

ORDINE DEI MEDICI
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo †



INVITO A COLLABORARE ALLA REDAZIONE

I contributi dei Colleghi al Notiziario, che ospitiamo sempre e volentieri, sono espressione dell'esperienza personale, maturata nei singoli ambiti di lavoro. Gli Autori sono tenuti alla redazione di un lavoro originale e ne assumono la paternità, citando, quando necessario, le fonti o i coautori. Deve essere implicita, e nel caso dichiarata, l'assenza di conflitti di interesse o l'eventuale presenza di finanziamenti della ricerca e/o del progetto da cui scaturisce l'articolo. Ricordiamo in ogni caso che per le "pratiche cliniche" cui attenersi occorre fare riferimento unicamente a comportamenti e linee guida validati a livello nazionale ed internazionale. È possibile che gli articoli scientifici proposti vengano visionati e valutati, sulla base dei contenuti, dal Comitato scientifico del nostro Ordine. Ribadiamo che la collaborazione è aperta a tutti gli iscritti. La Direzione si riserva il diritto 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).

Il termine di consegna del materiale, da inviare esclusivamente via e-mail alla Segreteria dell'Ordine, per il prossimo numero è stabilito per il 15 ottobre 2021.

VAL PIÙ LA PRATICA...

Andrea G. SCIOLLA

L'argomento Covid, nel nostro Notiziario, è ormai diventato imprescindibile, e non potrebbe essere diversamente.

Ne parlano il Presidente Guerra nella sua Relazione Morale, Gianpaolo Carignano nel suo interessante lavoro sull'ecografia polmonare e Marina Vallati, che in ogni numero ci propone consigli preziosi di natura pediatrica non solo utili agli addetti ai lavori ma per chiunque abbia a che fare con dei bambini nella vita di tutti i giorni.

Dopo la lettera di Galletto e le sue osservazioni di politica sanitaria, in sintonia con le parole del Presidente, bisogna uscire dall'Italia per lasciarci alle spalle la pandemia, attraverso le parole di Lucarini che, partendo dall'esperienza africana, rievoca l'importanza dell'interazione tra medico e paziente, troppo spesso dimenticata. Nel frattempo ci stiamo preparando all'autunno ed il Covid è ancora al centro delle nostre attenzioni.

Nel giro di un anno molte delle nostre abitudini sono cambiate ed atteggiamenti e comportamenti che sembravano prima impensabili sono ormai entrati nella nostra routine quotidiana.

La campagna vaccinale continua ma fatica a completarsi per la resistenza e la contrarietà di parte della Popolazione, anche in ambito sanitario.

Non cambia però la consuetudine, da parte di chi legifera, di elaborare norme molto articolate ma non immediate, che prevedono sulla carta sanzioni esemplari che tuttavia si fatica a vedere applicate: annunciare è sempre più facile (e politicamente vantaggioso) che tradurre in pratica e lasciare qualche dubbio interpretativo sulle leggi si vede che fa sempre gioco.



RELAZIONE MORALE DEL PRESIDENTE

Giuseppe Guerra



Gentili Colleghe e Colleghi,
in questa mia "relazione morale" ritengo prioritario ringraziare tutti gli ISCRITTI che con dedizione, professionalità ed impegno si sono adoperati nel contrastare la Pandemia Covid-19.



È passato poco più di un anno, ci troviamo alla fine di una terza ondata pandemica e la fatica che avvertiamo nell'adempimento del nostro lavoro svolto in favore della Popolazione e a salvaguardia del nostro SSN si avverte sempre più. In questa attività pressoché continua ci siamo impegnati tutti: medici ospedalieri e del Territorio, medici giovani e pensionati, specialisti e non, convenzionati e dipendenti, libero professionisti e odontoiatri. Ringrazio di cuore anche i componenti del Consiglio: molti di essi hanno aderito a vario titolo, chi volontariamente o in altre modalità di ingaggio contrattuale, a dare testimonianza operativa che NOI MEDICI a fronteggiare questo eccezionale evento pandemico CI SIAMO!

E DOBBIAMO esserci! Dobbiamo esserci per vaccinare, curare, collaborare, assistere la Popolazione... e anche perché non sia reso vano il valore del lavoro e della professionalità di chi tra noi si è ammalato e di chi ci ha lasciato. Quest'ultimo tributo, costantemente monitorato e rappresentato dalla FNOMCeO, è stato troppo alto.

Nell'ultimo anno il nostro OMCeO si è distinto nell'acquisto e nella distribuzione delle mascherine a tutti gli iscritti (e non solo...) attraverso un oneroso impegno economico dell'Ente e un impegno personale di molti Consiglieri. Non tutti gli altri OMCeO sono stati così generosi. Mascherine e non solo: prevenzione primaria/educazione rivolta alla Popolazione, impegno sui mass media, videoconferenze, interventi pubblici e quant'altro, anche in collaborazione con gli altri OMCeO piemontesi con i quali sono state condivise le azioni di confronto con le politiche sani-

tarie regionali. Il tutto senza tralasciare gli impegni ordinistici di tutti i giorni. In questi ultimi mesi, stante l'emergenza pandemica, più norme nazionali e regionali hanno definito, in via straordinaria e nel limite temporale del 31/12/2021, che alcuni tratti/compiti/azioni appartenenti alla nostra professione siano anche ad appannaggio di altre professioni sanitarie.

Ci sono pertanto altre professioni che possono procedere alla raccolta anamnestica dei dati sanitari, possono far firmare un consenso informato, possono vaccinare in autonomia; altre professioni che pubblicamente sostengono/impugnano il diritto (e la capacità/pertinenza) di gestire i servizi sanitari ove noi operiamo; c'è infine chi si ritiene in grado di effettuare compiti professionali di consuetudine appannaggio del Medico.

Ritengo assolutamente necessario, soprattutto a livello di Presidenza Nazionale FNOMCeO, che vi sia una attenta valutazione di questi "fenomeni": ne va del nostro futuro, soprattutto dei giovani medici che entrano nel mercato del lavoro.

Per tre anni la FNOMCeO ha provato ad identificare un "ruolo", un "vestito professionale" nuovo del Medico attraverso seminari detti "stati generali della professione". In questo progetto sono stati cooptati professionisti multidisciplinari di fama, rappresentanti delle altre professioni sanitarie, e politici. A mio avviso, questa encomiabile operazione non ha ottenuto tutti i frutti sperati. Sono mancate le fondamenta su cui costruire il "modello" del Medico del futuro, ovvero quei "confini" tecnici, legali e soprattutto deontologici per ribadire e rinnovare il nostro ruolo, "confini" che solo partendo dalla definizione dell'atto medico (che ancora non c'è) possono essere la base per una chiara e onesta comprensione e distinzione della nostra professione.

La straordinarietà di questo periodo pandemico permette alle altre professioni sanitarie di iniziare a "cannibalizzare" la nostra; siamo così sicuri che dal 31/12/2021 sarà ristabilito lo status quo ante? Magari Farmacisti/Farmacie saranno così bravi e organizzati (o meno costosi e più rapidi) nell'anamnesi, nel consenso, che un domani si approprieranno del settore vaccinazioni. E, facilmente, gli Infermieri saranno i tutor (già lo fanno!) che li accrediteranno per la parte tecnica in questo delicato ed importante settore di prevenzione. I servizi sanitari saranno gestiti da laureati in Scienze Infermieristiche e anche i Biologi entreranno nel "banchetto" della nostra professione. Come in uno spot televisivo della Sora Lella... "speriamo bbene". Riferisco solo che nella chat dei Presidenti OMCeO queste dinamiche sono ultimamente molto dibattute e sta sorgendo un forte sostegno condiviso al Presidente Nazionale FNOMCeO affinché nelle sedi istituzionali vi sia una forte presa di posizione a difesa e a tutela della nostra professione.

Come tutti sapete, con le elezioni di fine anno 2020, dal 01/01/2021 sono stati eletti gli organi del nostro Ordine. Rispetto agli eletti della precedente amministrazione, qualcuno ci ha lasciato e altri sono entrati, ma il presupposto importante è la continuità e la condivisione dei contenuti programmatori a cui ci si era già ispirati.

Savigliano, 20 luglio 2021

Questo Consiglio si è messo subito all'opera e, grazie allo straordinario contributo del dottor Balestrino, ha predisposto, condividendoli, una serie di importanti atti relativamente alla prevenzione della corruzione e la politica della trasparenza.

La prevenzione della corruzione e la politica della trasparenza sono d'obbligo per gli Enti Pubblici e l'Ordine è un Ente di diritto pubblico. L'autorità nazionale anti-corruzione (ANAC) ha di recente focalizzato la sua attenzione sugli Ordini professionali. Ma al di là dell'obbligo e dell'attenzione, l'integrità e la trasparenza sono un impegno concreto e costante che il Consiglio si è dato.

