

ORDINE DEI MEDICI
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo 

2

2019



**Cronaca dell'Assemblea Annuale
I vincitori del Concorso CONFINI**

ASSEMBLEA ANNUALE DEL 16 MARZO

Anche quest'anno la nostra assemblea si è tenuta presso la Sala Einaudi della Provincia di Cuneo, che si è rapidamente riempita. Il dr Giuseppe **Guerra**, Presidente dell'Ordine, ha subito illustrato, al posto del tesoriere non presente, il bilancio consuntivo 2018 e ne ha chiesto l'approvazione all'assemblea dopo la relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei conti dr Franco **Magnone**. Questi ha esposto i punti sintetici del bilancio e ha confermato la fiducia dei revisori sull'operato del Tesoriere, del personale di segreteria e dei commercialisti dell'Ordine. Il bilancio è quindi stato approvato all'unanimità.

Il Presidente **Guerra** ha quindi esposto la cosiddetta "relazione morale": *Lo scorso anno l'Ordine ha investito molto in formazione, acquistando, fra l'altro, i manichini per i corsi BLS-D e il relativo software. Pur incrementando ulteriormente, per il 2019, il finanziamento della formazione, lasceremo invariata a 140 euro la quota d'iscrizione, contro una media piemontese di 180 euro; il nostro stato patrimoniale è solido, dovuto all'oculata gestione di chi ci ha preceduti. Siamo fra i pochissimi Ordini in Italia che danno la borsa di studio ai neoiscritti.*



Franco MAGNONE



Come sapete, i 106 Ordini italiani – gli OMCeO – sono raccordati fra loro dalla Federazione Nazionale, la FNOMCeO. Nel suo programma per il 2019 c'è la campagna degli Stati Generali, un'idea riassunta in 100 tesi, curate dal sociologo Ivan Cavicchi, che vuol delineare il nuovo medico. Oggi dobbiamo invece pensare al malato nella sua persona; una volta si parlava di paziente, di cittadino, di utente, di cliente, oggi invece si dice "esigente". Nel trattamento del malato cronico e del grande anziano è necessaria la multidisciplinarietà, o anche multiprofessionalità, che comporta il confronto con altre categorie di professionisti. Noi siamo 435.000 tra medici e odontoiatri; i soli infermieri



IN QUESTO NUMERO

Franco MAGNONE

Come sempre, il secondo numero annuale del Notiziario si apre con la cronaca dell'assemblea annuale degli iscritti. L'editoriale stavolta è affidato al vicepresidente Claudio Blengini, che si sofferma su due problematiche di attualità: una recente sentenza della Cassazione e il rapporto dell'AIFA sull'uso degli antibiotici.

Pubblichiamo quindi il verbale della giuria del concorso fotografico promosso dall'Ordine, con le foto dei vincitori e degli autori segnalati dalla giuria.

La collega Benedetta Aimone ci informa su un ambulatorio del saluzzese dedicato ai lavoratori stagionale, e ci invita alla collaborazione.

Ancora il dottor Claudio Blengini fa il punto sulla certificazione di capacità di intendere e di volere, questione dai risvolti delicati.

Potete quindi ammirare le foto dei colleghi che hanno partecipato al concorso fotografico indetto dall'Ordine, con il verbale della giuria.

Il Presidente CAO Gian Paolo Damilano ci illustra, con esempi concreti e riferimenti normativa, l'attuale disciplina della pubblicità sanitaria. È un articolo da leggere con attenzione e conservare a portata di... tastiera, vista la frequenza di procedimenti disciplinari, soprattutto in campo odontoiatrico.

Proseguiamo, stavolta a firma di Pietro La Ciura, l'illustrazione del funzionamento delle Cure Palliative, che stavolta individua chi può fare queste cure.

I colleghi Elisa Colombi, Guido Donato e Marina Vallati ci espongono il problema delle droghe nei giovani e giovanissimi, che sta diventando preoccupante.

Alberto Silvestri, della Medicina Interna del S. Croce di Cuneo, ci parla della vertebroplastica alla luce dell'EBM.

sono 460.000; tutte le altre professioni sanitarie (veterinari, farmacisti, biologici, tecnici di varie aree, ecc.) arrivano a quasi due milioni di persone. Per il cronico sottofinanziamento del SSN la spesa privata è in aumento dappertutto. Il nuovo medico dunque dovrà muoversi a 360 gradi, affrontando sia gli aspetti relazionali sia quelli del costo-beneficio. Vorrei poi citare la situazione generale: il problema maggiore è la mancanza di medici specialisti, dovuta alla lacunosa programmazione dell'università e, recentemente, anche dalla cosiddetta "Quota 100", che spinge alla pensione anticipata. La proposta di alcune regioni di formare autonomamente i medici specialisti potrebbe però portare a minori diritti, sia economici sia normativi, per quei professionisti. Ben venga il regionalismo, ma nell'ambito delle norme costituzionali. La carenza di medici, sia specialisti sia di famiglia, si scontra con la presenza di quindicimila medici che sono nel limbo, perché non riescono a entrare nelle scuole. Sia il Presidente Sigismondi sia il dottor Blengini ed io siamo andati nelle scuole superiori a parlare con gli studenti, spiegando loro che oggi, più che mai, occorre una forte motivazione per scegliere Medicina.

Per chiudere, mi rivolgo ai nuovi medici che entrano nella famiglia dell'Ordine: qualunque settore scegliate, un augurio perché le vostre aspirazioni siano soddisfatte, ma soprattutto perché possiate dare anche voi il vostro contributo a noi, che siamo un po' più vecchi e abbiamo bisogno di idee nuove rappresentate da voi. L'Ordine è a disposizione di tutti, che siete ben accetti purché siate propositivi. Il Vicepresidente, dr Claudio **Blengini**, nella sua relazione ha detto:



Un anno e mezzo fa alle elezioni per la prima volta c'erano due liste contrapposte: ma da esse è venuto un solo Consiglio, che ormai lavora ad un unico tavolo, sfruttando le diverse professionalità presenti. Le riunioni mensili sono laboriose, ma con un clima di rispetto, di reciproca fiducia e di stima che ci ha permesso di fare tante cose. Speriamo che i giovani entrino sia nelle rappresentanze territoriali sia nell'Ordine, sia per dare una ventata di novità sia per riuscire ad orientare il Consiglio sulle loro esigenze.

Vorrei darvi un'idea di come funziona l'Ordine. Il Consiglio si riunisce a cadenza mensile; tutte le settimane invece c'è la riunione ristretta della Giunta, che si occupa dell'ordinaria amministrazione e dell'organizzazione e realizzazione delle delibere consiliari; essa comunica attraverso la mailing list, aperta a tutti gli iscritti. Un utile strumento è il sito web dell'Ordine che vi consiglio di consultare perché pubblica bandi, concorsi e momenti di formazione; nell'area riservata trovate i verbali delle riunioni del Consiglio e della CAO. Altra grossa risorsa è il notiziario bimestrale, che è un po' l'anima dell'Ordine, cui ciascuno può contribuire con degli articoli di vario genere. Sul prossimo numero, ad esempio, troverete [n.d.r. vedi pagina 12] un articolo sulla certificazione di intendere e di volere, col quale cerchiamo di fornire indicazioni ai colleghi per evitare incaute certificazioni. Altro punto strategico dell'Ordine sono le dodici commissioni, aperte a chiunque voglia parteciparvi.

Nel corso del 2018 il presidente ha portato avanti, insieme alla rete delle malattie oncologiche, il progetto di prevenzione con le dodici raccomandazioni dell'OMS, che è stato anche presentato alla stampa locale. Numerosi sono stati gli eventi di formazione realizzati dall'Ordine. Abbiamo anche cercato di ripristinare,

per i nostri iscritti, la banca dati EBSCO, tagliata dalla FNOMCeO per...scarso utilizzo; purtroppo la cifra richiesta era sproporzionata rispetto alle reali richieste.

Ora vediamo i prossimi corsi: a fine marzo si terrà quello sul consenso informato, con relatori di chiara fama. Il Consiglio lo ha proposto perché la legge 219/17 ha cambiato il paradigma del rapporto medico - malato. Il seminario di partenza sarà seguito da altri incontri nelle varie realtà territoriali. Il 13 aprile ci sarà il corso "Le molte facce del dolore cronico", organizzato dal dottor Perotti; su di esso abbiamo ricevuto qualche riflessione critica, di cui faremo tesoro per una probabile successiva riedizione.

Quest'anno, poi, su proposta del dottor Vassallo, il Consiglio ha promosso per la prima volta un concorso di fotografia: ve ne parlerà il dettaglio l'ideatore. Ricordo a tutti l'ENPAM, il nostro ente di previdenza, che interessa tutti i medici: i giovani perché può dare finanziamenti e concedere mutui; i colleghi che stanno lavorando per i leasing ed altre risorse; i meno giovani per la pensione.

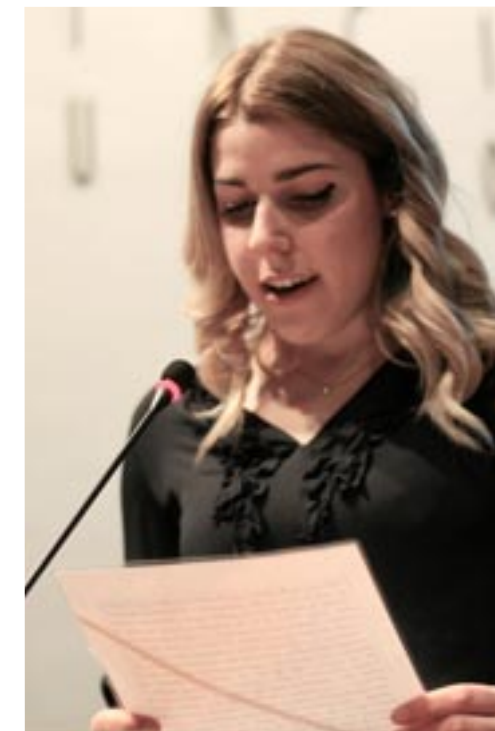
Chiudo con un invito: ricordate di trattare sempre le persone che avete davanti come vorreste essere trattati voi quando vi troverete dall'altra parte: non è banale, perché molte volte ci capita di finire dall'altra parte.

