

ORDINE  **DEI MEDICI**
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo 

3

2019



Pag.
12

WONCA
E LA PLANETARY HEALTH
ALLIANCE

ORARI E CONTATTI DELL'ORDINE

La Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Cuneo si trova in Via Goffredo Mameli 4/bis ed è aperta nei seguenti giorni e orari:

- Lunedì / Mercoledì dalle ore 9 alle ore 17
- Martedì / Giovedì / Venerdì dalle ore 9 alle ore 13
- Sabato chiuso

Contatti: Tel. 0171 692195 - Fax: 0171 692708

email: segreteria@omceo.cuneo.it email PEC: segreteria.cn@pec.omceo.it

PROMOZIONE DI CONGRESSI E CONVEGNI

Le notizie su convegni e congressi vengono pubblicate in apposita sezione del notiziario. Ricordiamo a tutti i colleghi che, in base alle scadenze di pubblicazione programmate (di norma, intorno al giorno 15 dei mesi di febbraio, aprile, giugno, agosto, ottobre e dicembre), è indispensabile che le informazioni sugli eventi vengano inviate con abbondante anticipo (tre mesi prima della data fissata per l'evento).

INVITO A COLLABORARE AL NOTIZIARIO

Ricordiamo che la collaborazione al Notiziario è aperta a tutti gli iscritti. La Direzione si riserva il diritto di valutare la pubblicazione e di elaborarne il testo secondo le esigenze redazionali: viene comunque raccomandata la brevità. Il termine di consegna del materiale, da inviare esclusivamente via e-mail alla Segreteria dell'Ordine, per il prossimo numero è stabilito per il 25 luglio 2019: detto termine per ragioni organizzative deve intendersi come tassativo.

IN QUESTO NUMERO

Franco MAGNONE



Il Presidente Giuseppe Guerra apre il notiziario con la sua lettera agli iscritti, stavolta ispirata da San Giuseppe, non come protettore dei papà (ed anche di altre categorie, che non conoscevo), ma nella veste di "artigiano", festeggiato il 1° maggio. Ricorrenza, quella del 2019, non fra quelle da ricordare, almeno per la nostra categoria...

La FEDERSPEV (associazione di sanitari pensionati e loro superstiti) ci avvisa dell'esistenza di un ricorso contro le novità peggiorative, in campo pensionistico, introdotte dall'ultima legge di bilancio 145/2018. Nell'articolo viene anche ricordato che "i pensionati ENPAM non sono coinvolti nella manovra finanziaria sulle pensioni". Chissà se un giorno tutti i medici non riescano - come altre professioni - ad avere un solo ente di previdenza, indipendentemente dall'ambito lavorativo... Il collega Riccardo Schiffer, direttore della SSD di RFF dell'ASO S. Croce e Carle illustra le basi della posturologia clinica e della biometria digitalizzata.

L'angolo del pediatra torna sul tema della corretta alimentazione e degli stili di vita sani: utilissimo "ripasso" di temi fondamentali nella prevenzione di numerose patologie croniche.

Benedetta Aimone, per la Commissione Ambiente, ci parla dell'appello, rivolto ai medici di famiglia da tre organizzazioni internazionali, per la tutela della salute globale.

Roberto Nacca e Walter Martini, medici di famiglia, ci offrono le loro riflessioni sulla prognosi come risorsa di cura.

Il consigliere Meo Allasia, medico generale fresco pensionato, ha elaborato una sintesi sul problema delle certificazioni mediche. Come egli ricorda, più volte il notiziario ha ospitato interventi sull'argomento; puntualmente, però, qualche collega, sulle varie liste mediche espone dubbi e perplessità, quindi questo articolo sarà d'aiuto a noi tutti.

Alberto Rivarossa, responsabile della Chirurgia Plastica del S. Croce e Carle di Cuneo, affronta i dubbi recentemente sollevati dal riscontro di un rarissimo linfoma a grandi cellule in pazienti portatrici di protesi mammarie.

Il responsabile del programma Prevenzione Serena di Cuneo, Lorenzo Orione, ci espone, con la collaborazione della project manager Monica Rimondot, lo stato dell'arte del progetto nella Granda. Infine, l'anestesista saviglianese Pasquale Portolese ci propone un argomento interessante, e cioè la donazione samaritana, possibile in Italia solo da pochi anni.

SAN GIUSEPPE

Giuseppe GUERRA



Care Colleghe, cari Colleghi,
San Giuseppe è il Santo Patrono dei papà e anche dei falegnami, dei carpentieri e degli ebanisti (oltre che dei "senza tetto" e dei Monti di Pietà e relativi prestiti a pegno...).

