - San Raffaele	20	4	20
PALERMO	7	3	43	PERUGIA	22	4	18
PADOVA	68	25	37	CHIETI-PESCARA	20	3	15
ROMA - La Sapienza "M-P"	25	9	36	PIEMONTE ORIENTALE	27	4	15
FIRENZE	48	17	35	TRIESTE	27	4	15
FERRARA	29	9	31	VERONA	53	6	11
NAPOLI - "Federico II"	27	8	30	MILANO - Humanitas	21	2	10
PAVIA	27	8	30	UDINE	23	2	9
CATANZARO	21	6	29	BRESCIA	21	1	5
CAMPANIA - "L. Vanvitelli"	29	8	28	PARMA	29	1	3
POLITECNICO DELLE MARCHE	29	8	28	SIENA	34	0	0
PISA	29	7	24				
SASSARI	21	5	24	TOTALE	1020	304	30

TABELLA 2 - Percentuale di assegnazione delle borse per scuole di specializzazione divise per sede. In verde oltre il 50%, in giallo dal 20 al 49%, in rosso inferiori al 20%. ROMA - La Sapienza M-P: Sant'Andrea

Nell'assegnazione delle borse di Medicina di Emergenza la situazione è assai critica: a livello nazionale, concorso 2024, 1.020 contratti banditi, 304 assegnati. Vi sono sedi di specializzazione, come Torino, che conseguono un 71% di borse assegnate; altre, come Milano e Genova che hanno percentuali molto più basse.

Sono allo studio incrementi di remunerazione per alcuni profili e rimodulazioni dell'offerta formativa in quanto si è preso atto che alcune borse non verranno attinte. Queste borse finiranno, nel tempo, per non essere più bandite, in modo da ottenere un maggiore impiego delle risorse. Il sistema inoltre dovrà, necessariamente, ricostruire le condizioni per rendere le attività del pronto soccorso gestibili e sicure anche per i professionisti che vi lavorano. Questo accadrà, secondo il DM 77 2022, con il popolamento delle strutture territoriali, che dovranno intercettare i bisogni attraverso una programmazione delle attività, andando a ridurre la domanda presso il pronto soccorso, gli accessi impropri, le lunghe attese.

U.G. - Ancora una riflessione sulla tecnologia. È chiaramente evidente che le risorse e le innovazioni tecnologiche rappresentano uno degli aspetti più cogenti e che maggiormente impatta non solo sul benessere concreto della popolazione, ma in maniera notevole anche il modello organizzativo delle professioni sanitarie.

F.A. - La tecnologia aiuterà certamente gli Stati a impiegare più profittevolmente i professionisti sanitari. Spero che la normativa europea e quella nazionale possano adeguarsi alla realtà che viviamo quotidianamente. Siamo disposti a condividere tutto con il nostro cellulare, a volte con lo smart watch o l'anello, senza badare troppo all'utilizzo che se ne farà. Alcuni di noi sono disposti a pagare perché questi dati vengano analizzati, o a cedere, in cambio dell'utilizzo di un'applicazione gratuita, moltissime informazioni (pensate a quando una telecamera ci inquadra quando scorriamo una videata o un microfono ci ascolta, continuamente). Dobbiamo compiere più di un passo avanti per consentire la corretta profilazione dei nostri bisogni assistenziali da parte del nostro Servizio Sanitario e questo avverrà con norme di rango primario, tali da equiparare, nel tempo, il servizio pubblico ai big player privati. Senza abusi, occorrerà decidere come utilizzare l'Intelligenza Artificiale, che, nel tempo, confido, consentirà di impiegare la professionalità del medico nelle modalità più corrette. Personalmente stento a comprendere perché il Servizio Pubblico debba, di fatto, limitare le proprie analisi -a mio favore- sulla mia salute. Un giorno il legislatore saprà comprendere che anche i Servizi Sanitari nazionali devono utilizzare la tecnologia, rilassando le molte limitazioni oggi esistenti.

U.G. - Una delle punte dimenticate del tridente dell'offerta è la prevenzione, che trova nei Piani Nazionali della Cronicità e nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 spazi molto ampi.

F.A. - Per tanti anni la rete assistenziale è stata organizzata in modo da evitare l'utilizzo improprio da parte dei cittadini e questo è comprensibile, perché le risorse non sono mai state infinite. La prevenzione spesso è stata sotto-finanziata, fra problemi di bilancio, quote capitarie, remunerazione delle attività (le ASL, di fatto, sono erogatrici di servizi gratuiti o le cui tariffe, in genere, non permettono guadagni). Che l'assistito vada preso in carico prima che

si manifesti una necessità di assistenza ospedaliera e che debba esistere un rapporto territorio-ospedale (e non solo ospedale-territorio, in ordine di tempo) è noto da decenni. Se vogliamo chiamare queste attività PDTA, cluster di utenti, assistiti ad alto rischio, che siano i PAI o i PIA, che l'assistito venga chiamato da una COT e che si rechi oppure no in una Casa della Comunità per ricevere la visita fisicamente o in telemedicina, il futuro passa dalla prevenzione, attraverso una programmazione degli interventi assistenziali. Non vi sono categorie rigide, separate da una linea invalicabile; dobbiamo ripensare il lavoro delle strutture sanitarie, in una logica a matrice (basta con i silos, deprecati ma sempre presenti). La prevenzione dovrà raggiungere proprio i più bisognosi, le persone sole, quelle svantaggiate, che devono fruire dei servizi pubblici.