Dopo la consegna delle medaglie d'oro ai quattordici medici con cinquant'anni di laurea, la giovane collega Francesca **Bunino** ha letto il giuramento d'Ippocrate, nel suo testo originale. Nella sua riflessione su medici giovani e medici anziani, il presidente emerito Salvio **Sigismondi** ha detto:

È singolare questa giornata, in cui si unisce lo sbocciare di questi fiori che hanno ottenuto finalmente la licenza di uccidere assieme a quelli la cui licenza sta per andare in scadenza. È un ampio arcobaleno che unisce la professione; professione difficile, ma soprattutto totalizzante perché chi inizia a fare il medico non smetterà mai. Una riflessione sul perché - come hanno ricordato presidente e vicepresidente - le sale sono talora vuote. Ricordatevi, ricordiamoci, che se vuoi andare veloce corri da solo ma se vuoi andare lontano devi farlo insieme. Se perdiamo questa unità siamo sconfitti.

Quindi presidente, vicepresidente e vari consiglieri hanno consegnato ai nuovi iscritti dell'ultimo anno il tesserino e l'assegno per la borsa di studio che il nostro Ordine elargisce ai nuovi colleghi.

Infine il consigliere Giuseppe **Vassallo**, referente della Commissione giovani, ha invitato giovani e meno giovani a riempire un questionario di gradimento sulle attività ordinarie; ne diremo in un prossimo numero. Il dottor Vassallo ha quindi elencato i vincitori del concorso fotografico, conferendo i premi ai colleghi; a pagina 14 trovate i nomi e le motivazioni, a seguire le relative fotografie.



SENTENZE, REPORT NUMERI E QUOTIDIANITÀ

Claudio BLENGINI



Che il lavoro dei medici stia diventando sempre più difficile e problematico è sotto gli occhi di tutti e quindi è inutile sottolinearlo. Ci sono due fatti, giunti di recente all'onore delle cronache, su cui vale la pena soffermarsi un attimo e meditare.

Il primo è una recente sentenza della Cassazione del 19 dicembre 2018 che ha restituito un po' di tranquillità ad un nostro collega.



Il fatto: un medico di medicina generale che aveva sbagliato a prescrivere un anticoncezionale veniva condannato a pagare le spese per il mantenimento del figlio non voluto che era nato per il mancato effetto del farmaco. I genitori avevano fatto richiesta dell'anticoncezionale proprio per non incorrere nel rischio di procreare, ma l'inefficacia del farmaco prescritto aveva poi determinato la nascita di un figlio non voluto. Al costo del mantenimento, definito dalla Corte in 116.273 Euro, si aggiungevano le spese processuali, sempre a carico del medico

prescrittore. La cifra da pagare quindi era ragguardevole e certamente avrebbe avuto un'influenza significativa sul bilancio familiare del professionista. Proprio per questo il collega, già nel dibattimento di primo grado, aveva chiamato in causa la sua compagnia assicurazione chiedendole di manlevarlo* dal far fronte in prima persona al risarcimento definito dai giudici. Il tribunale in questione accoglieva la domanda di risarcimento fatta dai genitori del bambino e contemporaneamente negava al medico la possibilità di far valere la manleva nei confronti della compagnia con cui aveva siglato la polizza di copertura professionale. Stessa posizione veniva assunta dalla Corte di appello competente nel secondo grado di giudizio. Al professionista non restava che rivolgersi alla Cassazione, nel suo caso, in una differente interpretazione della manleva. La suprema Corte accoglieva la richiesta del medico stabilendo che la copertura del danno rientrava nel contratto assicurativo professionale, stabilendo che "...la sentenza deve essere cassata con rinvio - anche per le spese di lite - alla corte territoriale in diversa composizione, affinché proceda ad interpretare il contratto assicurativo di cui è causa secondo gli articoli 1362 ss. cc. P.Q.M. ...cassa la sentenza impugnata e rinvia, anche per le spese del grado alla corte di appello di Milano". Il medico in questione avrà certamente tirato un bel sospiro di sollievo alla lettura della sentenza, ma certamente non avrà dormito serenamente per tutto il periodo che è intercorso tra il primo pronunciamento dei giudici e la definitiva sentenza della Cassazione.

Prima riflessione:

Le assicurazioni professionali sono importanti, ma spesso di questa importanza ci accorgiamo solo al momento del bisogno. Pur augurandoci di non doverle mai utilizzare, è quanto mai importante leggere attentamente le clausole indicate nella polizza che firmiamo, facendo domande approfondite al nostro assicuratore sulle coperture offerte dalla stessa, garantendoci che in caso di richiesta di risarcimento questa ci copra realmente.

*Manleva: Obbligazione assunta verso altri di sollevarli dalle conseguenze patrimoniali negative di un dato evento.

Il secondo fatto riguarda il recente report dell'AIFA sull'uso degli antibiotici nel nostro paese nel 2017. Di qui la necessità di citare un po' di numeri. Nella premessa l'AIFA sottolinea che i Paesi europei con i consumi più bassi sono risultati Olanda ed Estonia (rispettivamente, 10,1 e 11,5 DDD/1.000 abitanti die), mentre quelli con i consumi più elevati sono risultati Cipro (33,6 DDD/1.000 ab. die), Spagna (31,4 DDD/1.000 ab. die) e Francia (29,2 DDD/1.000 ab. die). Il report sottolinea alcuni aspetti chiave per quanto riguarda la prescrizione in Italia su cui merita soffermarsi e che cito testualmente qui di seguito.

"Il consumo di antibiotici in Italia, nonostante il trend in riduzione, è ancora superiore alla media europea. Gran parte dell'utilizzo degli antibiotici avviene su prescrizione del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta. Pertanto la medicina generale rappresenta il punto focale per il monitoraggio del consumo di questa categoria di farmaci e per l'implementazione di iniziative di informazione e formazione per migliorare l'appropriatezza prescrittiva... Il 90% dei consumi è infatti in regime di assistenza convenzionata (19,7 DDD/1.000 ab. die). Il consumo globale di antibiotici in Italia, comprensivo degli acquisti privati, è risultato pari a 25,5 DDD/1.000 abitanti die. Oltre l'85% delle dosi, pari a 21,8 DDD/1.000 abitanti die, sono state erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con una riduzione dell'1,6% rispetto al 2016. Si osserva un andamento stagionale molto marcato dei consumi tra i mesi invernali e quelli estivi, che passano da un minimo di 13,2 DDD/1.000 ab. die nel mese di agosto a un massimo di 27,29 DDD/1.000 ab. die nel mese di gennaio... L'utilizzo più frequente di antibiotici nei mesi invernali è correlato con i picchi di sindromi influenzali osservati nei diversi anni. L'analisi per area geografica conferma un maggior consumo al Sud e nelle Isole (24,9 DDD/1000 ab. die) e al Centro (20,7 DDD/1000 ab. die), rispetto al Nord (15,6 DDD/1000 ab. die). Su base nazionale, l'analisi del profilo di utilizzo del farmaco per fascia d'età e genere conferma un maggior consumo di antibiotici nelle fasce di età estreme, con un livello più elevato nei primi quattro anni di vita (prevalenza d'uso 58,2% nei maschi e 55,3% nelle femmine) e dopo i 75 anni (prevalenza d'uso 50,6% negli uomini e 50,8% nelle donne); si riscontra anche un più frequente utilizzo di antibiotici per le donne nelle fasce d'età intermedie e per gli uomini in quelle estreme...L'antibiotico-resistenza rappresenta un problema di salute pubblica molto rilevante a livello globale per via dell'elevato impatto epidemiologico sulla popolazione (incremento della morbilità e della mortalità) e dei pesanti oneri sociali ed economici correlati (perdite di vita e di giornate lavorative, prolungamento delle degenze e maggior utilizzo di procedure diagnostiche). Secondo una recente analisi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in molte parti del mondo (Europa, Americhe, Africa, Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico) sono state registrate prevalenze elevate di resistenza nei batteri che causano infezioni anche comuni, quali la polmonite e le infezioni delle vie urinarie. Dall'indagine risulta inoltre che le infezioni resistenti agli antibiotici sono diffuse in tutte le fasce di popolazione, ma colpiscono in particolare le fasce estreme di età. Uno studio recente del l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) riporta che nel 2015, nei Paesi dell'Unione europea e dello Spazio economico europeo, si sono verificati 671.689 casi di infezioni antibiotico-resistenti, cui sono attribuibili 33.110 decessi, un terzo dei quali si è verificato in Italia, evidenziando la gravità del problema nel nostro Paese. Dall'indagine risulta inoltre