La festa di San Giuseppe ricorre, solenne, il 19 marzo, ma, il Santo è molto festeggiato in campo liturgico e sociale anche il 1° maggio, festa del lavoro, quale Patrono di artigiani e operai. Il ricordo del Santo nella ricorrenza del 1° maggio significa laicamente riconoscere la dignità del lavoro umano come dovere dell'uomo e, per la Chiesa Cattolica, in aggiunta, il prolungamento dell'opera del Creatore.



Purtroppo anche quest'anno, per noi medici, questa data si è rivelata una ricorrenza più "grigia" del solito per una serie di motivi che vado ad elencare, spero in modo esaustivo:

- 1) Lo stallo, ormai decennale, del contratto di lavoro;
- 2) La presenza di professionisti, stranieri e non, sottopagati e/o sfruttati;
- 3) La carenza di sicurezza sul posto di lavoro e la violenza sugli operatori sanitari;
- 4) Medici costretti a non rispettare gli orari di riposo ed il mancato usufrutto di ferie per garantire la continuità di servizio. La carenza di Professionisti sta diventando, in alcune discipline, una vera e propria emergenza nazionale;
- 5) Medici che sempre più sono indirizzati a partecipare a turni c.d. "a gettone" con relativa contrattazione selvaggia;

6) Presenza di una pletera di c.d. "camici grigi" intrappolati tra l'abilitazione e la specializzazione;

7) Medici che in contesto lavorativo sempre più precario, pieno di denunce e di burnout, migrano all'estero dove la valorizzazione della professione, la condizione di lavoro e la remunerazione sono ritenute più soddisfacenti.

Eppure, sono convinto, noi medici crediamo che l'Italia sia una Repubblica fondata sul lavoro. Eppure, noi medici, siamo convinti che la nostra professione, posta a garanzia del diritto alla salute, rivesta un forte ruolo sociale, ruolo che deve essere riconosciuto e valorizzato.

Il 1° maggio è pertanto capitato in un momento di crisi professionale dovuto alla mancanza di certezze per chi lavora in sanità.

Tornando a San Giuseppe, ricordo che il significato letterale del nome è "Dio aggiunga"; concetto estensibile e da intendere anche come "aggiunto in famiglia".

Nulla osta ad "aggiungere in famiglia" i Medici ritirati dal lavoro, purché abbiano meno di 70 anni e le ASR abbiano espletato ogni altra procedura di assunzione. Dopo la Regione Molise ed il Veneto, anche il Piemonte permette ora di "aggiungere" Medici pensionati nelle aree di carenza quali Pronto Soccorso, Pediatria e Ginecologia.

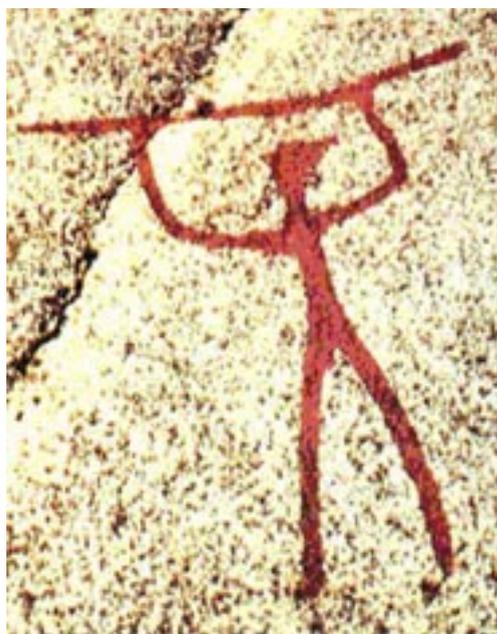
Molti Medici ritirati dal lavoro già effettuano, spesso a titolo gratuito, attività di prim'ordine in ambulatori e corsie di ospedali; a loro vanno i più sentiti ringraziamenti per quello che fanno e per il loro "essere Medici". Allo stesso modo, il mio pensiero, è rivolto anche a quelli che partecipano attivamente all'interno del nostro e altri Ordini.

Augurandomi che le estreme azioni regionali siano temporanee e rivolte al superamento della grave criticità occorrente, spero vivamente che, passata la crisi, altre siano le soluzioni. Soluzioni rivolte all'inserimento dei giovani Medici e dei c.d. "camici grigi", all'aumento dei posti nelle scuole di specializzazione così come per i corsi rivolti ai Medici di Famiglia, affinché ci siano sempre più giovani Medici che curano una popolazione demograficamente sempre più anziana, portando così un forte messaggio di speranza, di fiducia e di riconoscimento alla nostra professione.