Ogni processo dell'Ordine, interno o verso l'esterno, è mappato e, se consultate sul sito la sezione Amministrazione Trasparente, potete averne la percezione, anche se parziale. Ogni segnalazione che pervenga all'Ordine è protocollata, anche se anonima, e viene gestita sino alla sua formale conclusione. Ma per gli Iscritti è più significativo l'esempio del patrocinio. Spesso ci si immagina che una mail di due righe al Presidente di cortese richiesta del patrocinio e dell'uso del logo sia sufficiente. Si scopre poi di dover compilare un articolato modulo, probabilmente con malavoglia e contrariati, perché non si sa che la concessione del patrocinio e del logo, apparentemente semplice, comporta per l'Ordine accertare che l'evento sia ineccepibile sotto il profilo dei rischi corruttivi e della garanzia di trasparenza. Questa politica, obbligata, della trasparenza ha costi economici e di tempo, tutt'altro che irrilevanti: dalla formazione dei Dipendenti e dei Consiglieri alla nomina di Consulenti (ad es. il Responsabile della privacy ed il Responsabile del Collegio dei revisori dei conti, un tempo un Consigliere ed oggi un professionista iscritto al Registro dei revisori legali da almeno 5 anni); dall'acquisizione e certificazione dei software necessari all'acquisizione della documentazione (curricula aggiornati e in formato europeo, dichiarazioni di insussistenza di incompatibilità) non solo per i Consiglieri ma per gli Iscritti che fanno parte di una Commissione Interna e per i formatori, ad esempio, dei corsi ECM che questo Ordine effettua, dall'implementazione continua della carta dei servizi per gli Iscritti e per i Cittadini all'adozione del sistema (in attivazione in questi giorni) che consente agli Iscritti ed ai Cittadini di esprimere una valutazione della performance che l'Ordine dimostra nell'erogare i servizi.

Nella sezione Amministrazione Trasparente trovate il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, in cui è esplicitato in dettaglio ogni processo ed ogni documento, ed in particolare la procedura e la modulistica per l'**Accesso civico semplice e generalizzato** (in altre parole quando volete fruire dell'accessibilità ai dati, alle informazioni e ai documenti detenuti dall'Ente ed, infine, la disponibilità dell'account proposte@omceo.cuneo.it cui potete inoltrare i vostri suggerimenti e le vostre osservazioni).

Infine, sono in dirittura di arrivo le Commissioni ordinistiche: è stato un lavoro duro e faticoso (regolamenti, modalità, iscrizioni) da parte dei Consiglieri. Mi auguro che dette Commissioni siano pienamente operative dall'ultimo trimestre di questo difficile 2021 e, poiché siamo un organo subordinato alle norme dello Stato, è necessario che i partecipanti alle Commissioni siano tutti vaccinati.

Caro Presidente,

ho letto con vero interesse la riflessione del collega Blengini sull'ultimo numero del Notiziario dell'ordine 3/2021 e concordo pienamente sulle sue considerazioni relative alla situazione in cui si sta indirizzando, volenti o nolenti, la professione medica.

La sua disamina sulle condizioni di lavoro di tutti i medici è completa e pertinente e deve consentirci di sviluppare una «vision» per la nostra professione che valga per oggi, ma che soprattutto ci permetta di progettare il domani. Le considerazioni sul ruolo delle altre professioni sanitarie sono puntuali e precise.

Ma se la Presidente della FNOPI sostiene che non si possono delegare compiti della professione medica od infermieristica agli operatori sociosanitari (con una formazione di 150 ore di didattica e 250 ore di tirocinio sicuramente non sufficienti per compiti complessi), altrettanto credo si possa sostenere che, compiti della professione medica, non possono essere affidati ad una preparazione infermieristica che comprende tre anni di formazione universitaria (perché l'Università ha voluto mettere le mani anche su quelli che prima si chiamavano diplomi e fornivano una formazione assolutamente adeguata sul campo e negli ospedali che fanno principalmente assistenza e non solo teorica).

Analoga considerazione riservata ai farmacisti abilitati alla vaccinazione credo sia da condividere.

A questo punto mi pare necessario mettere in campo delle proposte praticabili a garanzia della peculiarità della professione medica, ma soprattutto a garanzia della qualità dell'assistenza e della salute dei pazienti.

Allora per il ruolo del medico di famiglia credo sia indispensabile organizzare un sistema di supporto amministrativo ed infermieristico completo ed a pieno regime su tutto il territorio nazionale.

Liberato dalle incombenze burocratiche - amministrative il medico "dovrà" tornare a fare il clinico, a visitare i pazienti in studio o a domicilio e fornire tutta quell'assistenza medica che la sua preparazione gli consente.

Allo stesso modo si deve garantire un costante collegamento con le varie strutture ospedaliere, siano esse Hub o Spoke, anche coinvolgendo le strutture di Direzione sanitaria che, opportunamente dotate di risorse umane e tecnico - strumentali, facciano da costante ponte tra la medicina di famiglia e quella ospedaliera.

Negli ospedali si devono rivedere il ruolo e le funzioni degli specialisti ed anche in tale sede si deve affiancare il clinico con supporto amministrativo e di segreteria per gestire gli aspetti burocratici, logistici e di budget.

Forse tale compito poteva essere assunto dai dipartimenti ospedalieri, ma, fino ad ora, questi sono stati utilizzati più per "complicare" le attività cliniche delle varie specialità laddove la direzione stessa del dipartimento, affidata alla sola discrezionalità della Direzione generale, venisse gestita in maniera "forte".

Ancora, il ruolo dei farmacisti ospedalieri dovrebbe entrare con forza maggiore nella gestione della terapia medico - farmacologica per i degenti con sicuro vantaggio per tutti, dai clinici ai pazienti ed anche al budget.

Altre situazioni sanitarie organizzative richiederebbero una rivisitazione. Penso al sistema di prenotazione unificato regionale (e penso alla "Corazzata Potemkin" di Fantozziana memoria), le strutture di Medicina d'urgenza ed accettazione, create sulla falsa riga dei "medici della prima ora" degli ospedali USA e che sovente si trasformano in medici delle 48 ore non per responsabilità dei singoli medici, ma piuttosto per mancato coordinamento tra i vari attori del sistema.

Ci sono un sacco di proposte da elaborare ed auguriamoci di poterlo fare.

Grazie per l'ospitalità.

Galletto dr. Luciano



L'ECOGRAFIA TORACICA NEL FOLLOW UP DEI PAZIENTI CON PREGRESSA INFEZIONE DA COVID-19.

Le manifestazioni bronco polmonari da infezione Covid-19 sono caratterizzate, al livello polmonare, dalla presenza di alterazioni a carattere interstiziopatico o addensamenti parenchimali tipicamente multifocali, bilaterali, con diffusione prevalente ai campi medio basali in sede mantellare.

La TC Torace ad alta definizione (HRCT), per l'alta sensibilità e specificità nella ricerca delle alterazioni interstiziali e parenchimali polmonari Covid correlate, è considerato l'esame gold standard per la diagnosi, la stadiazione ed il monitoraggio evolutivo delle alterazioni patologiche stesse (1,2,3,4,5,6).

Il ruolo dell'ecografia toracica, come complemento nella diagnosi delle polmoniti da Covid-19 in ambito di emergenza/urgenza, è ormai riconosciuto dalla letteratura internazionale (7,8).

La possibilità di utilizzo rapido, al letto del malato, con risposta immediata al quesito clinico specifico, l'assenza di radiazioni e la possibilità di ripetizione nel tempo (con conseguente possibilità di utilizzo in pazienti pediatrici o donne in gravidanza) associata ad una elevata sensibilità nella ricerca di lesioni pleuropolmonari Covid-19 correlate (di poco inferiore alla sensibilità della TC polmonare) hanno fatto di questo accertamento un valido strumento sia in fase di sospetto diagnostico precoce che di monitoraggio della malattia, nonché dell'andamento terapeutico in corso di malattia e nel follow up post dimissione dei pazienti affetti da polmonite Covid-19 correlata (9,10).

Per le stesse motivazioni l'ecografia toracica si presta ad un utilizzo territoriale/ambulatoriale ed è attualmente riconosciuta come valido complemento diagnostico preospedaliero unitamente alla valutazione clinica dei pazienti Covid visitati a domicilio dai medici delle Unità speciali di continuità assistenziale o dai medici di assistenza primaria specificamente formati (11).

Immagine 1:
linee B (a sinistra)

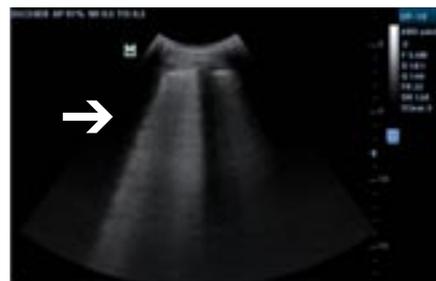


Immagine 2:
linee B con raccolta
liquida centimetrica
sub pleurica (a destra)



Nei pazienti con polmonite Covid-19, in fase iniziale anche preclinica, sono state identificate una serie di alterazioni pleuro polmonari che si ripetono nella maggior parte dei pazienti esaminati che, nel loro insieme, in periodo pandemico, possono identificare uno specifico pattern ecografico Covid-19 (pattern ecografico Covid like) (12,13,14).