che le infezioni resistenti agli antibiotici sono diffuse in tutte le fasce di popolazione, ma colpiscono in particolare le fasce estreme di età. Il 75% dei casi è dovuto a infezioni correlate all'assistenza sanitaria, e ciò a sostegno della necessità di intervenire con azioni di contrasto soprattutto negli ambienti di cura... Anche i dati elaborati dai network dell'ECDC, l'European Antimicrobial Resistance Surveillance (EARS-Net) e l'European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC-Net), che fanno il punto rispettivamente sulle resistenze e sul consumo degli antimicrobici nell'Unione europea, confermano nell'anno 2017 la gravità della minaccia dell'antibiotico-resistenza per l'Europa, evidenziando la priorità e l'urgenza di misure efficaci e armonizzate. L'aumento delle resistenze, favorito dal consumo inappropriato e dall'abuso degli antibiotici, può essere contrastato efficacemente solo attraverso un approccio globale - one health - che promuova interventi per l'uso responsabile di questi farmaci in tutti gli ambiti. I fluoroquinoloni rappresentano una classe di antibiotici di particolare rilevanza, sia per la capacità di indurre resistenza che per il rischio di effetti indesiderati. Si osservano consumi molto elevati anche nelle sottopopolazioni, in cui il loro uso è spesso inappropriato (donne con età compresa tra 20 e 59 anni, trattate per infezioni non complicate delle basse vie urinarie) o laddove vi è un particolare profilo di rischio associato (anziani con età ≥ 75 anni ad aumentato rischio di danni tendinei)... L'associazione amoxicillina/acido clavulanico è l'antibiotico più utilizzato sia in ambito territoriale che ospedaliero. I dati contenuti nel Rapporto suggeriscono un probabile sovra-utilizzo di questa associazione, laddove potrebbe essere indicata la sola amoxicillina, che ha uno spettro d'azione più selettivo e ha quindi un minor impatto sulle resistenze. Ciò è particolarmente evidente nella popolazione pediatrica. Tale fenomeno è in contrasto con l'indicazione contenuta in molte linee guida, secondo le quali l'amoxicillina è considerata la terapia di prima scelta per il trattamento in ambito territoriale delle infezioni batteriche più frequenti in pediatria, quali la faringo-tonsillite streptococcica e l'otite media acuta. Per quanto riguarda, infine, la variabilità dei consumi degli antibiotici ad ampio spettro rispetto a quelli a spettro ridotto, si rileva che Friuli Venezia Giulia, Umbria e Lazio mostrano i valori in percentuale più bassi (rispettivamente 2,1%, 2,4% e 2,4%), mentre Sardegna, Piemonte e Liguria si distinguono per avere i valori più alti (rispettivamente 8,8% 7,6% e 7,3%)."

Seconda riflessione:

Un uso esagerato e non sempre necessario di antibiotici, specie di quelli di maggior prescrizione e di più ampio spettro, è da sempre un problema non risolto in molti paesi europei ed in particolare in Italia. Una attenta riflessione sui dati di questo rapporto è una valida premessa per continuare a promuovere campagne di informazione per i cittadini e di formazione per tutto il personale sanitario per un uso efficace di questi potenti strumenti di cura, cercando di ridurre al minimo le resistenze, per evitare complicanze e morti evitabili. L'impegno del nostro Ordine in questo senso, già cominciato negli anni passati, continuerà invariato e rafforzato per il futuro. Ma per fare questo abbiamo bisogno della massima collaborazione di tutti i professionisti per passare dal dire al fare.

AMBULATORIO PER MIGRANTI STAGIONALI

Benedetta AIMONE e Virginia SABBATINI

Oggetti da diversi anni si ripropone nel territorio di Saluzzo il fenomeno dei braccianti stagionali, oggetto di interesse da parte di istituzioni e associazioni di volontariato di vario tipo che denunciano le condizioni di sfruttamento, precarietà, disagio abitativo e difficoltà di accesso alle cure di questa mano d'opera "invisibile".

Rispetto alle difficoltà di accesso alle cure, già nel 2008 Medici Senza Frontiere pubblicava il rapporto "Una Stagione all'Inferno", contenente i dati raccolti nel Sud d'Italia sulle condizioni di vita e di salute dei braccianti agricoli stagionali, denunciando "condizioni drammatiche che presentano caratteristiche riferibili a contesti di crisi umanitarie dove il valore della vita dei più vulnerabili è pressoché nullo." La difficoltà a comprendere le modalità d'accesso ai servizi sanitari è una barriera importante all'accesso al SSN: i lavoratori stagionali tendono a trascurare determinate patologie che possono peggiorare e/o diventare croniche, oppure a rivolgersi costantemente ai servizi di Pronto Soccorso, in quanto presidio visibile, aperto 24 ore e di facile e immediato accesso.



L'esperienza di MSF è simile a quella delle associazioni Medici per i Diritti Umani ed Emergency: nell'intervista pubblicata ad agosto 2012 da Repubblica, il vice presidente di Emergency Bertani evidenziava che "la legislazione sanitaria non li aiuta di certo a sopravvivere. Perché le ASL, ad esempio, sono tutte regionalizzate e rispondono a norme differenti le une dalle altre. [...]"

I dati aggiornati al luglio di quest'anno, per i pazienti visitati a Foggia, Venosa, Piana di Gioia Tauro e Fascia Transformata (RG), dicono che più del 60% è regolarmente soggiornante sul territorio italiano e dunque ha diritto all'iscrizione al servizio sanitario nazionale e all'assegnazione di un medico di base. Molti migranti sono, in effetti, iscritti ma quasi sempre si trovano fuori dalla propria regione di residenza, e sono pertanto soggetti al pagamento di un ticket per ricevere prestazioni specialistiche. Tali contributi di spesa hanno spesso un onere troppo grande."

Anche nel nostro territorio abbiamo riscontrato nei braccianti agricoli stagionali condizioni tali da limitare l'accesso alle cure e aumentare l'esposizione a fattori di rischio biologici e psicosociali.

MSF chiede che vengano garantite adeguate informazioni agli stranieri presenti sul territorio italiano in merito al loro diritto alla salute e vengano istituiti ambulatori dedicati con servizi di mediazione culturale. Sebbene questi dati si riferiscano prevalentemente a regioni del Sud d'Italia, durante la stagione 2012 abbiamo potuto constatare che molte delle condizioni descritte sono sovrapponibili alle condizioni di lavoro, sopravvivenza e accesso alle cure dei braccianti agricoli del territorio saluzese: secondo i dati raccolti vi sono stati picchi di presenze di oltre trecento migranti stagionali, la maggior parte impiegata nell'agricoltura e provvista di permesso di soggiorno valido. Tramite colloqui informali si è evidenziata la difficoltà di accesso alle cure sanitarie dovute ai medesimi motivi già evidenziati da MSF ed Emergency: la mancanza di informazioni sui servizi territoriali, la barriera linguistica e culturale, il timore di perdere giornate lavorative, la carenza di punti di riferimento dedicati per l'assistenza primaria, gli orari spesso inaccessibili degli ambulatori di medicina generale, l'impossibilità economica di pagare eventuali ticket, visite occasionali o farmaci.

Per facilitare l'accesso alle cure e l'instaurarsi di relazioni umane di fiducia Caritas Italiana ha istituito dei Presidi nelle località in cui vi è maggior presenza di migranti agricoli stagionali; il Presidio di Saluzzo si occupa di raccogliere dati che vengono elaborati a livello nazionale per mappare il fenomeno, fornisce rapporti in grado di analizzare i cambiamenti maggiori che interessano i territori locali e coordina alcuni sportelli di orientamento ai servizi presenti sul territorio: le persone che si rivolgono all'Infopoint possono trovare, oltre ad un'assistenza materiale nei casi di maggior povertà, una prima assistenza sanitaria, amministrativa, sindacale e legale. La Caritas di Saluzzo collabora ai tavoli istituzionali insieme all'amministrazione locale e ad altri enti del territorio al fine di concordare e migliorare gli interventi: tra questi vi sono le importanti iniziative per strutturare alloggiamenti temporanei dignitosi per le persone non accolte nelle aziende. Sono oltre novecento le persone straniere che sono entrate, durante l'ultima stagione di raccolta, nei piccoli spazi dell'Infopoint: per raccontare la propria storia, ritirare una lettera, bere una tazza di tè, imparare a redigere un curriculum vitae, confrontarsi sull'attualità e sui cambiamenti politici.

Nei casi necessari lo Sportello attiva accompagnamenti sanitari e accoglienze presso Casa Madre Teresa, un dormitorio notturno stagionale aperto temporaneamente a persone in stato di particolare vulnerabilità (sanitaria, legale, sindacale, sociale...) in attesa di essere prese in carico dai servizi di competenza del territorio.

L'orientamento sanitario e il monitoraggio delle problematiche legate alla tutela del diritto alla salute sono parte del mandato del progetto Presidio: tra i servizi offerti c'è uno Sportello di Informazione Sanitaria che collabora al progetto dell'Ambulatorio Medico Stagionale nato grazie ad una convenzione tra Caritas, Fondazione S. Martino e Azienda Sanitaria Locale.

L'ambulatorio, che ha sede in un locale messo a disposizione dalla Caritas a Saluzzo, in corso Piemonte 63 presso la Casa di Pronta Accoglienza, è aperto due giorni a settimana dal mese di maggio al mese di novembre in orario preserale (dalle 18 alle 19.30 circa) e i medici volontari sono dotati di ricettario

SSN e timbro personale con la possibilità di prescrivere i farmaci in fascia A presenti nel prontuario della farmacia ospedaliera. Attraverso l'impegno dei volontari medici, infermieri, tecnici e studenti si cerca di garantire ai migranti stagionali il diritto alla salute, l'accesso alle cure e al SSN.

I braccianti agricoli vivono per la maggior parte dell'anno lontani dai luoghi di residenza spostandosi tra le raccolte del Nord e Sud Italia. In alcuni casi, non hanno una residenza effettiva, in quanto il lavoro stagionale non consente loro di prendere in affitto un alloggio (a causa della bassa retribuzione, della mancanza o della breve durata del contratto di lavoro o della necessità di spostarsi continuamente secondo la geografia delle raccolte).

L'Ambulatorio Medico Stagionale non sostituisce gli ordinari servizi del territorio, ma vuole essere un punto di riferimento, informazione, orientamento e integrazione.

Grazie alla collaborazione tra i volontari dell'ambulatorio sanitario e gli operatori del Progetto Presidio di Caritas si cerca di intervenire anche attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria: sono stati prodotti e stampati volantini riguardanti le modalità di accesso e l'uso appropriato dei servizi di guardia medica e di pronto soccorso, vengono fornite informazioni e assistenza per effettuare il rinnovo dell'iscrizione al SSN in caso di TEAM scaduta, viene incentivata la prevenzione.