U.G. - Grazie per i numerosi spunti e per gli orizzonti affrontati in maniera molto più ampia rispetto a quella -talvolta limitata- di cui dispone il professionista sanitario. Questa è l'ulteriore dimostrazione che solo la collegialità e l'integrazione tra saperi differenti ed esperti di varia provenienza possa rappresentare una risorsa preziosa ed imprescindibile per l'analisi e la ricerca di soluzioni all'interno di sistemi estremamente complessi, come quello del SSN. Se è d'accordo, per concludere, ci lasci con una ultima riflessione: il suo è giudizio ottimistico per il prossimo futuro, o intravede più nubi che sereno all'orizzonte?

F.A. - Dobbiamo restare positivi e vedere il sereno oltre le nubi: i problemi sono tanti ma ci sono anche ottimi professionisti in campo sanitario.

Occorre confidare nel capitale umano, nello sviluppo tecnologico e nel progressivo miglioramento delle regole. Le persone che si occupano di salute sono spesso animate dagli ideali più nobili: questa è una risorsa dal valore inestimabile, che saprà, ancora, fare la differenza.

RIFERIMENTI Bibliografici / sitografici

<https://tradingeconomics.com/italy/old-age-dependency-ratio-eurostat-data.html>

<https://www.oecd.org/en/data/indicators/old-age-dependency-ratio.html>

6° RAPPORTO Gimbe (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1696924905.pdf>)

Documentazione per le Commissioni - Attività dell'Unione Europea - Il Rapporto sul futuro della competitività europea di Mario Draghi, https://commission.europa.eu/topics/strengthening-european-competitiveness/eu-competitiveness-looking-ahead_en

Piano Nazionale Cronicità 2016 - Piano Nazionale Cronicità 2024

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2023-2025

DM77 - Decreto 23 maggio 2022 - N.77 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>)

Specializzazioni medicina. Non assegnato il 25% delle borse. E per emergenza-urgenza meno di una su tre.

Anaa-Als: "Un disastro annunciato" (https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=124617)

INAUGURATA LA RINNOVATA SEDE OMCeO ALLA PRESENZA DEI VERTICI NAZIONALI

Redazione

Sabato 26 ottobre in via Mameli 4/bis è stata inaugurata ufficialmente la rinnovata sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Cuneo alla presenza dei presidenti degli organismi di coordinamento nazionale: Filippo Anelli - FNOMCeO, Raffaele Iandolo - CAO e Alberto Oliveti - ENPAM. L'occasione ha ospitato la tradizionale cerimonia di consegna delle medaglie d'oro agli medici che hanno raggiunto 50 anni dall'iscrizione (volutamente derogata rispetto alla consueta coincidenza con l'Assemblea annuale dell'Ordine).

Giuseppe Guerra, accolto da numerosi convenuti, ha ripercorso le tappe salienti della sua presidenza in OMCeO, prossima alla scadenza del secondo mandato che si concluderà dopo le imminenti elezioni convocate per il mese di dicembre 2024.



"L'odierna e simultanea presenza dei presidenti Anelli, Iandolo e Oliveti - ha affermato Guerra introducendo gli ospiti - è un grande onore, senza precedenti che io ricordi per il nostro Ordine provinciale". "La formale inaugurazione di questa sede rinnovata ed ampliata per meglio rispondere alle esigenze di gestione consolida il lavoro che il direttivo ha svolto per adeguare, innovare e consolidare il nostro Ordine".

Giuseppe Guerra ha sottolineato come il lavoro di ciascun componente del direttivo e della segreteria sia stato determinante ai fini degli esemplari risultati conseguiti nei rispettivi ambiti. Dalle modalità con cui sono state gestite situazioni quali la pandemia Covid, l'adeguamento alle norme introdotte dal "Decreto PA2", l'offerta formativa per gli iscritti, fino all'acquisizione del nuovo immobile che è stato collegato alla sede esistente con una ristrutturazione complessiva che ha configurato la distribuzione su due piani di cui uno riservato agli uffici operativi e l'altro preposto alle attività sociali ed istituzionali dell'Ordine.

"L'investimento sulla sede è stato attentamente ponderato e gestito - ha spiegato Guerra - ci ha permesso di ottenere una più efficiente situazione di operatività, consolidando allo stesso tempo la situazione patrimoniale dell'Ordine. Ringrazio Filippo Anelli per il significativo contributo da parte della FNOMCeO che superando le nostre migliori aspettative è risultato pari al 25% circa dell'investimento complessivo".