Dr. Carignano Gianpaolo, specialista in Malattie dell'apparato respiratorio, MMG in Cuneo



Queste alterazioni del quadro ecografico, rispetto al quadro ecografico "fisiologico", sono caratterizzate dalla presenza di reperti ecografici patologici in genere multipli, bilaterali, multidistrettuali prevalentemente localizzati ai campi polmonari medio inferiori e postero laterali.

Le alterazioni repertate consistono in: ispessimenti, irregolarità ed interruzioni della linea pleurica, presenza di linee B multifocali (immagine 1) separate o confluenti, piccoli consolidamenti o piccole raccolte liquide sub pleuriche (immagine 2), rari consolidamenti di dimensioni maggiori, che risultano scarsamente vascolarizzati alla valutazione eco doppler (15,16).

In un recente studio eseguito dal Dipartimento Emergenza Urgenza delle Molinette di Torino diretto dal professor E. Lupia, 208 pazienti afferiti al DEA delle Molinette con sintomatologia respiratoria sospetta per infezione da Covid -19, nel periodo novembre/dicembre 2020, sono stati sottoposti all'ingresso a tampone nasofaringeo per Covid -19 unitamente ad uno studio ecografico del torace secondo protocollo LUS.

Lo studio ecografico è risultato positivo per il riscontro di alterazioni pleuroparenchimali tipiche per polmonite Covid, anche iniziale, nel 20% di pazienti risultati negativi al tampone di ingresso e nei quali la diagnosi di infezione è stata successivamente confermata nel corso del ricovero ospedaliero (17).

In alcuni recenti lavori della letteratura, per la persistenza di alterazioni ecografiche anche al di là della fase acuta di malattia, lo studio ecografico del torace è stato inserito tra gli accertamenti di follow up dei pazienti con pregresso ricovero per polmoniti Covid-19 correlate (18,19,20,21).

In periodo pandemico ho eseguito ambulatorialmente alcune centinaia di ecografie toraciche a pazienti con pregressa malattia polmonare Covid -19 nota dopo negativizzazione del tampone, pazienti con storia clinica di contatti sospetti per possibile infezione o malattia Covid correlata pregressa (ancorché in assenza di conferma con tampone positivo), soggetti con tamponi nasofaringei per Covid 19 anche ripetutamente negativi ma a rischio professionale per infezione da Covid 19 (tamponi eseguiti periodicamente come controllo in operatori sanitari).

In questo studio, nel periodo dicembre 2020/maggio 2021, sono stati valutati 66 pazienti, 36 femmine (età media 50 - 57) 30 maschi (età media 58 - 96) con precedente infezione da Covid 19 (certificata da positività del tampone) seguita da malattia respiratoria con gradi diversi di gravità (55 pazienti) oppure pazienti con tampone positivo ma asintomatici (11 pazienti, risultati positivi al test Covid -19, eseguito per contatto o convivenza con pazienti positivi e malati).

La valutazione ecografica è stata effettuata in periodo variabile tra i 30 e 90 giorni dalla negativizzazione del tampone Covid -19 di chiusura.

Lo studio ecografico di ogni paziente è stato eseguito seguendo il protocollo LUS (Lung Ultrasound Score), con utilizzo di ecografo mindry dp 10 e sonda ecografica convex a frequenze di 3-4 MHz con ricerca e mappatura topografica di modificazioni

ecografiche compatibili con alterazione pleurica e/o interstiziale Covid correlata del torace (linee B multifocali e bilaterali, addensamenti parenchimali sub pleurici). I due emitoraci sono stati suddivisi ciascuno in sei campi di studio (2 anteriori + 2 laterali + 2 posteriori) che sono stati sistematicamente esaminati con mappatura topografica delle alterazioni pleuriche o interstizio parenchimali evidenziate (immagine 3). In base alla bilateralità o monolateralità delle lesioni riscontrate ed alla numerosità dei campi ecografici interessati, i pazienti sono stati successivamente suddivisi in tre gruppi (campi ecografici interessati: da 0-3, da 4-6, > 6).

Risultati

Nei pazienti valutati con pregresso Covid-19 sintomatico entro i tre mesi dalla guarigione clinica e negatizzazione del tampone nasofaringeo si è evidenziata allo studio ecografico del polmone secondo protocollo LUS la presenza di un pattern ecografico "Covid like" (alterazioni multiple > 4 e bilaterali) nell' 83% dei casi, senza significative differenze tra maschi e femmine.

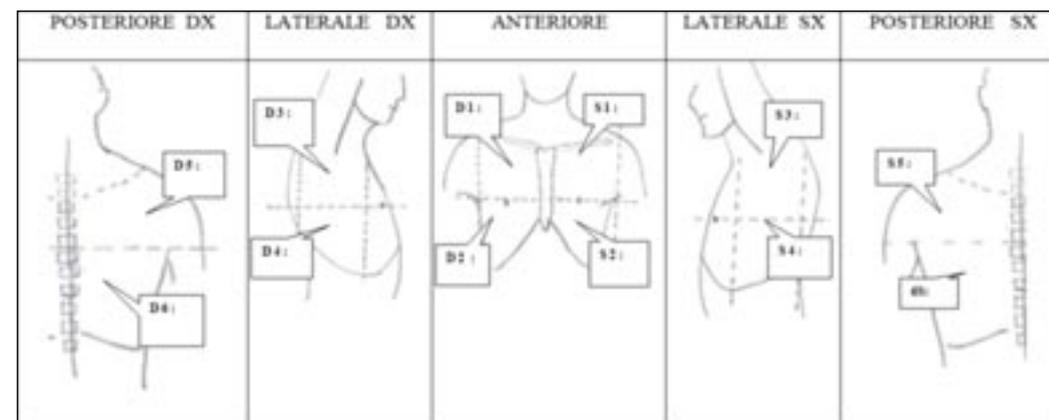
Anche nei pazienti asintomatici, conviventi con pazienti malati e positivi al tampone, si è evidenziato un pattern ecografico Covid like in una analoga percentuale (80% dei casi in una casistica di soli 11 pazienti, grafici 1,2,3,4).

Conclusioni

Questo studio evidenzia come nella maggior parte (80 - 83%) dei pazienti esaminati con pregressa infezione Covid-19 sintomatica o asintomatica, nel periodo compreso tra 30 e 90 giorni dopo la negatizzazione del tampone naso faringeo, sia possibile riscontrare persistenti alterazioni ecografiche pleuro parenchimali Covid correlate (pattern ecografico "Covid like").

L'ecografia toracica, per la praticità di utilizzo anche territoriale, i bassi costi e l'assenza di effetti collaterali di rilievo, potrebbe essere utilizzata nel follow up dei pazienti con pregressa infezione broncopolmonare da Covid-19 come complemento alla clinica ed alle valutazioni funzionali.

Il riscontro all' ecografia toracica di alterazioni pleuropolmonari con pattern "Covid like" in pazienti con sospetto di infezione pregressa asintomatica (a rischio di infezione per cause lavorative o contatti a rischio), ancorché in assenza di tampone rinofaringeo positivo, associato alla presenza di un esame sierologico per Covid-19 positivo, potrebbe essere un utile complemento diagnostico per identificare pazienti con pregressa infezione o malattia polmonare Covid-19 correlata, patologie asintomatiche o paucisintomatiche e non diagnosticate in fase acuta (per mancata esecuzione di tampone, falsa negatività o negatizzazione del tampone al momento del prelievo), permettendo di ottimizzare e razionalizzare ulteriormente le risorse vaccinali della campagna in corso.



CLASSI DI PAZIENTI PER NUMERO DI DISTRETTI POLMONARI INTERESSATI DA LESIONI

grafico 1

tutti i pazienti
■ 0-3 ■ 4-6 ■ > 6

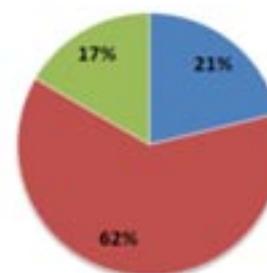


grafico 2

pazienti asintomatici
■ 0-3 ■ 4-6 ■ > 6

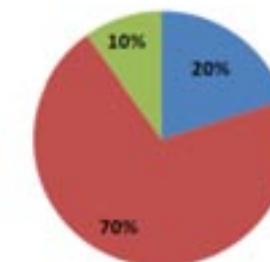


grafico 3

pazienti di sesso femminile
■ 0-3 ■ 4-6 ■ > 6

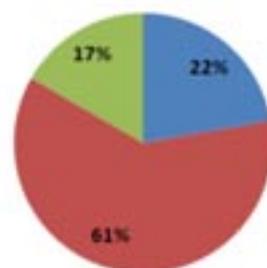
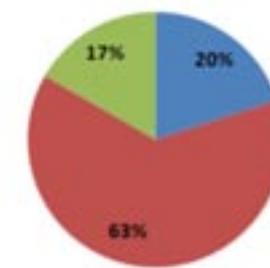