Complessivamente l'esperienza ormai pluriennale è positiva, con alcune difficoltà legate ad aspetti burocratici ma anche culturali, linguistici e ambientali.

L'ambulatorio prevede un'assistenza di base (ambulatorio di medicina generale), anche se nel corso degli anni sono aumentate le patologie gravi e specialistiche per cui è stato necessario confrontarsi con i colleghi ospedalieri ed effettuare un invio per presa in carico. Ci auguriamo con il tempo di riuscire a creare una buona rete di supporto alle cure. In questi anni è stata fondamentale la collaborazione dei colleghi specialisti che, spesso a titolo volontario, sono intervenuti nei casi più urgenti (i non residenti non hanno diritto alle priorità B): tra questi ringraziamo in particolare gli odontoiatri che hanno dato la loro disponibilità, essendo la patologia odontostomatologica particolarmente frequente. Gli accessi inappropriati al P.S. sono ancora molti: i motivi più probabili riguardano la scarsa comprensione delle modalità di accesso e degli orari degli ambulatori/presidi dedicati; l'insorgenza o il peggioramento dei sintomi in giorni/orari in cui non è prevista l'apertura dell'ambulatorio; la difficoltà a comprendere la differenza sia organizzativa che di sede tra P.S. e Guardia medica; ansia e paura per le proprie condizioni di salute, in un contesto di disagio psico-fisico elevato (per le condizioni di vita, la mancanza di lavoro, le preoccupazioni economiche ecc.) con valutazione soggettiva di urgenza e gravità.

Nella nostra esperienza è possibile comunque con il tempo creare buone relazioni umane di fiducia reciproca nel rispetto della diversità (culturale, religiosa, di storia di vita).

Chiunque fosse interessato a collaborare può contattarci ai seguenti recapiti:

Benedetta Aimone, responsabile medico dell'ambulatorio medico
cell. 3332681055 – e-mail benedetta.aimone@gmail.com

Virginia Sabbatini, Infopoint per le persone straniere della Caritas di Saluzzo
caritas@saluzzomigrante.it – Tel. 3341197296 / 3806910580.

Cerchiamo MMG, specialisti in particolare odontoiatri, infermieri, farmacisti, studenti di medicina, farmacia o scienze infermieristiche.

CHI CERTIFICA LA CAPACITÀ DI INTENDERE E VOLERE?

Claudio BLENGINI



Perché trattiamo questo tema?

Molti colleghi, in prevalenza medici di famiglia ma anche specialisti, hanno sollecitato l'Ordine su questo tema, sia in passato che recentemente. Il motivo di questo interesse da parte loro non è solo di carattere speculativo, bensì concreto, perché parte da situazioni reali, insomma da storie quotidiane di lavoro. Capita infatti, abbastanza di frequente che, per l'espletamento di pratiche notarili riguardanti delicate questioni finanziarie che possono coinvolgere persone avanti negli anni, al medico venga avanzata genericamente richiesta di una: "certificazione della capacità di intendere e volere del proprio assistito". Istanza che così formulata deve destare e desta non pochi problemi in chi la riceve. In primis quello di avere contezza, come già più volte ribadito nei nostri canali ufficiali, che a detta richiesta, così come sopra espressa, non si possa né si debba dare risposta.

Un po' di storia

La problematica continua periodicamente ad essere presentata dai colleghi, poiché probabilmente non è del tutto chiaro l'atteggiamento da tenere, soprattutto in situazioni che sono certamente spinose. Gli interlocutori sul tema sono ovviamente tre: il paziente (o i familiari, ma solo se ne hanno titolo), il medico e il notaio. La premessa da cui siamo partiti per riflettere e far riflettere su questo argomento era che l'Ordine, per la sua parte, ha la necessità di tutelare appieno i propri iscritti in merito ad atti certificativi che spesso hanno notevoli implicazioni di tipo patrimoniale.

L'elemento chiave è che siano espletati in modo corretto tutti i passi che tendono a garantire l'efficacia e la validità di un documento, nel nostro caso la certificazione medica. È infatti compito del medico certificare correttamente, in scienza e coscienza, la situazione clinica sia anamnestica che attuale, dopo gli opportuni accertamenti, a coloro che ne fanno richiesta e che ne hanno diritto. La richiesta di un certificato di "capacità di intendere e volere" però, da chiunque formulata, non potrà mai essere evasa dal medico. L'unica persona che per legge ha titolo a dichiarare la capacità di intendere e di volere è il giudice, pur avvalendosi di una perizia tecnica che si sostanzia da parte del perito nominato dal giudice in una certificazione. Ma facciamo un passo indietro sull'argomento, per cercare di capire meglio la situazione di criticità che spesso si viene a determinare nei rapporti medico-paziente a proposito di atti notarili che hanno spesso ingente valenza patrimoniale e che coinvolgono una persona avanti negli anni. Pratiche che possono poi dare adito ad eventuali contestazioni da parte di familiari insoddisfatti proprio per il contenuto, soprattutto se l'atto riguarda disposizioni date da persone in età avanzata o per le quali, indipendentemente dall'età, ci possano essere dubbi sulla reale capacità decisionale. Quindi il problema è per tutti, in questo caso, di non incorrere in possibili future contestazioni, dato che non sempre con l'avanzare dell'età, o in determinate situazioni patologiche, si mantiene la lucidità mentale necessaria per prendere decisioni in materia patrimoniale. Decisioni che hanno poi ricadute non indifferenti sia per chi ne beneficia, sia per chi ne viene escluso. Per questo i notai in situazioni problematiche possono ritenere utile fare richiedere al medico curante una valutazione clinica di chi dovrà firmare l'atto notarile. La questione posta in questi termini non fa una grinza. Infatti, se al medico viene richiesta una certificazione che attesti sia la storia sanitaria del paziente che la sua attuale situazione clinica, dal titolare di questo diritto o in sua vece da chi ne ha i titoli legali per farlo (cioè l'amministratore di sostegno

qualora nell'atto di nomina ne sia prevista la facoltà, il tutore, oltre che dal giudice stesso), nulla osta, anzi è doveroso, procedere a redigerla. Suffragandola, eventualmente, con la somministrazione degli eventuali test utili a avvalorare la sua valutazione (esempio il Mini-mental state) allegandone, se lo riterrà opportuno, il risultato alla certificazione e tenendone comunque sempre traccia nella cartella clinica del proprio assistito. In questo caso la certificazione medica redatta correttamente diventa uno strumento di garanzia e di tutela, in quanto valida e veritiera, per il medico che l'ha stilata, anche in caso di future contestazioni. Nella speranza di aver contribuito ad un chiarimento che sia proficuo per tutti i colleghi, essendo asseverato che la certificazione di incapacità di intendere e volere è prerogativa unicamente del giudice, va ribadito che la certificazione medica della situazione clinica del proprio assistito, quando questa sia da lui richiesta (o in sua vece da chi ne ha titolo), è un atto, non solo utile, ma anche dovuto.

IN SINTESI:

- La certificazione della capacità di intendere e volere non può essere fatta da nessun medico in quanto unicamente ad appannaggio del giudice.
- Ogni persona è capace di intendere e di volere salvo che sia intervenuto un giudice che ne abbia determinato l'incapacità.
- Il medico non può che certificare elementi anamnestici sintomatologici e di patologia (es. disorientamento spazio-temporale, demenza, ecc.) che possono contribuire alla valutazione del paziente.
- Spetta poi al notaio decidere se, sulla base di tali elementi, ritiene di poter procedere all'atto assumendosi le sue responsabilità, o se debba invece richiedere al giudice una valutazione di merito sulle capacità di intendere e di volere della persona che firmerà l'atto notarile con valenza patrimoniale.
- Qualsivoglia certificazione medica può essere richiesta esclusivamente dal soggetto interessato o in caso di manifesta impossibilità da chi ne fa le veci e ne ha titolo a farlo: rispettivamente dall'amministratore di sostegno, qualora nell'atto di nomina ne sia prevista la facoltà, o dal tutore, oltre che, ovviamente, dal giudice stesso.



ORDINE DEI MEDICI
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di Cuneo

CONCORSO FOTOGRAFICO

Confini



Il giorno 22 febbraio 2019 presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo alle ore 10,00 si è riunita la giuria del concorso fotografico "Confini".

La giuria è composta dal presidente Ober Bondi, fotografo e presidente di Progetto HAR; Irene Botto, Ugo Canavese, fotografo e il dr Giuseppe Vassallo esponente dell'Ordine e referente della Commissione Giovani.

Sono state esaminate le opere pervenute entro le ore 24 del 20 febbraio 2019 per i due temi in concorso, rispettivamente: Confini e Tema libero.

Constatata la regolarità della presentazione, in particolare riguardo l'anonimato degli autori, ai fini del giudizio della giuria, si procede all'esame delle stesse.

Confini: sono state presentate 70 opere.

Nessuna è stata giudicata estranea al tema proposto, tuttavia il giudizio si è maggiormente orientato sulla interpretazione del concetto. La giuria, volutamente, non ha tenuto conto dei titoli, ma ha valutato quanto l'immagine esprime.

Tema libero: sono state presentate 84 opere.

Per il tema Confini sono risultate:

1^a classificata - "Interrogativo" - dr Giovanni Manera. Motivazione - *immagine fotograficamente ineccepibile, dove ombre e luci sono disposte compositivamente in modo simmetrico.*

2^a classificata - "Nostalgia" - dr. ssa Luisa Ciravegna. Motivazione - *il desiderio di andare oltre il limite del proprio destino, uscendo dalla cornice del proprio vivere, con lo sguardo rivolto al futuro. Questo nonostante alcuni limiti nella stampa dell'immagine.*

3^a classificata - "Al confine del credibile" - dr Giacomo Gallo. Motivazione - *Interpretazione originale del tema.*

La giuria segnala il dr Giovanni Manera quale miglior autore dal punto di vista artistico-fotografico, per le opere presentate.