Giuseppe Guerra, visibilmente commosso, passando la parola al presidente Anelli ha ringraziato il già presidente Salvio Sigismondi che nel 2011 lo coinvolse, nel ruolo di consigliere, a partecipare attivamente alla vita ordinistica.

Filippo Anelli, apprezzato il lavoro fatto per la nuova sede, ha ricordato come la professione medica sia vincolata ai valori etici sintetizzati dal codice deontologico. Un insieme di regole che i medici si sono dati e che scelgono di rispettare nell'interesse comune, per la tutela della salute pubblica. Regole affidate alla vigilanza dell'Ordine professionale attraverso l'elezione di propri rappresentanti. Analogamente gli Ordini sono chiamati a rappresentare i problemi, le criticità e le esigenze della propria categoria ed oggi più che mai sono richieste azioni volte a migliorare la condizione dei professionisti sanitari. "Nonostante lo sforzo quotidiano operato dai colleghi sul campo - afferma Anelli - oberati da nuove incombenze per sopperire a carenze di organico e di competenze integrative necessarie, si registra il continuo aumento di rinunce alle cure. Rinunce conseguenti le lunghe attese, le difficoltà di accesso ai servizi, il disagio economico". "La carenza di medici è aggravata dal sottrarre agli stessi tempo da dedicare al paziente per assolvere nuovi adempimenti funzionali alla riconversione tecnologica del sistema sanitario. Ci sono nuove cure e nuovi strumenti, progetti di strategie integrate, opportunità che diventeranno perseguibili solo se aumenterà significativamente il numero dei medici con la strutturazione di adeguate condizioni di lavoro e di inquadramento contrattuale".

Raffaele Iandolo ha sottolineato come il contributo di Gian Paolo Damilano, segretario di OMCeO Cuneo e presidente della Commissione Albo Odontoiatri, sia proattivo alle attività nazionali. Alberto Oliveti ha brevemente riassunto i brillanti risultati conseguiti dall'ENPAM a beneficio di tutti gli iscritti nell'ultimo anno di gestione.

Anelli, Iandolo e Oliveti hanno poi personalmente consegnato le medaglie d'oro ai 44 medici che in questo 2024 hanno raggiunto il pregevole traguardo dei 50 anni dall'iscrizione.





LA CHIRURGIA TORACICA DELL'OSPEDALE SANTA CROCE E CARLE DI CUNEO

Andrea DENEGRÌ



Come è noto il fumo di tabacco è responsabile della maggior parte dei tumori polmonari e le persone a rischio dovrebbero valutare la possibilità di intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo.

Il fumo di tabacco è la più importante causa di morte evitabile nei Paesi ad alto reddito, compresa l'Italia: oggi in tutto il mondo sono 6 milioni ogni anno i decessi causati dal fumo, che saliranno a 8 milioni entro il 2030. Oltre ad aumentare il rischio di enfisema, ictus e infarto, il fumo di tabacco è il principale responsabile dei 41.000 nuovi casi di tumore del polmone che vengono diagnosticati ogni anno nel nostro Paese; in Piemonte sono circa 4.500, in linea con il dato nazionale. Sempre in accordo con il dato nazionale meno del 20% dei tumori diagnosticati beneficiano della terapia chirurgica.



Esistono ormai programmi (in realtà pilota) di screening polmonare rivolti a tutti i cittadini di età compresa tra i 55 e i 75 anni, che non hanno avuto tumori negli ultimi 5 anni e che sono forti fumatori (almeno 20 sigarette al giorno per 30 anni oppure 40 sigarette al giorno per 15 anni) o ex forti fumatori da 15 anni o meno (almeno 20 sigarette al giorno per 30 anni oppure 40 sigarette al giorno per 15 anni).

La grande maggioranza dei tumori polmonari (l'80% circa) viene individuata già in una fase avanzata: la diagnosi precoce è fondamentale per ridurre il rischio di morte e migliorare la prognosi. Gli studi hanno confermato che lo screening con TAC spirale a basso dosaggio può salvare la vita. La TAC spirale a basse dosi è l'esame d'elezione in un programma di screening polmonare.

Questa tipologia di TAC è, innanzitutto, a basse dosi di radiazioni, meno di un quanto di quelle di una TAC standard, e quindi potenzialmente meno dannosa per il paziente che vi si sottopone; inoltre, si tratta di un test molto sensibile, che ci permette di individuare il maggior numero di tumori in fase precoce, con dimensioni inferiori al centimetro, e dunque curabili.

Oggi i tumori polmonari possono essere diagnosticati e trattati con le più moderne metodiche sempre meno invasive.

I tumori polmonari non a piccole cellule (NSCLC) allo stadio clinico I e II sono considerati delle neoplasie allo stadio precoce e beneficiano di un trattamento chirurgico resettivo. In accordo alla recente ottava edizione della classificazione Tumor Node Metastasis (TNM 8), la sopravvivenza a 5 anni per lo stadio I radicalmente operato varia dal 68% al 92% mentre per lo stadio II dal 53% al 60%. Sfortunatamente, nonostante i progressi nelle procedure diagnostiche, il NSCLC si presenta generalmente in fase avanzata di malattia, e solo circa il 20% può essere considerato in fase precoce ("early stage") al momento della diagnosi e quindi potenzialmente resecabile.