grafico 4

pazienti di sesso maschile
■ 0-3 ■ 4-6 ■ > 6



Bibliografia

- 1) D'Andrea et al. "L'imaging integrato nel percorso del paziente COVID-19: dalla diagnosi, al monitoraggio clinico, alla prognosi". G. Ital. Cardiol. Vol 21, n 5:345-353
- 2) Pata D. et al. "Chest Computed Tomography and Lung Ultrasound Findings in COVID-19 Pneumonia: A Pocket Review for Non-radiologists" Front Med Losanna). 2020; 7: 375. Pubblicato online il 26 giugno 2,2020. doi: 10.3389/fmed.2020.00375
- 3) Larici e al. "Multimodality imaging of COVID-19 pneumonia: from diagnosis to follow up. A comprehensive review" Europ.Journ.of Radiology - 2020
- 4) Zhao et al. "Correlation between chest ct findings and clinical conditions of coronavirus, disease (COVID-19) pneumonia: a multicenter study AJR 2020
- 5) Yang W. et al "The role of imaging in 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19)" Eur Radiol. 2020; 30(9):4874-4882.
- 6) Zheng Q et al "Clinical and radiological features of novel coronavirus pneumonia." Xray Sci Technol. 2020;28(3): 391-404
- 7) Peng QY et al. "Findings of lung ultrasonography of novel Coronavirus pneumonia during the 2019 - 2020 epidemic", Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). Intensive Care Med. 2020 Mar 12
- 8) Tung-Che Y. et al "Ultrasound Med Biol." 2020 Nov; 46(11): 2918-2926.
- 9) "The role of lung ultrasound in COVID-19 disease" European Society of Radiology (ESR) Insights into Imaging volume 12, Article number: 81 (2021)
- 10) Volpicelli G. et al "Lung ultrasound for the early diagnosis of COVID-19 pneumonia: an international multicenter study" intensive Care Medicine volume 47, pages 444 - 454 (2021)
- 11) Eco polmonare domiciliare nella Polmonite da Coronavirus 2/04/2020 PROTOCOLLO AIPO, Giampietro Marchetti, MD, 02 Aprile, 2020, AIPO - ITS
- 12) Peng QY et al. "Findings of lung ultrasonography of novel Coronavirus pneumonia during the 2019 - 2020 epidemic", Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). Intensive Care Med. 2020 Mar 12
- 13) Nouvenne A. et al. "Respiration"; 2020;99(7): 617 - 624
- 14) Allinovi M. et al "Lung Ultrasound May Support Diagnosis and Monitoring of COVID-19 Pneumonia", Ultrasound Med Biol. 2020 Nov; 46(11): 2908 - 2917.
- 15) Pecho-Silva Set al. "Ultrasound Med Biol." 2021 Aug; 47(8): 1997 - 2005
- 16) Yi Huang et al "A preliminary study on the ultrasonic manifestations of peripulmonary lesions of non-critical novel coronavirus pneumonia (COVID-19).", February 2020 DOI: 10.21203/rs.2.24369/v1, Department of Ultrasound, Xi'an Chest Hospital
- 17) Pivetta et al. "Lung Ultrasonography for the Diagnosis of SARS-CoV-2 Pneumonia", Annals of Emergency Medicine Volume 77, no. 4: April 2021 (385 - 394)
- 18) A. d'Andrea et al. "L'imaging integrato nel percorso del paziente con COVID-19: dalla diagnosi, al monitoraggio clinico, alla prognosi", G Ital Cardiol 2020; 21(5): 345 - 353
- 19) Mafort T. et al "One-month outcomes of patients with SARS-CoV-2 infection and their relationships with lung ultrasound signs", The Ultrasound Journal volume 13, Article number: 19 (2021)
- 20) A.O.Peixoto et al. "Applicability of lung ultrasound in COVID-19 diagnosis and evaluation of the disease progression: A systematic review", Pulmonology -22/03/2021- S2531-0437(21)00050-7.
- 21) Gaspardone et al. "Lung Ultrasound in COVID-19 A Role Beyond the Acute Phase?", J Ultrasound Med. 2021 mar; 40(3): 503 - 511.



MEDICO E MISSION(E)

Leonardo Lucarini

"*Mission*" è un vocabolo inglese che ben sintetizza, nel caso della professione medica, il compito di ogni medico, perché esso lega, senza l'enfasi che siamo abituati ad attribuire al termine analogo della nostra lingua, la sua attività ad *un dovere intrinseco scelto coscientemente*.

Questa accezione, peraltro, tende oggi sempre più ad assumere un contenuto tecnicistico e sembra via via svuotare l'azione medica dei suoi peculiari aspetti "semplicemente" umani.

Le cause di questo fenomeno sono molteplici, ma vanno ricondotte essenzialmente a due fattori principali.

Da un lato il notevole incremento di mezzi diagnostici sempre più sofisticati ha portato di fatto i medici a ridurre l'attitudine personale all'approccio clinico tradizionale e, a mio avviso ingiustificatamente, a relativizzarne la specifica importanza. La tendenza ad affidarsi, spesso quasi ciecamente, al reperto strumentale può recare e, purtroppo spesso reca, alla rinuncia ad un processo diagnostico unitario che veda all'opera un soggetto responsabile, capace di un'analisi complessiva dei dati raccolti e di una sintesi tarata sul malato e non sulla singola patologia rilevata anche solo accidentalmente. Sarebbe come se si dimenticasse che questo, e solo questo, è, e deve essere, il momento costitutivo insostituibile di un affidabile rapporto medico paziente: nella mia lunga esperienza professionale, per adempiere a pieno alla parte che gli compete in questa relazione, il curante, nel formulare al malato una proposta terapeutica con la relativa valutazione del rapporto

rischi/benefici, dovrebbe non ritenersi assolto nel limitarsi al comunicare il mero aspetto tecnico, ma, ove necessario od opportuno, cercare di conseguire una vera e propria, anche minima, dimensione empatica.

Personalmente ho sempre ritenuto irrinunciabile dedicare un tempo adeguato alla comunicazione considerandolo un accessorio fondamentale della mia azione terapeutica: estenderlo nella fase preoperatoria fino al momento del sopraggiungere degli effetti della narcosi e destinarli tutta la premura opportuna in quella del decorso postoperatorio ha, nella mia esperienza, contribuito, in una percentuale significativa, al successo tecnico complessivo della stessa. A convalidare questa affermazione può concorrere il rilievo che, nell'incontrare occasionalmente a distanza di anni qualche paziente da me curato, mi è capitato spessissimo di sentirmi citare una mia frase a lui dedicata in una delle fasi del nostro complessivo rapporto terapeutico: semplici parole rimaste nella sua memoria come talmente significative da arrivare quasi a superare l'entità tecnica dell'intervento da lui subito.



Nel corso degli anni nei quali, limitandomi all'attività di volontariato missionario, ho rinunciato in Italia all'esercizio professionale di chirurgo ho dovuto constatare la progressiva ingravescenza dell'abbandono di questa condotta trovandomi ad essere intensamente e ripetutamente coinvolto in un'attività benevola di supplenza integrativa da parte di parenti, amici, ex pazienti e relativi conoscenti disorientati da un complesso iter di esami e molteplici consulenze specialistiche conclusosi con una scarsa informazione relativa all'indicazione terapeutica. Lo stesso tipo di carenza si è protratto spesso nel corso stesso della procedura terapeutica e nelle sue fasi successive.

Contestualmente a questo fenomeno, la sempre maggiore disponibilità di risorse terapeutiche farmacologiche o fisiche e di metodiche chirurgiche più o meno invasive ha visto crescere da parte dei pazienti l'aspettativa di guarigione fino a renderla quasi un diritto, se non addirittura una sorta di "pretesa", che sembra prescindere da una indispensabile consapevolezza dell'entità e della natura stessa dell'affezione. Un atteggiamento che, affiancato dal moltiplicarsi delle super-specializzazioni, ha favorito la "tentazione" dei medici di limitarsi ad un ruolo esclusivo nella risoluzione dei singoli problemi di loro competenza e ad occuparsi prevalentemente dei casi potenzialmente guaribili, con la tendenza crescente a evitare di lasciarsi coinvolgere da quelli che non godono purtroppo di questa prospettiva.

Queste attitudini tendono ad alimentarsi sempre più scambievolmente e possono di fatto indurre il medico a dimenticare che *l'impegno del curare non è meno importante, e soprattutto non decade, anche nel momento in cui egli matura la convinzione tecnica e la coscienza umana di non poter guarire.*



Per contrastare la frustrante sensazione di impotenza che si accompagna a queste situazioni, e superare l'imbarazzo e la tentazione della "fuga" dal *prendersi comunque efficacemente cura* del paziente, occorre richiamare a sé stessi lo stretto legame tra la propria "mission" ed un *dovere intrinseco scelto coscientemente* nell'accettarla.

In questo modo, riesaminando il mio lungo ininterrotto cammino di maturazione professionale, sono arrivato alla constatazione che di fronte ad un malato non guaribile o addirittura terminale, soprattutto se destinato ad un verosimilmente lungo periodo di convivenza con la sua infermità, tanto meno strumenti tecnici si hanno a disposizione tante più parole di qualità dovrebbero essergli dedicate. Tale compito, non meno nobile ed arduo di qualunque complessa procedura terapeutica, richiede senz'altro una disposizione naturale, ma, se assunto e vissuto con la dovuta sensibilità ed intelligenza interpretativa, consente di acquisire una competenza efficace ad accompagnare il paziente nel difficile percorso del declino dell'esistenza verso il momento più o meno prossimo del suo fine vita.