Si segnalano, inoltre, "Confini tra la vita e la morte" della dr.ssa Elisa Gallo, per l'attenzione ad un confine molto reale; "Evolution" del dr Giovanni Fantino per una sorridente interpretazione del passaggio generazionale.

Per il Tema libero sono stati giudicati come:

1^a classificata - "Curva Nord Inferiore" - dr Giovanni Fantino. Motivazione: *bell'esempio di fotografia di strada che riprende la vita reale.*

2^a classificata - "Il riposo dei guerrieri" - dr Andrea Cerutti. Motivazione: *particolare inquadratura dell'immagine che suddivide nettamente i diversi piani di lettura.*

3^a classificata - "L'ultimo dei pellicani" - dr.ssa Elisa Gallo. Motivazione: *simpatica rappresentazione dell'ordine gerarchico all'interno di una colonia di pellicani, si apprezza la composizione dell'immagine.*

La giuria nuovamente segnala le opere di Giovanni Manera, che in assoluto si presenta come il miglior artista e le cui opere meriterebbero una valutazione massima, ma a cui chiediamo di lasciare un po' di spazio agli altri colleghi.

Si segnalano, infine, le immagini dei colleghi:

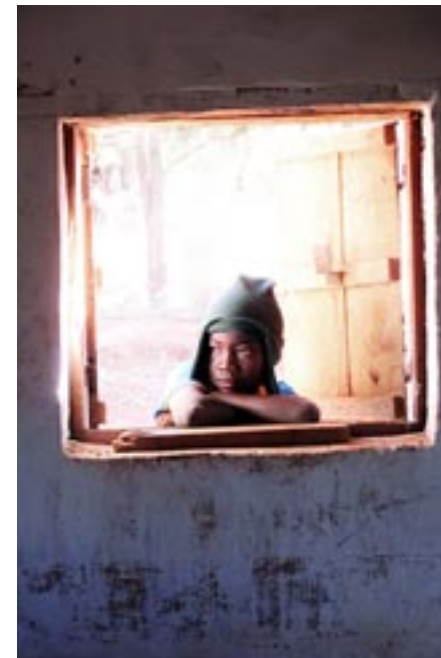
Gian Paolo Damilano "Giocare duro" - per la drammaticità dell'immagine dell'opera; la forma dell'immagine giocata sulle linee, sulla contrapposizione delle masse, delle luci e delle ombre creano un notevole patos.

Elsio Balestrino "Momenti di sacrificio rituale" - per il racconto dell'inusuale argomento nell'opera.

IL PRESIDENTE DELLA GIURIA
Ober BONDÌ



"Interrogativo" - dr Giovanni Manera



"Nostalgia" - Luisa Ciravegna



"Al confine del credibile" - Giacomo Gallo



"Curva Nord Inferiore" - Giovanni Fantino



"Il riposo dei guerrieri" - Andrea Cerutti



"L'ultimo dei pellicani" - Elisa Gallo



"Confini tra la vita e la morte" - Elisa Gallo



"Evolution" - Giovanni Fantino



"Momenti di sacrificio rituale" - Elsie Balestrino



"Giocare duro" - Gian Paolo Damilano

REGOLE DI COMPORTAMENTO IN MATERIA DI INFORMAZIONE SANITARIA E GUIDA PRATICA

Recentemente la legge di bilancio e alcune sentenze hanno integrato e aggiornato le regole per una corretta pubblicità sanitaria chiarendo che non devono comparire elementi di "carattere promozionale o suggestionale". Lo scopo della complessa normativa era e resta quello di evitare che una informazione di tipo suggestionale o scorretta possa influenzare le scelte dei cittadini in un ambito estremamente sensibile come quello della salute. Come già specificato nella prima legge "liberalizzatrice", la c.d. Bersani, tali regole si applicano a qualunque tipo di messaggio, con qualunque mezzo diffuso (quindi stampa, radio, tv, insegne, web, social network...).



- Il soggetto che effettua pubblicità informativa sanitaria deve essere colui che è in possesso della speciale autorizzazione amministrativa (Sezioni Unite Cassaz. Civ. 5 novembre 1993 n.10942) e, nel caso di personalità giuridica, deve essere chiaramente indicato il nome, cognome e titoli professionali del medico incaricato della direzione sanitaria (art. 4 legge 175/92). A partire dal 1° maggio 2019, il direttore sanitario **dovrà essere iscritto obbligatoriamente** presso l'Ordine provinciale dove esercita tale funzione.

Tale soggetto può informare il pubblico, oltre che sulle modalità attraverso le quali può essere contattato (numeri telefonici, indirizzo civico ed e-mail, giorni ed orari apertura) di specifici aspetti che riguardano la sua attività professionale.

Nel dettaglio può informare circa:

- *i titoli e le specializzazioni professionali*, con valore legale ottenuti e/o riconosciuti in Italia, utilizzando l'esatta dizione degli stessi
- *le caratteristiche del servizio offerto*, cioè quali attività professionali vengono da lui svolte (a titolo esemplificativo, e non esaustivo: conservativa, endodonzia, protesi, implantologia, ecc.; oppure neurologia, radiodiagnostica, cardiologia, oculistica, ecc.)
- *il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni*, cioè senza "spezzettare" la prestazione, ma deve essere indicato il valore complessivo dell'onorario che verrà richiesto al cittadino per quel tipo di prestazione, questo *secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio*.

La pubblicità informativa sanitaria, inoltre, deve essere "accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non deve divulgare notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse generale". Tutto ciò che non rientra nei punti precedenti, è vietato; così come sono vietati messaggi sleali, equivoci, ingannevoli o denigratori.

Gian Paolo DAMILANO



Quindi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, è vietato:

- Violare il segreto professionale; ai sensi della normativa sulla privacy, il viso è considerato al pari di "nome e cognome": tale vincolo può essere superato solo nel caso di "giusta causa" e non per il "proprio o l'altrui profitto" (vedasi sia l'art. 622 del c.p. sia l'aggravante prevista dall'art.10 del Codice Deontologico).
- Utilizzare testimonials
- Visite o prestazioni gratuite, se non in casi particolari e limitati nel tempo.
- Immagini, slogan, video, post "evocativi" e non strettamente funzionali all'oggetto della comunicazione.
- Sconti di qualunque tipo.
- Master privati o conseguiti all'estero senza riconoscimento legale in Italia e/o specializzazioni inesistenti
- Pubblicizzare dispositivi medici o nomi di marchi commerciali.
- La denominazione e la descrizione dello studio/struttura che si possa interpretare come riferita a una complessità strutturale, organizzativa e di prestazioni inesistente.
- Le informazioni sanitarie o i redazionali descrittivi tecniche o modalità operative, anche quando contenutisticamente corrette, che evocino il possesso di particolari abilità o enfatizzino l'uso di particolari attrezzature o possano rivestire carattere comparativo.

Informazioni consentite:

- I titoli di specializzazione, di libera docenza, i master universitari, i dottorati di ricerca, i titoli di carriera, i titoli accademici ed eventuali altri titoli.
- Le metodiche diagnostiche e/o terapeutiche effettivamente utilizzate e ogni altra informazione rivolta alla salvaguardia e alla sicurezza del paziente.
- Le prestazioni sanitarie effettuate direttamente dal professionista e relative parcelle.
- Denominazione dello studio, indirizzo di svolgimento dell'attività, orari di apertura, modalità di prenotazione delle visite e degli accessi ambulatoriali e/o domiciliari, eventuale presenza di collaboratori e di personale con l'indicazione dei relativi profili professionali e le branche specialistiche con i nominativi dei sanitari afferenti e del sanitario responsabile, il nominativo del Direttore sanitario, obbligatorio quando presente.
- Una mappa stradale di accesso allo studio o alla struttura.





Nell'informazione WEB:

- Collegamenti ipertestuali purché rivolti soltanto verso autorità, organismi e istituzioni indipendenti Esempio: Ordini professionali, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Servizio Sanitario Regionale, Università, Società Scientifiche.
- Spazi pubblicitari tecnici al solo scopo di fornire all'utente utili strumenti per la navigazione.

Spetta alle Commissioni dell'Ordine valutare la trasparenza e veridicità del messaggio informativo, che esso non contenga alcun elemento di carattere promozionale o suggestivo, e ciò a tutela della salute pubblica.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Informazione ai Cittadini

1. La pubblicità della professione medica deve svolgersi secondo specifiche prescrizioni di legge (ad esempio Sezioni Unite Cassaz. Civ. n.10151 del 14/10/1998).
2. Legge 4 agosto 2006 n°.248, art. 2 (Legge Bersani). Abroga alcuni articoli della legge 175/92 ed elimina l'autorizzazione preventiva dell'informazione al pubblico.
3. Legge 14 settembre 2011 n°. 148, art. 3 e D.P.R. 7 agosto 2012, n°. 137, art. 4 prevedono che sia "ammessa con ogni mezzo la pubblicità informativa avente ad oggetto l'attività delle professioni regolamentate, le specializzazioni, i titoli posseduti attinenti alla professione, la struttura dello studio professionale e i compensi richiesti per le prestazioni. La pubblicità informativa dev'essere funzionale all'oggetto, veritiera e corretta, non deve violare l'obbligo del segreto professionale e non deve essere equivoca, ingannevole o denigratoria.