I tipi di intervento per questo tumore, quando ancora di dimensioni ridotte, sono principalmente due: la lobectomia e la segmentectomia. La lobectomia è l'intervento di resezione polmonare dove si rimuove un intero lobo polmonare. La segmentectomia è la rimozione di una porzione di un lobo, cioè di un segmento polmonare. Generalmente la lobectomia è l'intervento standard quando il tumore si trova ancora confinato in uno dei cinque lobi polmonari, mentre la segmentectomia -rimuovendo una minore parte di tessuto- viene riservata ai pazienti con poca capacità respiratoria. Questi due approcci rappresentano comunque un salto di qualità notevole rispetto al passato dove ad essere rimosso era l'intero polmone. Esattamente quanto accadeva con il tumore al seno con la mastectomia radicale prima dell'avvento della quadrantectomia.

La procedura chirurgica standard per il paziente fit è rappresentata dalla lobectomia polmonare con linfadenectomia radicale. Il tradizionale approccio chirurgico della toracotomia con lobectomia polmonare comporta un rischio di complicanze, seppur raramente, quali infezioni della ferita, sanguinamenti, dolore cronico dovuto alla compressione dei nervi intercostali, aritmie cardiache e morte. I tassi di morbidità e di mortalità per la toracotomia variano in base all'età del paziente ed alla presenza di comorbidità. Il tasso di morbidità varia dal 30% al 50% mentre la mortalità varia dal 4% al 12%. Per tali ragioni, negli ultimi anni un approccio miniinvasivo chirurgico, la video-toracoscopia (video-assisted thoracic surgery - VATS), è stato ampiamente adottato per l'esecuzione di resezioni parenchimali polmonari anatomiche (segmentectomia o lobectomia) in pazienti con

NSCLC allo stadio I, con l'obiettivo di ridurre la morbidità postoperatoria raggiungendo un ottimale risultato oncologico. Questa tecnica chirurgica consiste nell'eseguire, in anestesia generale ed attraverso uno o tre piccoli orifizi cutanei a livello toracico, una resezione anatomica (lobectomia o segmentectomia) associata a linfadenectomia radicale consentendo un trattamento chirurgico radicale del tumore polmonare nello stadio iniziale. Una recente serie ed una revisione sistematica sulle lobectomie in VATS confrontate con le lobectomie in toracotomia hanno dimostrato nel gruppo VATS una riduzione della morbidità ed un incremento della sopravvivenza. La lobectomia toracoscopica eseguita mediante VATS offre quindi risultati simili a quelli ottenuti mediante toracotomia e quando eseguita in centri dotati di notevole esperienza tecnica nell'ambito delle procedure mini-invasive, può anche portare ad una riduzione della sintomatologia dolorosa postoperatoria, ad una riduzione della degenza ospedaliera, ad una subitanea ripresa delle normali attività quotidiane ed infine ad un miglioramento del risultato estetico. Altri studi hanno dimostrato simili una globale riduzione del dolore postoperatorio, una riduzione del tempo necessario alla ripresa delle normali attività quotidiane, nessuna significativa differenza nel numero di linfonodi asportati, e nessuna differenza nell'incidenza delle complicanze postoperatorie e della mortalità.

Con l'aiuto di sempre più moderne tecnologie oggi, inoltre, si possono operare pazienti con neoplasie polmonari che infiltrano anche altri organi adiacenti quali l'aorta, il cuore e la parete toracica.

La SC di chirurgia Toracica dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce & Carle di Cuneo è situata al terzo piano del blocco B dell'Ospedale Santa Croce; dispone di otto letti monitorizzabili e vengono utilizzati drenaggi pleurici digitali che permettono la mobilitazione precoce del malato nell'immediato post-operatorio.

La Divisione di Chirurgia Toracica, è tra le tre prime Divisioni di Chirurgia Toraciche per alti volumi del Piemonte con una mortalità a 30 giorni dall'intervento inferiore all'1% (0,76%), pur effettuando interventi di alta complessità (tumori invadenti le strutture vascolari maggiori anche in circolazione extracorporea o invadenti la parete toracica) e in pazienti con funzione cardiorespiratoria altamente compromessa. Questi dati sono forniti dal Ministero della Salute – Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali (AGENAS).

Attualmente vengono adottate le più avanzate tecniche disponibili per il trattamento di tutta la patologia toracica, con una particolare specializzazione nella gestione multidisciplinare del tumore del polmone e delle metastasi polmonari.

La SC di Chirurgia Toracica inoltre è specializzata nei tumori della parete toracica (anche giganti) e nei tumori del mediastino.

Una peculiarità della nostra divisione è quella di disporre di una sala operatoria ibrida dedicata con una TC integrata che permette l'asportazione mininvasiva di noduli di millimetriche dimensioni soprattutto in quei pazienti in cui si sospetta una malattia metastatica o primitiva polmonare in stadio super-iniziale. L'esperienza maturata è tra le più ampie a livello Nazionale.