VACCINAZIONE COVID IN ETÀ PEDIATRICA E ADOLESCENZIALE

Marina Vallati



Ormai in tutte le regioni Italiane sono aperte le adesioni per la vaccinazione Covid-19 anche a partire dai 12 anni d'età, compresa la regione Piemonte in cui si vaccina da circa un mese attraverso gli Open Day Junior e le preadesioni su portale ilPiemontetivaccina.it. In quest'ultimo caso, per quanto riguarda l'ASLCN1, l'adolescente viene vaccinato dal Pediatra di Libera Scelta presso gli Hub dell'Azienda Sanitaria. Inoltre, è già in corso la sperimentazione della vaccinazione Covid per età al di sotto dei 12 anni ed è previsto l'avvio della campagna vaccinale per quella fascia di età entro fine 2021 inizio 2022.

In Europa sono due i vaccini contro il Covid-19 raccomandati dall'Agenzia del farmaco (EMA) per i ragazzi a partire dai 12 anni: **Spikevax**, prodotto da **Moderna**, e **Comirnaty**, prodotto da **Pfizer-BioNTech**.

Si tratta di **vaccini a mRNA**, sino a poche settimane fa approvati, rispettivamente, a partire dai 18 e dai 16 anni. Le modalità di somministrazione dei vaccini sono le stesse previste per gli adulti. L'Agenzia Italiana del Farmaco ha approvato l'estensione delle indicazioni terapeutiche per Comirnaty il 31 maggio e per Spikevax il 28 luglio 2021. Il via libera di EMA è arrivato dopo la valutazione dei risultati dei farmaci su una popolazione di giovanissimi. Nel caso di **Comirnaty** è stato considerato lo studio di oltre duemila bambini e ragazzi fra i 12 e i 16 anni. La **risposta immunitaria** indotta dal farmaco (misurata con il livello di anticorpi circolanti) è risultata analoga a quella della fascia 16-25 anni. A un migliaio di bambini è stato iniettato il vaccino, a un altro migliaio un placebo. Nel primo gruppo nessuno ha

sviluppato Covid-19 (0 su 1.005), nel secondo 16 su 978. L'efficacia registrata è quindi del 100 per cento nel prevenire la malattia, ma l'Agenzia italiana del farmaco precisa che «il tasso reale potrebbe essere compreso tra il 75% e il 100%». Per Spikevax, EMA ha considerato i dati su 3.732 bambini fra i 12 e i 17 anni. Anche qui la risposta anticorpale e l'efficacia del vaccino si sono confermate simili a quelle riscontrate nei giovani adulti. Nessuno dei 2.163 bambini vaccinati ha sviluppato Covid-19, contro 4 bambini sui 1.073 che hanno ricevuto il placebo. Anche nel caso degli **effetti indesiderati**, non sembrano esserci differenze rilevanti fra i giovanissimi e gli adulti. Fra i più frequenti, dolore nel sito di iniezione, mal di testa, stanchezza, dolori articolari o muscolari, febbre, brividi, talvolta nausea. Si tratta di disturbi che, se si presentano, sono di lieve o moderata entità e si risolvono nell'arco di pochi giorni. L'Agenzia europea ha concluso che, anche a partire dai 12 anni, i vaccini portano benefici che superano in modo significativo i rischi, soprattutto per i ragazzi più vulnerabili di fronte a Covid-19.



EMA, inoltre, ha preso in considerazione i casi di **miocardite** e di **pericardite** segnalati dopo **vaccinazione** con Comirnaty e Spikevax. Cosa sappiamo? Ema ha analizzato casi di miocardite registrati in Europa, 145 in persone vaccinate con Comirnaty e 19 con Spikevax (rispettivamente su 177 milioni di dosi e su 20 milioni di dosi iniettate in Europa al fine maggio).

I casi di miocardite analizzati dopo vaccinazioni Covid-19 nei ragazzi hanno avuto un decorso simile a quello tipico di questa infiammazione, risolti nella quasi totalità dei casi col riposo e con le cure opportune. I sintomi si sono verificati entro 14 giorni dalla vaccinazione, perlopiù in giovani maschi. Dato che aumenta il numero degli adolescenti vaccinati, raccomanda EMA, è utile sapere che in circostanze **molto rare** può verificarsi questo problema e occorre consultare un medico se si presentano i seguenti sintomi: ritmo respiratorio e battito cardiaco alterato, dolore al petto. Naturalmente, come previsto dalla farmacovigilanza, il monitoraggio prosegue.

Il Comitato per la valutazione del rischio in farmacovigilanza ha esaminato anche i dati provenienti dall'estero. Negli USA, dove i ragazzi fra i 12 e i 17 anni vaccinati sono milioni (il 30 per cento della popolazione in quella fascia d'età, a fine giugno) i CDC, Centers for Disease Control and Prevention, hanno soppesato i rischi e i benefici della vaccinazione Covid-19 a quest'età. Per ogni milione di seconde dosi di vaccino, in un periodo di 120 giorni si avrebbero dai 64 ai 79 casi di miocardite, ma si eviterebbero 14.200 casi di Covid-19, 398 ricoveri, 109 ricoveri in terapia intensiva e 3 decessi.

Al momento, circa **la metà dei Paesi europei** ha deciso di **estendere ai 12 anni l'età minima per la vaccinazione anti Covid-19**. Oltre all'Italia la Francia, la Spagna, l'Austria, la Slovenia, l'Ungheria, la Cechia, la Slovacchia, la Danimarca, la Svizzera, la Romania, la Bulgaria, la Lituania, la Lettonia e l'Estonia. Altri (Germania, Regno Unito, Paesi Bassi, Belgio, Svezia, Finlandia) raccomandano la vaccinazione solo ai bambini in condizioni di vulnerabilità di fronte al Covid-19 o che vivono con persone fragili. Grecia, Cipro, Croazia, Irlanda, Islanda, Norvegia e Ucraina, con diversi minimi d'età dai 15 ai 18 anni, per ora non hanno esteso il vaccino ai bambini (dati Sky News).

Le diverse società scientifiche che raccolgono i pediatri in Italia si sono espresse in maniera concorde, in queste settimane, a favore della vaccinazione dei ragazzi a partire dai 12 anni. «Anche se la fascia pediatrica dai 12 anni in su risulta essere tra quelle meno colpite dal Sars-CoV-2, recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato in tale fascia di età la presenza di gravi complicanze» dichiara la Società italiana di pediatria (SIP), che raccomanda la vaccinazione «per tutti i bambini e gli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni privi di controindicazioni per gli specifici vaccini autorizzati per età».

I problemi seri causati dall'infezione di Covid-19 **sono rari, ma esistono**, e si sa poco delle sequele a medio-lungo termine dell'infezione, compresi la **sindrome infiammatoria multisistemica MIS-C** e il **long Covid**.

Se il primo obiettivo è non far sviluppare la malattia ai bambini, i pediatri sottolineano, però, anche ragioni di salute pubblica: «la fascia di età pediatrica e adolescenziale può fungere da serbatoio per la diffusione del virus nell'intera popolazione, pertanto

il secondo obiettivo verrà raggiunto implementando un'offerta vaccinale universale che aiuterà notevolmente a ridurre non solo la circolazione dello stesso virus, ma soprattutto il rischio di generare varianti potenzialmente più contagiose o capaci di ridurre l'efficacia degli stessi vaccini in uso».

Un terzo ordine di ragioni ha infine a che fare con la salute intesa in senso più ampio: la vaccinazione è una misura necessaria (certo non sufficiente ma necessaria) per dare la possibilità di tornare a scuola in presenza e ad una vita sociale più completa a bambini e ragazzi che hanno già pagato un prezzo elevato alla pandemia.

Ma quali sono le domande più frequenti che i genitori pongono al loro Pediatra di Famiglia? Seguono le relative risposte riassunte in un documento pubblicato in dalla SIP (Società Italiana di Pediatria).

È sicuro per mio figlio fare il vaccino Covid?

Sì. Gli studi dimostrano che i vaccini COVID-19 sono sicuri ed efficaci. Come gli adulti, dopo la vaccinazione contro il COVID-19, i ragazzi possono avere alcuni effetti collaterali locali (dolore, gonfiore) o generali (febbre, malessere), che hanno breve durata (uno - due giorni). I ragazzi di età pari o superiore a 12 anni possono ora essere vaccinati contro COVID-19. La sicurezza di vaccini COVID-19 è stata attentamente monitorata inclusi studi nella fascia di età dai 12 anni in su. Suo figlio non può ammalarsi di COVID-19 vaccinandosi.

Perché dovrei far vaccinare mio figlio?

Dopo aver effettuato il vaccino si possono avere alcuni effetti collaterali, che sono normali segni che il corpo sta costruendo una protezione contro la malattia. Gli effetti collaterali comuni sono dolore, arrossamento e gonfiore al braccio in cui si è fatta l'iniezione, nonché stanchezza, mal di testa, dolori muscolari, brividi, febbre e nausea. Questi effetti collaterali potrebbero influire sulla capacità di svolgere le attività quotidiane, ma scompaiono in poche ore o giorni.