4. Legge 30 Dicembre 2018 n°. 145 art. 1, commi 525, 536: si consente la comunicazione informativa distinguendola dalla pubblicità commerciale che viene vietata. Si proibisce qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, e si stabilisce il potere sanzionatorio degli ordini professionali nei confronti dei professionisti o delle società e la segnalazione all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni. Nella stessa legge si prevede che: *Tutte le strutture private di cura sono tenute a dotarsi di Direttore sanitario iscritto all'albo territoriale in cui hanno sede operativa entro centoventi giorni dalla data di pubblicazione della presente legge.*

5. Sentenza Cassazione a sezioni riunite n. 23287 del 2010: chiamata a decidere su una pubblicità di avvocati, vieta di "effettuare alcuna forma di pubblicità con slogan evocativi o suggestivi, privi di contenuto informativo professionale, e quindi lesivi del decoro e della dignità professionale".

6. Sentenza Cassazione a sezioni riunite 3 maggio 2013, n. 10304 completa il quadro occupandosi della pubblicità mascherata da articolo giornalistico/intervista (e per ciò stesso vietata in quanto tendente a ingannare), valutandone anche il contenuto.

7. Codice Deontologia Medica del 2014, modificato nel 2016, artt. 54, 55 e 56.

Dispositivi medici

1. D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 (attuazione della direttiva 93/42/CEE) art. 21: vieta la pubblicità dei dispositivi che possono essere venduti soltanto su prescrizione medica o essere impiegati eventualmente con l'assistenza di un medico o altro professionista sanitario.

2. Sentenza CCEPS dep. 29 gennaio 2019, n°. 68/18: ribadisce il divieto della pubblicità di un dispositivo medico.

Messaggio suggestivo

- La Cassazione Sez. Unite 23287/2010 vieta di effettuare alcuna forma di pubblicità con slogan evocativi o suggestivi. Questi messaggi se sono privi di contenuto informativo professionale sono lesivi del decoro e della dignità professionale.

Ulteriori riferimenti e chiarimenti:

<https://www.caoce.it/wp-content/uploads/2018/11/LA-PUBBLICITA%E2%80%99-SANITARIA.pdf>

Ricordiamo, infine, che esiste un limite di spesa (art. 9-bis legge 175/92) pari al 5 per cento del reddito dichiarato per l'anno precedente. Poniamo anche l'attenzione su quanto contenuto nel comma 536 art. 1 Legge 30 Dicembre 2018 n°. 145, e cioè l'obbligo per il direttore sanitario di iscrizione all'Ordine dove tale funzione è esercitata entro e non oltre il 30/04/2019. Tale funzione deve essere poi comunicata tempestivamente all'Ordine, pena violazione dell' art. 69 Codice di Deontologia Medica.

CHI PUÒ FARE CURE PALLIATIVE

Pietro LA CIURA



È necessario, in un settore così complesso e variegato, fare brevi accenni normativi, con riferimenti europei e nazionali nel lungo percorso che ha connotato in questi anni lo sviluppo delle cure palliative in Italia ed in Europa, e soprattutto descrivere il tipo e i contenuti della formazione e i percorsi per gli operatori.

I primi elementi normativi comunitari europei risalgono al 1990-1999 nell'ambito di riferimento del volontariato "Documento comunitario: l'esperienza Hospice, un esempio di volontariato in Europa", e la formazione degli operatori ed il loro inserimento lavorativo erano governate da ogni singola istituzione in autonomia. In tale periodo, ad eccezione che in alcuni paesi europei dove l'autonomia della Disciplina Cure Palliative era già riconosciuta, nulla normava la formazione degli operatori in maniera strutturata e coordinata a livello nazionale.

La Gran Bretagna è stato il primo Paese europeo a riconoscere la Scuola di specializzazione in Cure Palliative nel 1987, seguita dall'Irlanda nel 1995, con Cattedre universitarie specifiche. In altri paesi, fra cui l'Australia, la Nuova Zelanda, il Canada e gli Stati Uniti questa autonomia era riconosciuta già da alcuni anni, sia pure in forme diverse (specialità o sub-specialità).

Nel 2003 viene editata dalla Commissione Europea la raccomandazione sull'organizzazione delle cure palliative (re. 24) in cui vengono suggerite le seguenti indicazioni per tutti gli Stati:

1. Cure palliative parte vitale ed integrante dei servizi sanitari [...]
2. Diritto di accesso [...]
3. [...] migliore qualità di vita
4. TEAM multiprofessionale Specialistico qualificato
5. [...]
6. Formazione di tutti gli operatori su livelli differenziati
7. [...] standard professionali qualificati [...]

In Italia il Decreto Legge n. 39 del 1999, "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative" dà le prime linee di indirizzo per la realizzazione degli Hospice e le articolazioni delle cure palliative nel territorio nazionale, definendo e delegando alle singole Regioni i piani attuativi compresi i programmi formativi in accordo con le Università.

Art. 1. È adottato il programma su base nazionale [...]. Le Regioni e le Province autonome definiscono i protocolli operativi, individuano i programmi per la verifica e la promozione della qualità dell'assistenza, per la gestione del personale e per la formazione e l'aggiornamento dello stesso.

Si sviluppano così in tutta Italia, in tempi variabili, attività organizzative e formative diverse, legate alle note autonomie regionali.

Nascono le prime Scuole a carattere nazionale "di formazione in cure palliative" soprattutto grazie al privato no profit (Floriani, SIMPA etc.) e iniziano i primi tentativi di introdurre in ambito universitario argomenti di cure palliative di base, fortemente integrati con la formazione sulla terapia del dolore. Il Piemonte è tra le prime Regioni ad implementare i servizi di cure palliative ed Hospice con l'emaneazione di linee guida che riguardano in maniera specifica la formazione degli operatori ed il loro

inserimento lavorativo con la DGR n. 15-7336 del 14 ottobre 2002 "Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma regionale per le cure palliative".

Con tale DGR e successiva modifica del 2004, vengono definiti "esperti in cure palliative" gli operatori sanitari, sia pubblici che privati, che hanno svolto corsi di formazione regionali dedicati (definiti tre livelli formativi di durata variabile -da 80 a 120 ore-): di 1° livello per tutti gli operatori, di 2° e 3° livello per la attività di "expertise" e di dirigenza di struttura".

L'emaneazione della legge n.38 del 15 Marzo 2010 ha finalmente posto le basi in Italia per una omogenea articolazione delle Cure palliative, suddividendola in due reti : Cure palliative e Terapia del Dolore .

L'articolo n. 8 della Legge, infatti, prevede che sia il Ministero dell'istruzione e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, ad individuare i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici percorsi formativi in cure palliative e di terapia del dolore connessi alle malattie neoplastiche ed alle patologie croniche e degenerative.

La legge 38/2010 ha stabilito altresì che fossero individuati i criteri per l'istituzione di Master in cure palliative e terapia del dolore (5 tipologie di master: Master di I livello in Cure Palliative e Terapia del Dolore per professioni sanitarie, Master di Alta Formazione e Qualificazione in Cure Palliative per Medici Specialisti - *specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ematologia, infettivologia, medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore*, Master di Alta Formazione e Qualificazione in Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche per Medici Pediatri, Master di Alta Formazione e Qualificazione in Terapia del Dolore (Anestesiisti), Master di II livello in Cure Palliative e Terapia del Dolore per Psicologi).

Le società scientifiche (SICP, EAPC, FEDCP), in tale ambito, hanno contribuito con la redazione dei "core curriculum"(competenze) per tutte le figure professionali operanti nell'area delle cure palliative.

Con il parere favorevole del Consiglio Superiore di Sanità, il 7 febbraio 2013, la Conferenza Permanente per i Rapporti fra Stato Regioni e Province Autonome, ha sancito l'individuazione della Disciplina "Cure Palliative" nell'area della Medicina Diagnostica e dei Servizi per la categoria professionale dei medici, nella quale possono essere conferiti gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie. Questo significa che esiste, riconosciuto legalmente, il medico palliativista anche ai fini concorsuali. L'Accordo sottoscritto in sede di Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014, previsto dall'articolo 5 comma 2 della Legge 38/2010, ha poi individuato le figure professionali che possono operare nella rete di cure palliative, nella rete di terapia del dolore e nella rete pediatrica di cure palliative e terapia del dolore, sia pubbliche che private.

Chi può fare cure palliative? Oltre agli specialisti su riportati, il Medico di medicina generale, il pediatra, lo psicologo, l'infermiere, il fisioterapista, il dietista, l'assistente sociale, gli OSS e gli assistenti spirituali, oltre ai medici non specialisti, ma con esperienza almeno triennale al 2013 (intesa della Conferenza Stato-Regioni 22 gennaio 2015) nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore certificata dalle Regioni, ovviamente con i requisiti formativi su accennati.

LE DROGHE NEI GIOVANI E GIOVANISSIMI

Elisa COLOMBI - Guido DONATO - Marina VALLATI

Le droghe nei giovani e giovanissimi: il Pediatra di Famiglia ha una posizione privilegiata nell'ambito dell'informazione alle famiglie, ma non da solo...

Il fenomeno dell'uso di stupefacenti in età pediatrica ha subito delle modificazioni nel corso degli anni. In Italia sono sempre più numerosi i giovanissimi che fanno uso di sostanze stupefacenti. Gli ultimi dati ESPAD 2015 (Scuola Progetto Europeo sul consumo di alcool e droghe tra i giovani) riportano gli adolescenti italiani ai primi posti in Europa per consumo di alcool, sostanze stupefacenti, sigarette, psicofarmaci senza prescrizione medica.