La possibilità di poter disporre di un'equipe di anestesisti e cardioanestesisti dedicati ha permesso di estendere gli interventi di chirurgia toracica anche a pazienti con funzionalità respiratoria e cardiaca compromessa.

Attualmente la maggior parte degli interventi oncologici sono eseguiti con tecnica mininvasiva uniportale (unico accesso di 1,5 cm al torace); triportale con visione tridimensionale e robotica. Dal marzo 2023 si è intensificata l'attività di chirurgia robotica (patologie del mediastino, resezioni maggiori oncologiche polmonari) che ha portato la SC di Chirurgia Toracica ad essere una delle chirurgie a più alto volume di chirurgia robotica del Piemonte.

Inoltre la SC di Chirurgia Toracica è coinvolta nel progetto di un percorso e super-specialistico per il trattamento del cancro dell'esofago insieme alla Divisione di Chirurgia Generale. Dal 2024 è attivo un percorso per i pazienti affetti da cancro dell'esofago che prevede il coinvolgimento di specialisti dedicati (chirurgo toracico, chirurgo generale, anestesista, gastroenterologo, nutrizionista, fisioterapiasta).

L'attività chirurgica è caratterizzata da un approccio conservativo orientato, oltre che alla garanzia del risultato terapeutico, alla qualità di vita post-intervento.

La divisione si impegna inoltre a offrire la diagnosi più rapida e mininvasiva con i servizi di pneumologia interventistica, radiologia e il percorso diagnostico preferenziale.

In collaborazione con la SC di Oncologia vengono sviluppate le più indicate strategie terapeutiche per ogni singolo caso clinico, che vanno dalla neoplasia in stadio iniziale a quella localmente avanzata, fino all'approccio terapeutico per il trattamento della patologia polmonare in stadio metastatico.

Sempre nell'ambito della chirurgia toracica, in collaborazione con la SC di Anestesia e Rianimazione si sono sviluppati protocolli per una chirurgia senza dolore attuando le più moderne tecniche per l'analgesia post-operatoria.

In relazione alle patologie benigne in ambito toracico la SC di Chirurgia Toracica, oltre a trattare le più comuni patologie quali pneumotorace, empiema pleurico (sempre con tecnica mininvasiva, quando possibile) è specializzata nel percorso terapeutico per il trattamento dell'iperidrosi e delle deformità del torace.

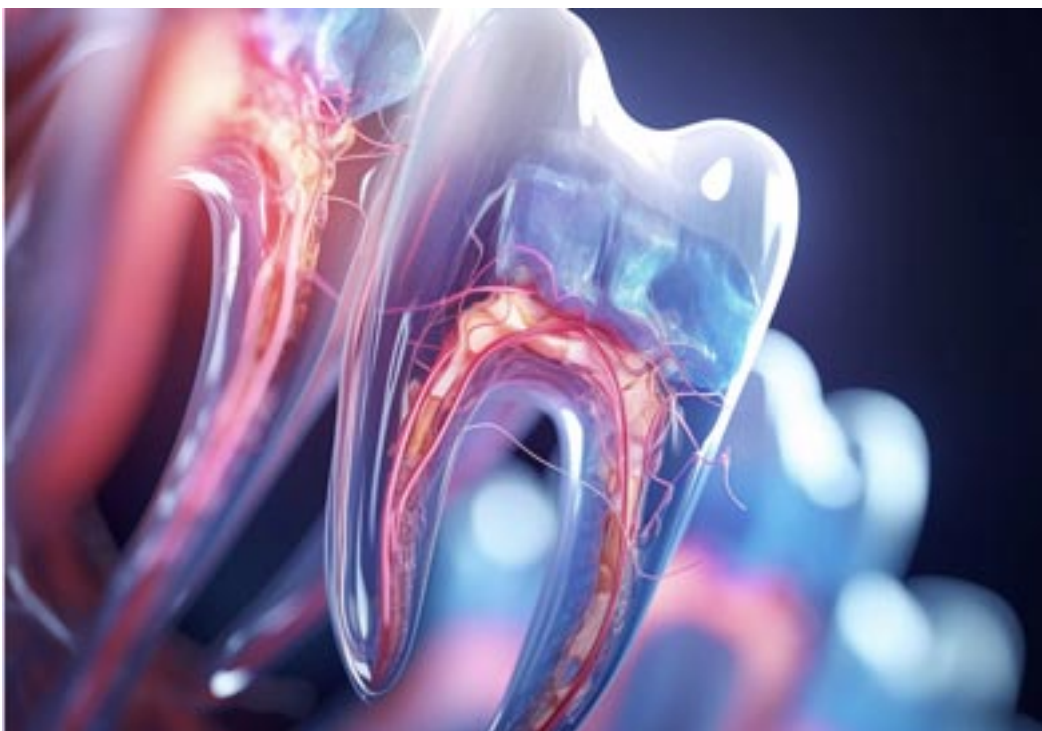
L'accesso per una prima visita ambulatoriale avviene con richiesta medica e generalmente viene evasa entro 7-10 giorni.