Le Agenzie regolatorie e la comunità scientifica continuano la sorveglianza per il rapido riconoscimento e la gestione di eventuali eventi avversi correlati al vaccino.

Quanto dura la protezione conferita dal vaccino?

Sono in corso studi per valutare la durata della protezione e la necessità di un richiamo per coloro che sono vaccinati. Quello che sappiamo è che COVID-19 ha causato malattie molto gravi e decessi in molte persone. Se si contrae la malattia COVID-19, il rischio di trasmetterla a persone care che potrebbero ammalarsi gravemente è molto alto. Effettuare la vaccinazione è la scelta più sicura per sé stessi e per i propri cari.

Esiste un intervallo minimo da rispettare tra la vaccinazione Covid-19 e tutte le normali vaccinazioni?

Sì. Il vaccino COVID-19 va somministrato da solo, con un intervallo minimo di 14 giorni prima o dopo la somministrazione di qualsiasi altro vaccino. Tuttavia, è possibile somministrare vaccini COVID-19 e altri vaccini entro un periodo più breve

in situazioni in cui si ritiene che i benefici della vaccinazione superino i potenziali rischi non noti della co-somministrazione del vaccino (come la vaccinazione contenente tossoide tetanico come parte della gestione delle ferite, morbillo o vaccinazione contro il meningococco post esposizione) o per evitare di ritardare la vaccinazione COVID-19. Se i vaccini COVID-19 vengono somministrati entro 14 giorni da un altro vaccino, le dosi dei due vaccini non vanno ripetute. Sono in corso studi per valutare l'efficacia dei vaccini mRNA contro le varianti emergenti di SARS-CoV-2, che ad oggi documentano la protezione verso alcune varianti. Al momento non è comunque possibile una generalizzazione ampia sulla protezione del vaccino contro le varianti. Da un punto di vista pratico, la scoperta di queste varianti non cambia le raccomandazioni di base per la vaccinazione. In particolare, non è consigliabile che le persone attendano un vaccino nuovo o modificato nella speranza che sia più efficace contro le varianti emergenti di SARS-CoV-2.

I vaccini bloccano la trasmissione del virus sars-cov-2?

Studi recenti hanno evidenziato che il vaccino è in grado di ridurre la probabilità di trasmettere l'infezione ad altri. In un ampio studio osservazionale condotto in Israele, coloro che erano stati vaccinati avevano una riduzione del 90% del rischio di infezione asintomatica rispetto a quelli non vaccinati. Inoltre, tra coloro che contraggono l'infezione dopo la vaccinazione, sembra che le cariche virali siano inferiori rispetto alle persone infette che non sono state vaccinate. Una carica virale inferiore, molto probabilmente, porta a un rischio ridotto di trasmissione. Questi dati incoraggianti confermano quanto già noto per gli altri vaccini, come ad esempio quello contro il morbillo, efficace anche per prevenire la trasmissione dell'infezione.

Da notare che, anche se i vaccini riducono il rischio di trasmissione, non possiamo dire che lo eliminano: l'effetto protettivo non sarà mai del 100%. Di conseguenza, fino a quando il numero dei casi non sarà diminuito e una percentuale maggiore della popolazione non avrà ricevuto i vaccini, dobbiamo ricordare che la vaccinazione non ci consente di interrompere altre importanti misure per prevenire la diffusione del virus SARS-CoV-2. Indossare la mascherina, mantenere la distanza dagli altri, lavarsi spesso le mani ed evitare ambienti interni affollati rimangono strategie cruciali per ridurre il rischio di ammalarsi.

Gli studi clinici sono stati abbreviati per avere presto questi vaccini?

Gli studi che hanno portato alla messa a punto dei vaccini COVID-19 non hanno saltato nessuna delle fasi di verifica dell'efficacia e della sicurezza previste per lo sviluppo di un medicinale; anzi, questi studi hanno visto la partecipazione di un numero assai elevato di persone, circa dieci volte superiore a quello di studi analoghi per lo sviluppo di altri vaccini. La rapida messa a punto e approvazione si deve alle nuove tecnologie, alle ingenti risorse messe a disposizione in tempi molto rapidi e a un nuovo processo di valutazione da parte delle Agenzie regolatorie, che hanno valutato i risultati man mano che questi venivano ottenuti e non, come si faceva precedentemente, solo quando tutti gli studi erano completati.

Come viene rilevata l'assenza di controindicazioni alla vaccinazione?

Prima della vaccinazione il personale sanitario pone una serie di semplici ma precise domande, utilizzando una scheda standardizzata e valuta se la vaccinazione possa essere effettuata o debba essere rinviata. Con queste domande infatti il personale sanitario può verificare la presenza di controindicazioni o precauzioni particolari.

Possono vaccinarsi i ragazzi con allergie respiratorie (rinite, congiuntivite, asma bronchiale)?

Le persone che soffrono o hanno sofferto di allergia respiratoria possono vaccinarsi, rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti dopo l'iniezione. L'eventuale trattamento antiallergico in corso non deve essere sospeso. In corso di immunoterapia specifica, il vaccino va somministrato con un intervallo di 48 ore.

Possono vaccinarsi i ragazzi con asma bronchiale persistente grave?

Per chi soffre di asma bronchiale persistente grave ben controllato dalla terapia è raccomandata la vaccinazione con osservazione prolungata a 60 minuti. In caso di asma non controllata la somministrazione del vaccino va rinviata fino a quando la situazione clinica non sia di nuovo sotto controllo. Se il controllo dell'asma non viene raggiunto nonostante la terapia ottimale, può essere considerata la vaccinazione in ambiente protetto (ospedaliero) con osservazione per 60 minuti.

Possono vaccinarsi i ragazzi con allergie alimentari?

Le persone con allergie alimentari possono vaccinarsi rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti dopo l'iniezione. Chi ha presentato in precedenza reazioni allergiche gravi (anafilassi) agli alimenti deve rimanere sotto controllo medico per 60 minuti.

Possono vaccinarsi i ragazzi con allergie a farmaci o ai loro eccipienti?

Chi ha allergie ai farmaci può vaccinarsi rimanendo in osservazione, come tutti, per 15 minuti dopo l'iniezione. Chi ha presentato in precedenza reazioni allergiche gravi (anafilassi) a farmaci deve rimanere sotto controllo medico per 60 minuti. Le persone con sospetta allergia grave agli eccipienti polietilenglicole (PEG), macrogol, polisorbato, prima di ricevere il vaccino COVID-19 devono essere indirizzate a uno specialista allergologo.

Possono vaccinarsi i ragazzi con allergie da contatto (dermatiti)?

Le persone con una storia di dermatite da contatto possono vaccinarsi.

Possono vaccinarsi i ragazzi con allergie al latte?

Sì, i vaccini COVID-19 attualmente in uso non contengono latte. Tuttavia, è necessario informare il centro vaccinale che si è allergici al latte in modo tale che la vaccinazione venga effettuata con materiale latex free. In caso di reazione allergica grave (anafilassi) da latte il tempo di osservazione dopo vaccinazione viene prolungato a 60 minuti.

Possono vaccinarsi i ragazzi con malattia celiaca?

I ragazzi affetti da malattia celiaca possono vaccinarsi, in quanto queste patologie non costituiscono una controindicazione alla vaccinazione.

Se mio figlio ha avuto il covid-19 ed è guarito, è necessario fare lo stesso il vaccino?

Sì, suo figlio dovrebbe essere vaccinato indipendentemente dal fatto che abbia già avuto una diagnosi di COVID-19 (tampone positivo). Questo perché non è ancora nota per quanto tempo dura la protezione dopo la guarigione.

Se si è avuta l'infezione (tampone positivo):

- bisogna aspettare 3 mesi prima di effettuare l'unica dose prevista di vaccino
- sarà sufficiente effettuare una sola dose di vaccino per garantire la massima protezione indipendentemente dai titoli anticorpali rilevati.

Se sono passati più di 6 mesi dalla malattia sarà necessario effettuare due dosi di vaccino COVID-19.

Se sono stati assunti anticorpi monoclonali o plasma convalescente per la terapia del COVID-19, è necessario aspettare 90 giorni prima di effettuare il vaccino COVID-19. Parlate con il vostro medico se non siete sicuri di quali trattamenti avete ricevuto o se avete altre domande su come effettuare un vaccino COVID-19.

Se mio figlio ha avuto una diagnosi di Covid-19 (tampone faringeo) e presenta condizioni di immunodeficienza primitiva o secondaria a trattamenti farmacologici, è indicato fare una sola dose di vaccino?

Per i soggetti che presentano condizioni di immunodeficienza, primitiva o secondaria a trattamenti farmacologici è raccomandato fare due dosi secondo la scheda vaccinale prevista per i diversi vaccini disponibili.

Le persone che si infettano con sars-cov-2 dopo aver ricevuto la prima dose del vaccino devono ricevere la seconda dose?