L'abuso di sostanze stupefacenti o altre situazioni comunque fortemente droga-correlate (come gli incidenti stradali causati dalla guida sotto l'effetto di alcol e/o droga) risultano al primo posto quale causa di morte per la popolazione compresa tra i 14 e i 20 anni di età. È sempre più lunga la lista di sostanze stupefacenti non ancora conosciute che ancora eludono le normative vigenti, che spesso non vengono riconosciute dai comuni test di laboratorio, e di conseguenza rendono estremamente difficile l'approccio terapeutico in situazioni di intossicazione acuta. In questi ultimi anni si è osservata una vera metamorfosi del vecchio panorama di sostanze psicoattive; alle sostanze classiche conosciute quali la cannabis, l'eroina, la cocaina e le amfetamine se ne sono aggiunte sempre di nuove, più di 700. La stessa cannabis di oggi è stata rimaneggiata e trasformata rendendo molto difficile anche il riconoscimento visivo. A questo va aggiunto il problema delle smart drugs, le cosiddette "droghe furbe" sempre più di moda tra i giovani. Si tratta di sostanze di origine vegetale o sintetica in grado di alterare le capacità cognitive e di agire sulle "performance" generali dell'individuo; pur nascendo come semplici integratori dietetici, miscele di vitamine, oligoelementi, aminoacidi, spesso nascondono presunte o accertate proprietà psicoattive. La libera vendita e la mancanza di informazioni scientifiche per ciò che riguarda il potenziale di abuso non permettono molto spesso di includerle nelle leggi vigenti sugli stupefacenti. Infine non va dimenticato il ricorso alla 'droga dello stupro' che, mescolata alle bevande alcoliche, può essere responsabile di numerosi casi di violenza sessuale.

Gli adolescenti residenti nel nostro Paese sono ai primi posti in Europa per consumo di alcool, droghe, sigarette, tranquillanti e sedativi senza prescrizione. La sostanza illegale più sperimentata, almeno una volta nella vita, è la cannabis. La prova un giovane italiano su tre, valore un po' superiore alla media europea. Il 4% è considerato un consumatore frequente, cioè la usa almeno venti volte al mese. L'inizio precoce avviene di solito intorno ai 14 anni, ma è in aumento l'utilizzo anche tra i preadolescenti. Questo fenomeno può avere conseguenze negative anche da un punto di vista neuropsicologico. Lo sviluppo plastico dell'encefalo si completa solo intorno ai 20 anni e quindi ogni sostanza d'abuso, assunta prima, può interferire nel normale processo di maturazione neuronale e dare il via a tutta una serie di effetti avversi come danni sulla memoria breve e riduzione della concentrazione. Esistono poi problemi sulla capacità di problem solving, sul controllo motorio e sul tempo di reazione.

È dimostrato inoltre che l'uso precoce e frequente di droghe può aumentare l'insorgenza di disturbi dell'umore, come ansia e depressione e di psicosi; inoltre favorisce il rischio di dipendenza in età adulta. Le malattie psichiatriche esordiscono per il 50% entro i 18 anni di età e per il 75% entro i 25 anni di età. La popolazione pediatrica (fino ai 18 anni) affetta da patologie psichiatriche è di circa il 20% sul totale dei minori (il dato è ampio, ma sono incluse anche condizioni a minimo impatto come

disturbi del linguaggio, disturbi di attenzione). Considerando solo le malattie psichiatriche più severe, l'incidenza in età pediatrica scende all'8-10%. Dai dati della letteratura risulta anche che il tempo medio che intercorre tra l'inizio dell'assunzione di droghe e la diagnosi del disturbo psichiatrico e quindi l'inizio di un trattamento è in media di 6 anni. Infine è noto ormai quali siano i profili psicopatologici e sociali dei ragazzi e delle famiglie più a rischio. Un minore su dieci utilizza psicofarmaci senza prescrizione medica, più le ragazze (17%) rispetto ai ragazzi (13%): farmaci per l'insonnia, antidepressivi, farmaci psicostimolanti (inclusi vari derivati anfetaminici). L'inizio è precoce, si colloca in genere intorno ai 14 anni, ma è in forte aumento l'utilizzo in fasce di età sempre più giovani, molti preadolescenti vengono trovati positivi al drug testing. Una fascia di età chiaramente di interesse pediatrico.

Il commercio di droghe avviene via internet tramite *web*, *deep weeb* e *dark web* facilmente accessibili. La droga sul web è un argomento nuovo per la gran parte dei genitori. Quasi nessuno è al corrente di tutto quello che può succedere davanti agli occhi dei ragazzi che usano internet di continuo e, soprattutto nell'adolescenza, con una certa ingenuità. La reclamizzazione avviene soprattutto attraverso i cosiddetti spazi di espressione individuale su web, largamente utilizzati e condivisi dai ragazzi ma che sono spesso inusuali e poco conosciuti dai genitori con non pochi problemi di controllo da parte delle famiglie. I ragazzi di oggi sono educati alla tecnologia e nella rete si sentono senza controllo.

Da qui l'importanza di puntare su programmi di informazione ed educazione rivolti soprattutto alle famiglie e agli insegnanti, mettendoli a conoscenza del rischio salute e dei pericoli che la rete può nascondere, offrendo loro gli indicatori utili al riconoscimento e all'intervento precoce. Un ruolo chiave lo ha certamente il Pediatra di Famiglia, che è in una posizione unica per fornire a genitori e adolescenti un'informazione e un counselling accurati circa le conseguenze dell'uso di cannabis.

I Pediatri di famiglia possono svolgere un'azione incisiva nell'ambito dell'informazione alle famiglie perché le caratteristiche dell'assistenza prestata ed il rapporto di fiducia con i bambini/ragazzi e genitori pongono lo specialista dell'infanzia in una posizione privilegiata. Da tempo i Pediatri sono impegnati su molti punti chiave, in particolare nella promozione degli stili di vita sani, nel contrasto ai principali fattori di rischio come il fumo, la sedentarietà e dieta scorretta e prevenzione primaria come le vaccinazioni. In Italia, tra i giovani di età compresa tra 14 e 17 anni, l'11% fuma abitualmente, il 21,3% dei bambini tra i 6 e 10 anni è in sovrappeso, il 9% obeso e il 22,9% è sedentario. Per quanto concerne l'uso di droghe il Pediatra non può agire da solo, ma la sua comunicazione/informazione/assistenza alle famiglie deve essere integrata, potenziata e condivisa con i Servizi di Neuropsichiatria Infantile e con tutte le Istituzioni che ruotano intorno ai giovani: la Scuola, che può contribuire all'informazione dettagliata e precisa in campo di droghe e loro abuso, i Centri di Ascolto per l'Adolescenza che offrono libero accesso e consulenza specialistica non solo agli adolescenti ma anche ai loro genitori, le Forze dell'Ordine e tutti coloro che oggi si occupano di sviluppo salute prevenzione del mondo pediatrico e adolescenziale.

Dr.ssa Elisa Colombi, Medico Dirigente Neuropsichiatria Infantile A,C,NPI ASL CN1 Sede di Mondovì
Dr. Guido Donato, PLS ASL CN 1 - Carrù
Dr.ssa Marina Vallati, PLS ASL CN1 - Boves

LA VERTEBROPLASTICA ALLA PROVA DELLA EVIDENCE BASED MEDICINE

Alberto SILVESTRI S. C. Medicina Interna Ospedale S. Croce e Carle Cuneo



La Vertebroplastica (VP) si propone, mediante l'iniezione percutanea di polimetilmetacrilato all'interno della lesione di un corpo vertebrale, di stabilizzare i corpi vertebrali lesi, prevenire ulteriori cedimenti, attenuare o risolvere la sintomatologia dolorosa, con riacquisizione di mobilità e attività fisica soddisfacenti. Nel 1987 Hervé Deramond pubblicava il resoconto della prima VP eseguita ad Amiens nel 1984. La pratica si diffuse rapidamente e, sull'onda dell'entusiasmo, anche al di fuori delle indicazioni corrette. Ma nel 2009 fecero scalpore 2 RTC pubblicati sul NEJM che di fatto stroncavano la procedura. Fino ad allora la validità della VP e della Cifoplastica (KP) era sostenuta da 2 metanalisi (Eck et al. del 2008 e Bouza et al. del 2006), per un totale di 9.000 pazienti con più di 15.000 fratture, che evidenziavano un'immediata riduzione del VAS pain score di circa 5 punti.

Un trial randomizzato e controllato del marzo 2009, il "FREE" study¹, aveva inoltre provato la superiorità della KP rispetto alla terapia non operativa su 300 pazienti a 6 e 12 mesi di follow-up.

La novità e la forza dei 2 studi del 2009 consisteva nel fatto che erano i primi studi in cieco sull'argomento: il gruppo di controllo era cioè costituito da pazienti che venivano sottoposti ad una procedura "sham" nella quale l'ago veniva inserito fino al periostio e non veniva iniettato il cemento; per il resto la mesinscena era perfetta, con l'accortezza di aprire la confezione di PMMA perché se ne diffondesse l'odore. Il primo studio², del gruppo australiano di Rachel Buchbinder, aveva valutato 35 casi contro 36 controlli a 1, 4, 12 e 24 settimane,

Il secondo studio³ del gruppo di David Kallmes, che valutò 64 casi contro 61 controlli, contemplava la possibilità cross-over, cioè la possibilità di ripetere al terzo mese la procedura passando all'altro braccio (8 casi e 27 controlli eseguirono il cross-over)

In entrambi i trial ad un anno di distanza non si osservavano differenze significative fra i due gruppi, sia per quanto riguarda il dolore che la qualità di vita.