Contatti: 0171642144 (ore 8-20 lun-ven)

SVOLTO AD ALBA IL CONGRESSO DENTE NATURALE VERSUS IMPIANTO...

Sabato 7 Settembre, alla Fondazione dell'ospedale Alba - Bra di Verduno, si è svolto il Congresso della Società Italiana di Endodonzia, dal titolo "Dente naturale, Versus Impianto: Endodonzia Baricentro della Terapia".

La giornata scientifica era incentrata sull'importanza dell'Endodonzia, e di come conoscere e saper eseguire le più moderne tecniche endodontiche, sia importante nella decisione se recuperare o estrarre un dente gravemente compromesso.



Diversi relatori si sono alternati nel fornire indicazioni e protocolli, che vengono usati da anni, per cercare di mantenere il più a lungo possibile, un dente in arcata.

Ad aprire il convegno è stato il Dr Roberto Gallo, che ha cercato di mostrare il punto di partenza x il recupero di un dente gravemente compromesso: il corretto isolamento del campo operatorio con la diga di gomma. Sono stati mostrati casi semplici ed altri che hanno richiesto l'utilizzo di tecniche di montaggio e stabilizzazione, più avanzate.

Successivamente ha preso parola la dottoressa Lucia Reggio, che ha mostrato quali sono le principali cause che potrebbero portare alla perdita di un dente, e i protocolli da adottare per cercare di recuperarlo. Il tutto senza trascurare l'importanza della valutazione iniziale della reale possibilità di poter recuperare un dente, o di intraprendere l'inevitabile decisione della sua sostituzione con un impianto in titanio.

Roberto GALLO



Dopo la pausa di metà mattina, il Dottor Michele Perelli ha esposto tutte le situazioni in cui la malattia parodontale può compromettere inevitabilmente la stabilità di un dente, e quindi come prevenirla.

Poi i partecipanti al convegno hanno potuto assistere alla relazione del Dr. Fabio Federici Canova, il quale ha presentato un'ampia casistica di lesioni a carico dei denti decidui e delle tecniche di gestione di pazienti in età pediatrica.

Terminata l'ultima presentazione della mattina, i partecipanti hanno potuto fare un pranzo a buffet, e partecipare ad un workshop della dottoressa Reggio, che ha esposto alcune tecniche di strumentazione canalare su simulatori.

La giornata si è poi conclusa con la splendida lectio Magistralis del prof. Elio Berutti, che ha parlato di Endodonzia Chirurgica. Dalla diagnosi di lesione periapicale, all'anestesia preoperatoria, passando per l'incisione del lembo, fino alla sutura post operatoria e alla rimozione dei punti, il prof. Berutti ha mostrato ogni momento della tecnica chirurgica e le situazioni in cui l'operatore deve prestare maggior attenzione per non incorrere in complicazioni sfavorevoli come stripping o perforazioni radicolari.

Concluso l'evento, con il questionario di acquisizione dei crediti ECM, il Presidente della S.I.E., dottor Mario Lendini, ha invitato tutti i partecipanti a venire al congresso Nazionale che si terrà a Roma dal 14 al 16 novembre per poter partecipare a dei workshop e alle relazioni di professionisti in ambito multidisciplinare.

L'ORDINE APERTO AL DIALOGO PIACE AI CITTADINI: IL SUCCESSO DELL'EVENTO ALMENOPAUSA

Redazione, fotografie di Marina SILVESTRO

Sabato 26 ottobre al "Varco" si è svolto il quarto "dialogo con i cittadini" promosso dall'Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Cuneo. L'evento, coordinato dal dr Elsie Balestrino, anche in questa edizione è stato articolato con la rappresentazione di un monologo sul tema scelto "La menopausa". A seguire, la tavola rotonda introdotta dal dr Elsie Balestrino (consigliere OMCeO) che ha subito invitato il collega Giovanni Cera a declamare i versi proposti per il concorso letterario facente parte integrante del programma di "Almenopausa", chiamando poi a dialogare con i cittadini Gianna Coletti (interprete e coautrice delle pièce teatrali), Elisa Dani (attrice e regista), Giulia Marro (antropologa), Elena Paschetta (psichiatra) e Giuseppe Guerra (presidente OMCeO) affidati alla moderazione del giornalista Piero Dadone. Gli ospiti hanno circostanziato, per i reciproci ambiti, il tema della menopausa fornendo spunti e provocazioni allo stimolante e coinvolgente dibattito che ha concluso la serata.