Nelle persone con infezione da SARS-CoV-2 confermata con tampone dopo la prima dose di vaccino, l'infezione stessa rappresenta un potente stimolo per il sistema immunitario che si somma a quello fornito dalla prima dose di vaccino. Alla luce di questo e del fatto che l'infezione naturale conferisce una risposta immunitaria specifica per il virus, non è indicato somministrare a queste persone la seconda dose vaccinale. La vaccinazione parziale e la successiva infezione non precludono un eventuale richiamo della vaccinazione anti COVID-19 nel futuro, se i dati sulla durata della protezione immunitaria indicheranno questa necessità.

E I DUBBI PIÙ DIFFUSI?**Perché vaccinare i bambini e i ragazzi, se non si ammalano gravemente e sostanzialmente non corrono grandi rischi?**

In effetti, la campagna vaccinale per l'età pediatrica è più complicata rispetto a quella per gli anziani e i vulnerabili: lì era chiaro a tutti che dovessero vaccinarsi, qui invece le obiezioni ci sono. La risposta del Pediatra deve essere chiara e proprio i mezzi di

comunicazione devono aiutare a dare riscontri esaustivi ad ogni dubbio, con tutte le migliori spiegazioni, soprattutto ai genitori e agli adolescenti: il nemico è il virus, mentre il vaccino è la guardia. È più sensato aver paura del nemico o della guardia? Il primo punto è quindi che non bisogna avere paura del vaccino, che di sperimentale non ha proprio nulla, perché sintetizzato con una tecnica che si usa da oltre 20 anni. E non modifica affatto il Dna, come qualcuno erroneamente afferma. Il secondo punto è che i giovani vanno vaccinati perché sono quelli che si possono controllare di meno: vogliono la loro libertà, chiedono di tornare a incontrarsi, ad avvicinarsi, a fare tardi la sera. E hanno ragione: non abbiamo idea di quanti ragazzi hanno sofferto anche drammaticamente per le restrizioni imposte dalla pandemia. Se, però, vogliono tornare a stare insieme, occorre che si vaccinino: se quando stanno insieme c'è tra loro un positivo, il virus torna a camminare nelle case e nelle strade. Abbiamo l'obbligo di interrompere questa catena con la vaccinazione di massa.

Obbligo o libertà di scelta?

La libertà non è nella scelta tra vaccinarsi o meno: la libertà è nel vaccino, perché solo la vaccinazione ci permetterà di tornare a una vita più simile a quella che avevamo prima. Da solo il vaccino non basta, per cui è bene dire anche questo: contemporaneamente dobbiamo mantenere dispositivi di protezione e distanziamento, soprattutto nei luoghi chiusi.

In generale, l'opinione dei Pediatri è che c'è disponibilità, sia tra i genitori che tra gli adolescenti alla vaccinazione Covid. Ci sono anche le resistenze, soprattutto nel ceto medio-alto acculturato, che a volte con una certa presunzione pensa di trovare risposte su internet o nei gruppi WhatsApp, che spesso diffondono cattiva informazione. Tra la correttezza scientifica e la totale fandonia (assurda per chiunque) ci sono le pericolose mezze-verità, che partendo da qualche nozione anche in sé corretta, dopo un girotondo di ragionamenti fantasiosi, arrivano a conclusioni assolutamente sbagliate. Occorre essere consapevoli che parlare di epidemie e vaccini richiede grande e specifica competenza.

Bibliografia

European medicine Agency, EMA

European Medicine Agency, EMA, Comirnaty and Spikevax: possibile link to very rare cases of myocarditis and pericarditis

Agenzia Italiana del Farmaco, Determina estensione indicazioni vaccino Comirnaty

Agenzia Italiana del Farmaco, Determina estensione indicazioni vaccino Spikevax

Agenzia Italiana del Farmaco, Vaccino anti-Covid 19 Spikevax approvato nell'UE per bambini di età compresa tra 12-17 anni

Coronavirus disease 2019 (Covid-19) Vaccines, June 23-25 Meeting, CDC

Società Italiana di Pediatria SIP

Posizione della Società Italiana di Pediatria in merito alla strategia vaccinale Covid per la fascia pediatrica e adolescenziale

Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale SIPPSS

Sabato, 25 settembre 2021

Dipartimento delle Scienze Veterinarie, Largo Paolo Braccini 2, Grugliasco (TO)

APPROCCIO ONE HEALTH PER UNA EFFICACE GESTIONE DELLE PANDEMIE

Strumenti di previsione, prevenzione e mitigazione del rischio

Il convegno si propone di esaminare le criticità emerse nel corso della pandemia da COVID con l'apporto delle varie figure professionali che hanno operato nella gestione di questa emergenza.

L'evento, riservato a Medici e Medici Veterinari, si terrà il 25 settembre 2021 presso il Dipartimento delle Scienze Veterinarie di Grugliasco (Aula B) con un massimo di 60 partecipanti. Il programma articolato in 6 ore di frequenza ha ottenuto il riconoscimento di **6 crediti a fini ECM**.



Per ottenere l'attestato di partecipazione all'evento e l'attestato crediti ECM occorre:

- la frequenza del 100% delle ore del corso
- il superamento della verifica di apprendimento (valutazione tramite questionario)
- la compilazione dei questionari di *Gradimento Docenti* e *Gradimento corso* sul Portale ECM

L'iscrizione può essere effettuata on-line collegandosi al sito della Regione Piemonte www.formazione-sanitapiemonte.it entro e non oltre il **23 settembre 2021**, fino ad esaurimento posti.

La partecipazione è gratuita per gli Associati UMVW e AGRIPiEMONTEVET. Per i non iscritti, è prevista una quota di 25,00 euro da versare all'atto della registrazione mediante bonifico bancario a UMVW IBAN: IT04A0843910201000130108468 con causale "Convegno COVID del 25 settembre 2021".

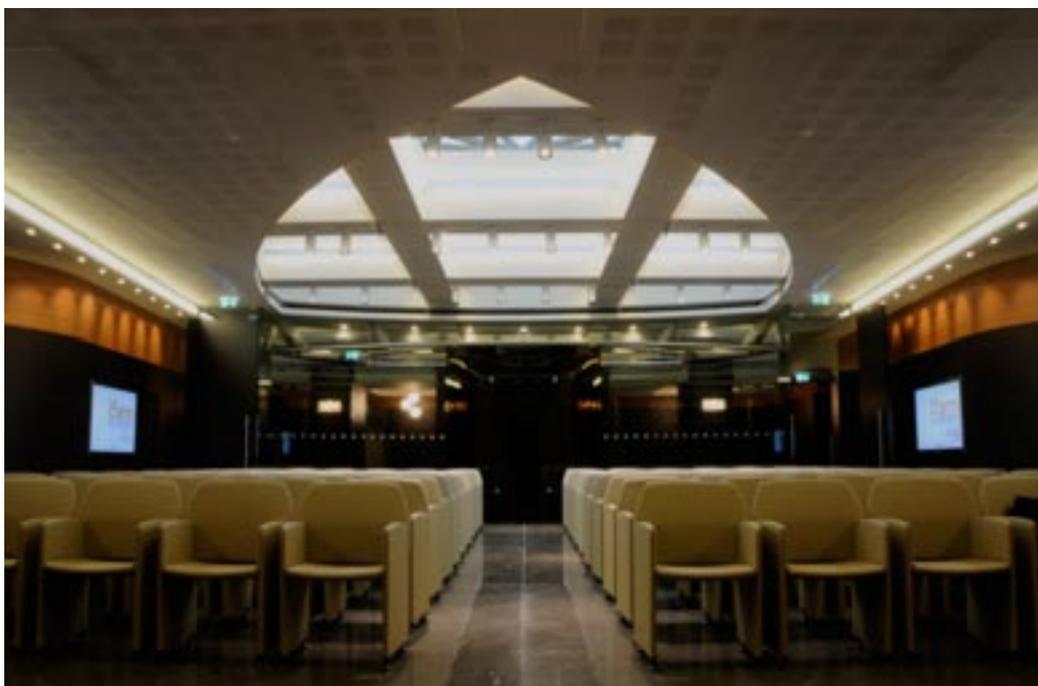
Per ulteriori informazioni o chiarimenti è possibile rivolgersi al n. 338/7711317

Responsabile scientifico:
Prof. Sergio Rosati

Segreteria organizzativa:
Dr. Barbara Laudari

29, 30 settembre - 1, 2 ottobre 2021

XII GIORNATE PIEMONTESE DI MEDICINA CLINICA 2021
XVI GIORNATE CUNEESE DI MEDICINA INTERNA
EDIZIONE VIRTUALE



La Medicina Interna svolge un ruolo insostituibile nell'attuale modello di moderno ospedale per acuti, ruolo che negli anni '80 e '90 del secolo scorso era dai più considerato marginale in un modello che era incentrato sulle Specialistiche d'organo e sulla Medicina d'urgenza. Vi fu un periodo in cui si teorizzò la fine della Medicina Interna, non più utile a gestire i pazienti in ospedale perché caratterizzata da un approccio olistico troppo generalista e priva di competenza clinica nel malato acuto. In realtà, l'epidemiologia stava indicando che proprio la Medicina Interna era la specialità indispensabile per gestire la maggior parte dei pazienti ricoverati, i quali erano acuti e polipatologici, senza quindi avere una specialità di riferimento e non tanto complicati ma bensì complessi e quindi non "scomponibili" in parti da affidare a singole specialità. Oggi, affermata l'indispensabilità della funzione internistica, va raccolta la sfida di una Medicina Interna adeguatamente strutturata nelle aree mediche dei nostri ospedali in sinergia con le specialistiche di organo e la medicina generale del territorio. Due altre sfide si sono poi delineate in questo nuovo millennio: l'aggiornamento scientifico indipendente, sempre rigorosamente basato sulle prove di evidenza, e la formazione dei giovani medici in questa disciplina. Non dimentichiamoci infine che, in un mondo scientifico sempre più iper-

trofico di tecnicismi e innovazioni, la Medicina Interna ha saputo coniugare, e sempre lo farà, la componente umanitaria, o Humanities, tenendo fede al dogmatico principio di etica ippocratica: "Se c'è amore per l'Uomo, ci sarà anche amore per la Scienza".