Questi studi furono ampiamente criticati⁴. In particolare:

- 1) le difficoltà di arruolamento comportarono un periodo di arruolamento superiore a 4 anni per 78 e 131 partecipanti, nonché un ampliamento dei criteri di inclusione e riduzione delle dimensioni dello studio target dopo l'inizio dello studio;
- 2) i criteri di inclusione si basavano principalmente sulla valutazione radiografica, il che porta alla domanda se molte delle fratture trattate fossero al momento asintomatiche;
- 3) gli studi includevano sia fratture acute che croniche;
- 4) un considerevole numero di Pazienti in terapia cronica con oppiacei fu arruolato in entrambi gli studi;
- 5) la natura multicentrica dello studio di Buchbinder et al. è stata contestata, dal momento che il 68% di tutte le procedure vennero eseguite presso un singolo istituto da un solo radiologo;
- 6) le procedure e le valutazioni sono state eseguite solo da radiologi anziché specialisti della colonna vertebrale di orientamento clinico;
- 7) vennero usati solo approcci monolaterali con piccoli volumi di cemento
- 8) Il materiale utilizzato nella procedura sham da Kallmes et al. non era inerte e può aver agito come un blocco facciale o periostale, con un effetto terapeutico;
- 9) c'era un'alta percentuale di crossover nello studio di Kallmes et al. (Il 33% assegnato a sham e il 12% assegnato a PV) che alla fine ha diminuito il potere di rilevare differenze di effetti significativi;
- 10) l'entità del dolore all'arruolamento e dopo le procedure era basso o assente.

Per contro uno studio randomizzato su un ampio numero di pazienti (101 sottoposti a vertebroplastica e 101 a trattamento conservativo), il VERTOS II⁵, evidenziava una superiorità della VP sia in termini di riduzione del dolore sia di riduzione della disabilità, laddove la procedura veniva effettuata precocemente (Back pain da meno di 6 settimane).

Alle stesse conclusioni perveniva una metanalisi su 293 pazienti⁶, che pure comprendeva gli studi avversi di Buchbinder e Kalmess.

Inoltre l'analisi di un ampio bacino di pazienti fornito da Medicare nel periodo 2005-2008 (858.978 fratture vertebrali, 119.253 KP, 63.693 VP) dimostrava una riduzione altamente significativa di mortalità a 4 anni [adjusted hazard ratio (HR) 0.63, p<0,01] con una superiorità della KP sulla VP⁷. Il trend veniva confermato dall'estensione dello studio fino al 2014 su oltre 2.000.000 di fratture vertebrali da fragilità. Mancava comunque un ulteriore studio in doppio cieco per cercare di dirimere la questione.

La risposta veniva dallo studio VAPOUR pubblicato nell'agosto 2016⁸.

Questo trial multicentrico australiano, effettuato su 121 pazienti, 61 assegnati alla VP e 60 al placebo con anestetico locale, evidenziava la superiorità del trattamento con VP nelle fratture osteoporotiche rispetto alla storia naturale. Già a distanza di poche settimane dal trattamento si registrava un netto miglioramento della sintomatologia dolorosa nel gruppo sottoposto a VP (44%) rispetto al controllo (22%); tale miglioramento era aumentato al controllo a 6 mesi. Lo studio segnalava inoltre che il trattamento medico non è scevro da rischi di complicanze neurologiche severe quali la compressione midollare, avvenuta in 2 casi del gruppo trattato con la sola terapia medica. Il beneficio non era però significativo nei crolli del tratto cervicale e nelle fratture trattate tardivamente (dopo 3 mesi).

A complicare ulteriormente le cose, un ulteriore recente trial in doppio cieco olandese su 91 pazienti sottoposti a VP vs 89 pazienti sottoposti all'intervento "shame"⁹, sembra smentire l'utilità della procedura, suggerendo che in alcuni casi il miglioramento clinico osservato dopo la VP sia generato dall'effetto dell'anestesia locale, dalle aspettative di riduzione del dolore (effetto placebo), e dalla guarigione naturale della frattura.

Come si vede, i dati in letteratura sono molto contrastanti. L'impressione è che la VP vada effettuata piuttosto precocemente, entro tre mesi dalla frattura e che vada riservata a pazienti selezionati, tenendo conto dell'entità e del trend della sintomatologia dolorosa, delle caratteristiche del paziente e dei rischi legati all'allettamento e alle terapie analgesiche. Scrivono Firanescu e colleghi. "Crediamo che ci sia un posto per la vertebroplastica quando l'efficacia supera i rischi".

BIBLIOGRAFIA

1. Wardlaw D, et al: Lancet 373:1016-1024, 2009
2. Buchbinder R et al, N Engl J Med 2009;361:557-568.
3. Kallmes DF et al, N Engl J Med 2009;361:569-79.
4. John E. O'Toole et al, E J Neurosurg Spine 14:555-560, 2011
5. Klazen CAH et al, Lancet 2010; 376: 1085-92
6. Anderson PA et al, Journal of Bone and Mineral Research, Vol. 28, No. 2, February 2013, pp 372-382
7. Edidin AA et al, Journal of Bone and Mineral Research, Vol. 26, No. 7, July 2011, pp 1617-1626
8. Clark W et al, www.thelancet.com Published online August 17, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31341-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31341-1)
9. Firanescu CE et al, BMJ 2018;360:k1551

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Dr.ssa Martina Alberti	CUNEO
Dr.ssa Beatrice Ameglio	CUNEO
Dr Pietro Andalaro	ALBA
Dr Gabriele Arduino	MONDOVI
Dr Alessandro Audisio	REVELLO
Dr.ssa Elisabetta Augustoni	MONDOVI
Dr.ssa Roberta Barolo	CUNEO
Dr.ssa Laura Beccaria	CUNEO
Dr Paolo Bedino	CARAMAGNA
Dr.ssa Cristina Bertola	VERDUNO
Dr.ssa Chiara Bertolino	MONASTERO DI VASCO
Dr.ssa Andrea Biondo	CEVA
Dr.ssa Elisa Bonino	CASTAGNITO
Dr Edoardo Bosso	CAVALLERMAGGIORE
Dr.ssa Lorenza Brignone	ROCCABRUNA
Dr.ssa Francesca Margherita Bunino	COSTIGLIOLE S.
Dr.ssa Marta Busso	CUNEO
Dr Davide Canta	SAVIGLIANO
Dr Cristian Carbone	CUNEO
Dr.ssa Ilenia Carretto	NIELLA BELBO
Dr.ssa Veronica Cavallo	BOVES
Dr Vittorio Chino	BUSCA
Dr Andrea Colombatto	CASALGRASSO
Dr Giancarlo Conterno	DOGLIANI
Dr.ssa Ilaria Crepaldi	SAVIGLIANO
Dr.ssa Elena Damilano	SAVIGLIANO
Dr Tommaso Dragone	VILLANOVA MONDOVI
Dr.ssa Daniela Di Giacomo	CUNEO
Dr Lorenzo Fagiolo	DRONERO
Dr.ssa Chiara Figone	CEVA
Dr.ssa Giulia Folgori	CAVALLERMAGGIORE
Dr.ssa Francesca Gerbino	ROCCABRUNA
Dr Alberto Ghigo	SALUZZO
Dr Jacopo Davide Giamello	BUSCA
Dr Davide Lombardo	SAN MICHELE MONDOVI
Dr.ssa Erica Magnaldi	CUNEO
Dr Marco Malvezzi	SALUZZO
Dr.ssa Sabrina Marchisio	CASTELLINALDO
Dr Giorgio Marengo	CUNEO
Dr.ssa Manuela Massano	BALDISSERO D'ALBA
Dr Simone Mellano	SAVIGLIANO
Dr Carlo Maria Minero	RACCONIGI
Dr.ssa Federica Mirri	CUNEO
Dr.ssa Liala Moschetti	MONDOVI
Dr.ssa Cinzia Novo	MONTÀ
Dr.ssa Giulia Paglietta	SALUZZO
Dr Enrico Panero	SOMMARIVA DEL BOSCO
Dr.ssa Marta Pelizza	BRA
Dr.ssa Carlotta Pepino	BARGE
Dr Tullio Andrea Revetria	BAGNASCO
Dr Andrea Rinaudo	FOSSANO
Dr Umberto Rosso	BUSCA
Dr Angelo Maria Saccà	MAZARA DEL VALLO

Dr.ssa Maura Sanino	NARZOLE
Dr Gabriele Siccardi	FRABOSA SOTTANA
Dr.ssa Alice Silvestro	CUNEO
Dr.ssa Anna Testa	CAVALLERMAGGIORE
Dr.ssa Giulia Trucco	SAVIGLIANO
Dr.ssa Diana Ioana Turturica	SANTA VITTORIA D'ALBA
Dr Gianpiero Vaudano	BRA
Dr.ssa Serena Viale	CUNEO
Dr Alberto Vivaldo	GRINZANE CAVOUR
Dr Lorenzo Vola	FOSSANO

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Dr Antonio Carbone	CEVA
Dr Toni Pazzià	VERZUOLO

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

Dr Christoph Scheurer	BOLZANO
Dr Gabriele Sito	TORINO

MEDICI CANCELLATI SU RICHIESTA

Dr.ssa Franca Gozzaldi	DEMONTE
Dr.ssa Maria Novarino	PEVERAGNO

MEDICI DECEDUTI

Dr Sergio Giovanni Reynaud	SALUZZO
----------------------------	---------

ODONTOIATRI PRIMA ISCRIZIONE

Dr Alessandro Bollano	CHERASCO
Dr Andrea Brondino	SALUZZO
Dr Filippo Gazzera	CUNEO

ODONTOIATRI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Dr Federico Barbero	TORINO
Dr Francesco Genovesi	CATANIA

NECROLOGIO

Con profondo cordoglio il Consiglio Direttivo partecipa al lutto per la scomparsa del collega
Dr Sergio Giovanni REYNAUD, medico Chirurgo di anni 62
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**

*Registrazione del Tribunale di Cuneo
n. 455 del 23-04-1991*

Redazione, amministrazione e direzione:
Via Mameli, 4 bis - 12100 CUNEO
Tel. 0171.692195

Direttore responsabile:
Franco Magnone

Comitato di redazione:
Bartolomeo Allasia, Claudio Blengini,
Roberto Gallo, Antonella Melano,
Andrea G. Sciolla, Marina Vallati

Comitato scientifico:
Felice Borghi, Quintino Cartia,
Luigi Fenoglio, Livio Vivalda

*METAFORE - Cuneo, Corso Dante 5
info@edizionimetafore.it