"Per rispondere al compito istituzionale dell'Ordine, deputato alla tutela della salute dei Cittadini – spiega Balestrino – abbiamo avviato questo programma divulgativo nel 2019 parlando di "Testamento biologico", nel 2020 abbiamo affrontato il tema dell'Alzheimer, nel 2021 del Fine vita (al Teatro Toselli) ed oggi con le stesse modalità abbiamo parlato della menopausa. La risposta dei cittadini a questi eventi ci ha confermato che la modalità individuata è efficace. Introducendo con ironia temi così delicati si stabilisce un clima che favorisce la partecipazione attiva del pubblico al dibattito, fa emergere i dubbi, perplessità, talvolta il malcontento, ma soprattutto la diffusa necessità di reperire informazioni. L'opportunità di orientare correttamente le persone, di minimizzare paure ed angosce dilaganti è raggiungimento di uno dei principali obiettivi del nostro mandato".

La pièce Almenopausa, di Valeria Cavalli e Gianni Coletti, ha rappresentato con ironia gli stereotipi tipicamente attribuibili alla transizione delle donne in menopausa ai giorni nostri. In una società che ci vorrebbe sempre giovani diventiamo facili vittime del mercato che studiando le umane debolezze promette di arrestare quando non addirittura di invertire il naturale processo biologico dell'invecchiamento. Prodotti, trattamenti, stili di vita, "filtri e pozioni" da cui siamo inevitabilmente attratti vittime del mito dell'eterna giovinezza. Nella scenografia, infatti, domina la presenza di orologi a sublimare il concetto di fondo: tutti - chi più chi meno - percepiamo lo scorrere del tempo diversamente con l'aumentare dell'età. Quando si è giovani tutto è derogabile, poi pare che tutto acceleri all'improvviso, che il futuro sia fatto di scadenze imminenti, fino ad arrivare alla rincorsa del tempo perduto.

Lo stato fisiologico della donna che giunge alla menopausa definisce in modo netto queste sensazioni ed è portatore di cambiamenti spesso difficili da affrontare per le oggettive conseguenze dello scompenso ormonale quali vampate, rallentamento metabolico, perdita di tono del derma, ma talvolta soprattutto per il retaggio culturale che trascende la donna alla perdita di identità. Vanna Coletti in una divertente ora di monologo sintetizza i vari stati d'animo: s'indispette, si trasforma, si deprime e si esalta mentre si oppone all'inevitabile fino poi a pacificarsi con la scoperta di una sé nuova proiettata al futuro ed in sintonia col tempo. La determinante che la menopausa "non è una malattia" viene sapientemente sottolineata richiamando la responsabilità dei medici ad evitare che venga percepita come tale.





Sul notiziario n. 4 / 2024 dell'Ordine dei Medici di Cuneo, in relazione all'evento ALMENOPAUSA in programma per il 26 ottobre 2024, fu pubblicata un'opera poetica composta dal sottoscritto, e inviata al concorso letterario indetto dall'Ordine, dal titolo "La menopausa in una cinquina di Haiku".

Nel tempo intercorso tra la scadenza del concorso e l'evento Almenopausa, ho riflettuto sul componimento destinato, almeno inizialmente, alla pubblicazione sul bollettino dell'Ordine, e rivolto ad una

comunità consapevole dell'intento di cogliere con l'arte i sentimenti della donna in menopausa, anche con l'immagine forte dell'ovulazione della donna paragonata a quella della gallina. D'altra parte, tutti abbiamo visto la gallina fare l'uovo, mentre l'ovulazione nella donna è un fenomeno intrigante e misterioso, che pochi eletti forse hanno avuto modo di "vedere" con tecnologie di imaging avanzate. Rileggendo i versi, che riflettono solo i problemi della menopausa, ho pensato di allargare il componimento per esprimerne anche alcuni aspetti positivi.

La nuova versione (che trovate qui accanto) è stata letta da Elisa Dani durante la serata dedicata all'Evento.

Giovanni Cera

Haiku "Menopausa"

- 1 Vita diversa
Il mio corpo che cambia
Sono confusa
- 2 Umore va giù
Faccio sogni distorti
Frullo pensieri
- 3 Nuova stagione
Amica malinconia
Non ho più fiato
- 4 Dicono bevi
Mangia poco no fumo
Cammina fa sport
- 5 Fine dei cicli
Inizio di libertà
Gode la mente
- 6 Luce negli occhi
Vivo le mie passioni
Curo il tempo
- 7 Capelli bianchi
Bellezza non vecchiaia
In me rinasco



SVOLTA L'ASSEMBLEA EMPAM DI FINE 2024: APPROVATO IL BILANCIO PRECONSUNTIVO

Come previsto dallo Statuto nell'ultimo fine settimana di novembre si è riunita l'Assemblea nazionale dell'Enpam per approvare il bilancio preconsuntivo del 2024. Il bilancio preconsuntivo è stato approvato all'unanimità. I dati presentati sono stati decisamente favorevoli con un'inversione delle previsioni. A fronte di una previsione negativa per 84 milioni di euro il bilancio preconsuntivo si è chiuso con un avanzo di circa 484 milioni di euro. Questo significativo miglioramento del bilancio è dovuto al positivo andamento della gestione patrimoniale che con l'apporto di quasi 826 milioni di euro ha permesso di ottenere un miglioramento di 568 milioni rispetto al bilancio di previsione.