Le Giornate Piemontesi di Medicina Clinica, nate nel 2005 come Giornate Cuneesi di Medicina Interna, quest'anno in edizione virtuale per l'emergenza Covid-19, affronteranno una serie di argomenti e problematiche di particolare importanza clinica mediante l'intervento di più di 100 fra Relatori e Moderatori provenienti dalle principali Scuole di Medicina del nostro Paese.

Luigi Fenoglio

Mercoledì 29 settembre - RES

Cerimonia inaugurale presso lo Spazio Incontri della Fondazione CRC

Giovedì 30 settembre - corsi pregressuali FAD

Medicina di Montagna e Medicina Interna (mattina)
 Immunologia Clinica e Medicina Interna (pomeriggio)

Venerdì 1 ottobre - FAD

Medicina Interna e Covid-19

Sabato 2 ottobre - FAD

Medicina Interna e Medicina Clinica

Presidente: Luigi Fenoglio (Cuneo)

Presidenti onorari: Gino Corazza (Pavia), Domenico Prisco (Firenze)

Segreteria Scientifica: Christian Bracco (Cuneo)

Segreteria Organizzativa: Marco Badinella Martini (Cuneo)

Per iscrizione e informazioni:

info@staffpep.com





FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Sabato, 9 ottobre 2021
Teatro Toselli, Cuneo (CN)

DIALOGO CON I CITTADINI A PIÙ CORDE E VOCI SUL FINE VITA



L'iniziativa, progettata coerentemente al compito istituzionale dell'Ordine di tutela della salute pubblica, si propone di coinvolgere i Cittadini in una riflessione sul significato e la paura della morte alle soglie del terzo millennio e sulle difficili e controverse scelte che la fragilità umana impone - cure palliative, protocolli di rianimazione - frantumando l'illusione di un progresso scientifico capace di fermare il tempo. L'iniziativa è il terzo appuntamento di un programma pluriennale dell'Ordine inteso a proporre all'attenzione dei Cittadini una lettura, affrancata da angosce e pregiudizi, dell'inquietudine e del disorientamento in cui cadono l'individuo e la famiglia ogniqualvolta il problema di salute sia irreversibile.

Il teatro offre l'occasione di affrontare un tabù: la ridotta familiarità della cultura occidentale con la morte e la conseguente singolare debolezza dello spirito umano. Pièce teatrale e dialogo con i Cittadini vogliono essere un tentativo per far sì che la morte torni ad essere familiare: se l'obiettivo è irraggiungibile, tuttavia non dis-

impegna dallo sforzo di «educare» alla morte, nell'intento di andare oltre la rimozione di cui essa è oggetto e, nello stesso tempo, di ridimensionare il suo immenso potere. L'ingresso è aperto alla Cittadinanza ed è gratuito fino ad esaurimento dei 198 posti disponibili.

La prenotazione è obbligatoria e va effettuata inviando, a partire dal 23 agosto in poi, una mail con cognome, nome, anno di nascita a: TANTISALUTI.TOSELLI@OMCEO-CUNEO.IT. Occorre inviare una mail per ogni singolo posto prenotato.

L'accesso è subordinato al possesso/esibizione dei requisiti previsti dalla Normativa per la prevenzione del COVID in vigore al momento dell'evento.

Segreteria scientifica e organizzativa:
Elsio Balestrino, Claudio Blengini, Laura Merlo

Nella consapevolezza che la trattazione di tematiche di tale genere è tanto più coinvolgente ed incisiva quanto più sa avvalersi di corde espressive leggere, l'iniziativa si avvale, traendone suggestioni e interrogativi, della pièce teatrale «Tanti saluti», prodotta da La Corte Ospitale di Rubiera (RE). La pièce, scritta dall'attrice e drammaturga Giuliana Musso, affronta il dolore e lo smarrimento dell'ultimo viaggio. Sotto i riflettori Giuliana Musso, Gianluigi Meggiorin e Marcela Serli declinano sei storie emblematiche in un contrappunto ideale fra la dimensione grottesca e fantastica della clownerie e la consapevolezza di non poter eludere quel passaggio dell'esistenza.

Una narrazione che esita in un'indagine atropologica sul campo, fisica e metafisica, etica e politica, capace di toccare i nodi sensibili e le umane, umanissime fragilità degli spettatori per farli addirittura sorridere e pensare con la forza illuminante della poesia.

Tanti saluti



Per ulteriori informazioni:
347 0971871 o 0171 692195.

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Abrate Giulia	Savigliano
Alberti Simona	Fossano
Allemani Valentina	Fossano
Amodio Gianmarco	Dronero
Astegiano Cassandra Elisabetta	Limone Piemonte
Basiglio Stefania	Mondovì
Bellino Daisy	Villanova Mondovì
Binello Samantha	Alba
Biodo Andrea	Cuneo
Bongiovanni Chiara	Cuneo
Bono Raffaele	Caramagna Piemonte
Canicattì Roberta	Guarene
Costamagna Alice	Mondovì
De Pasquale Vittoria	Alba
Degioanni Vittorio Giacomo	Valloriate
Dellavalle Alessia	Alba
Dogliani Sara	Bra
Dutto Daniele	Boves
Galanti Alma Andrea	Cuneo
Gasco Michela	Mondovì
Genta Simona	Castiglione Falletto
Gerbino Carlo	Roccabruna
Ghibaudò Fabio Giuseppe	Demonte
Giordano Vanessa	Cuneo
Golle' Andrea	Cuneo
Gondolo Sara	Cuneo
Govone Francesca	Mondovì
Grosso Lucia	Cuneo
Ierardi Luigi	Bra
Laurenti Silvia	Bagnolo Piemonte
Marchisio Beatrice	Veza d'Alba
Marelli Daria	Cherasco

Mariano Federico	Bra
Martini Giorgio	Vicoforte
Napoli Lorenzo	Cuneo
Nasi Giulia	Priola
Pagani Michelle	Canale
Papalia Ada	Montà
Pasero Martina	Dronero
Pisano Andrea	Entracque
Pola Davide	Neive
Pollano Benedetta	Cuneo
Prato Davide	Morozzo
Prato Francesco	Villanova Mondovì
Re Martina	Vignolo
Rosso Giulia	Racconigi
Salari Pavel	Alba
Sannito Irene	Mondovì
Serafino Sonia	Barolo
Sordo Erika	Alba
Tallone Luca	Centallo
Testa Anna	Saluzzo
Testa Francesco	Envie
Toscano Gabriele	Rifreddo
Vercellone Barbara	Bernezzo
Verra Sara	Caraglio

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Menniti Vincenzo	Roma
Piombo Margherita	Genova
Renda Valentina	Udine
Viazzi Paolo	Genova
Vitale Domenico	Caserta

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

Agazzi Emanuele	Brescia
Roggero Simona	Milano

MEDICI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Comino Giuseppe	Mondovì
Margiaria Maria	Alba
Ravazzoli Riccardo	Sommariva Del Bosco

MEDICI DECEDUTI

Riva Lucilla	Cuneo
Pescarmona Gian Carlo	Saluzzo
Priotto Gianmarco	Robilante

ODONTOIATRI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Ferrero Bernardino	Carrù
--------------------	-------

ODONTOIATRI CANCELLAZIONE PER TRASFERIMENTO

Scotta Andrea	Alessandria
---------------	-------------

NECROLOGIO

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

Chiavarino Dr Giovanni, medico Chirurgo di anni 74

Pescarmona Dr Gian Carlo, medico Chirurgo di anni 82

Priotto Dr Gianmarco, medico Chirurgo di anni 81

Riva Dr.ssa Lucilla, medico Chirurgo di anni 48

A nome di tutta la classe medica rinnoviamo ai famigliari le più sentite e affettuose condoglianze.



**Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Cuneo**

Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

CUNEO, Via Mameli, 4 bis Tel. **0171.692195**

Direttore responsabile:
Andrea Giorgio Sciolla

Comitato di redazione:
B. Allasia, C. Blengini, R. Gallo, G. Mozzone,
A. Pellegrino, M. Vallati

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