Anche il saldo previdenziale, nonostante il gravoso impegno economico per far fronte alla gobba previdenziale, ampiamente prevista e ancora in corso (che però si avvia ad una progressiva lenta diminuzione), ha evidenziato alcune note positive nonostante la spesa pensionistica superi i proventi da contribuzione. In dettaglio le entrate previdenziali nel preconsuntivo si attestano a 3,7 miliardi (risultando all'incirca 270 milioni in più rispetto alle previsioni), mentre le prestazioni fanno registrare uscite per 3,9 miliardi (circa 100 milioni in meno del previsto). Ne risulta un disavanzo significativamente inferiore a quello previsto.

.Claudio BLENGINI



È evidente che in questi numeri, come sottolineato anche dal Presidente dell'ENPAM dr. Alberto Oliveti, si sostanzia il grande lavoro fatto dal Consiglio di amministrazione dell'Ente per mantenere in sicurezza le pensioni dei medici e degli odontoiatri. Si è pertanto potuto far fronte, proprio grazie a questo, al pensionamento da tempo previsto di una significativa quota di medici che hanno versato quote importanti riuscendo anche a migliorare la solidità del patrimonio in previsione anche delle non facili sfide che la cassa previdenziale dovrà affrontare per il prossimo futuro e non solo.

BILANCIO DI PREVISIONE 2025

Anche qui all'unanimità l'Assemblea ha dato il via libera al bilancio previsionale 2025. Ancora una volta come abitudine dell'Ente le stime prudenziali indicano per l'anno prossimo un disavanzo pari all'incirca a 252 milioni di euro. Si è infatti tenuto conto della persistenza, seppur prevista, della gobba previdenziale per i tanti pensionamenti progressivamente in corso. Essa va a determinare un significativo incremento degli oneri pensionistici che si dovrebbe concretizzare in un disavanzo di gestione pari a circa 839 milioni di euro. Anche per il 2025 questo dato, come per l'anno che si sta chiudendo, verrà significativamente controbalanciato dall'andamento positivo della gestione previdenziale su cui l'Ente si è speso e conta per ridurre in modo significativo il disavanzo tra entrate e uscite dovute al sopracitato impegno previdenziale pensionistico. Al momento attuale l'avanzo della gestione patrimoniale viene prudenzialmente quantificato all'incirca in 711 milioni di euro che però non tiene ovviamente conto delle eventuali riprese di valore e delle svalutazioni che saranno calcolate solo a chiusura d'esercizio e che a oggi non sono prevedibili, anche se si spera saranno più le prime a pesare favorevolmente nel consuntivo di esercizio.

Infine, terminando il mio mandato nel Consiglio a fine anno e non essendo più stato rinnovato colgo l'occasione per ringraziare tutti i colleghi per la fiducia manifestatami in questi anni di lavoro all'interno dell'Ordine in qualità di vicepresidente e faccio al nuovo Consiglio i miei migliori auguri di buon lavoro.

MEDICI PRIME ISCRIZIONI

BRUNO Francesco	CARAGLIO
BERTINO Marco	CEVA
CALVO Chiara	ALBA
DI MANSO Eugenio	VENASCA
FERRERO Luca	FOSSANO
MAVROMATIS Konstantinos	BARGE
SERENO Alberto	MORETTA
TESTA Simone	LAGNASCO

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

BOTTERO Arianna	SAVONA
CAGNINA Serena	COMO
GAGGERO Andrea	SAVONA
GORRINI Paola	TORINO
FIACCO Antonio	TORINO

MEDICI CANCELLATI SU RICHIESTA

ALLASIA Marziano	FOSSANO
ALOIA Giovanni	SALUZZO
AMATI Luciano	CUNEO
BIONDO Andrea	ZURIGO
CARDINO Luciano	SALUZZO
PICCA Alberto	PARIGI
RABBIA Nicoletta	SAVIGLIANO
SARNINI Paolo	VEZZA D'ALBA
TROTTI Annalisa	BORGIO S. DALMAZZO
ZAMPIERI Giulio	BRA

MEDICI CANCELLATI PER MOROSITÀ

C. G.	MILANO
-------	--------

MEDICI DECEDUTI

GALLO Giancarlo	ALBA
FERRERO Sebastiano	ALBA
BRIZIO Enzo	FOSSANO

ODONTOIATRI PRIME ISCRIZIONI

PECORARI AWINO Valeria Anne	BOSSOLASCO
TESTA Francesca	VERZUOLO

ODONTOIATRI CANCELLATI SU RICHIESTA

CIPRIANI Maurizio	DRONERO
MARENGO Enzo	CHERASCO
SARNINI Paolo	VEZZA D'ALBA

ODONTOIATRI DECEDUTI

GALLO Giancarlo	ALBA
-----------------	------

NECROLOGIO

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

Dott. BRIZIO Enzo, medico chirurgo di anni 75
Dott. GALLO Giancarlo, medico chirurgo e odontoiatra di anni 88
Dott. FERRERO Sebastiano, medico chirurgo di anni 64

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

® **METAFORE CUNEO**