Un caro saluto

LA POSTUROLOGIA CLINICA E LA BIOMETRIA DIGITALIZZATA

La posturologia è un campo della medicina che basandosi su acquisizioni anatomiche, biomeccaniche e neurofisiologiche, studia l'equilibrio, le strategie e i compensi che sono utilizzati per mantenerlo in ogni circostanza.



La postura è la posizione del corpo umano nello spazio e la relativa relazione tra i suoi segmenti corporei. *La posturologia clinica* (clinica da *Kliniké: arte relativa a chi giace nel letto*), è l'applicazione pratica della semeiotica fisica e strumentale della medicina che sono insegnate in tutte le facoltà di medicina e chirurgia. È chiaro che nella sua accezione quotidiana la semeiotica fisica presuppone conoscenze particolari e specifiche tipiche della disciplina, che possono essere apprese solo in parte nei corsi universitari, ma che volendo, se esiste l'interesse da parte del medico, possono essere approfondite attraverso corsi di aggiornamento, master o altro. Stessa cosa dicasi per la semeiotica strumentale, che deve essere approfondita e specializzata oltre gli studi universitari. Un particolare aspetto della posturologia clinica è la *biometria digitalizzata*.

L'applicazione della matematica allo studio dei fenomeni biologici è detta *biometria*¹⁾.

In *medicina fisica e riabilitativa* la biometria è una *definizione spazio-temporale dei dati morfologici statici e dinamici di ciascun individuo. È la carta d'identità antropometrica di ogni soggetto fissata nel tempo e nello spazio, per l'attitudine che si vuole studiare, comparabile sia cronologicamente che con modelli statistici.*²⁾ Utilizza la matematica e la statistica per eseguire le misurazioni.

*La biometria digitalizzata è una branca della medicina che applica le leggi della fisica e della matematica allo studio del movimento e della postura con l'obiettivo di descriverne e prevederne il comportamento. È l'evoluzione tecnica della classica biometria generale*³⁾.

In clinica, noi medici eseguiamo della biometria semplicemente quando nei pazienti misuriamo la loro altezza, la lunghezza degli arti, li pesiamo o chiediamo che numero di piede hanno. E ancora, se semplicemente *osserviamo* un paziente spogliato in stazione eretta frontale, posteriore, di lato (ipercifosi, lordosi), mentre cammina, osservandolo dall'alto per vedere se gli emitoraci sono simmetrici o meno. E infine, facendogli inclinare il busto in avanti se ne rileviamo i gibbi (scoliosi).

La *posturografia* nasce nel 1864. Vierdot registra i movimenti del corpo umano in stazione eretta statica, fissando sulla punta del casco dei soldati una penna che strofinandosi contro un disco rivestito

di nero fumo, registra le oscillazioni sul piano sagittale e frontale e la loro ampiezza. Il culmine fu la fondazione di una scuola di posturografia a Berlino, dove sono poste le basi per i primi studi sulla cinematica globale dell'uomo. Attualmente vista *l'evoluzione culturale*, essendo tutti quelli nati dopo il 1985 per definizione *digital born*, mentre quelli nati prima sono definibili nativi cartacei, è invalso l'uso della *digitalizzazione* della semeiotica strumentale per l'analisi di strumento della postura⁴⁾. In pratica, gli occhi sono diventati delle telecamere, e gli altri sensi... dei sensori. Tutti i dati sono elaborati mediante algoritmi di cui sono dotati i vari applicativi, e le immagini con le tabelle possono essere stampate.

Fondamentale: i dati, devono sempre essere analizzati dal *medico* e la *refertazione* stilata dallo stesso. L'analisi strumentale, come tutti gli esami, è un *valore aggiunto* e deve essere richiesto solo dopo aver rilevato un'accurata *anamnesi*, svolto un accurato *esame obiettivo*. Serve per *confermare, confutare, indirizzare* o *modificare* una terapia (chirurgica, medica, fisio/riabilitativa). Come per tutte le analisi strumentali i *parametri* o *indicatori* devono fare riferimento ai valori di normalità, cosa a cui non si sottrae la biometria. Ricordiamo che la normalità può essere definita in vari modi, ad esempio secondo Kuhn *"Il normale è ciò che è comune, in un dato periodo, o a una collettività di specialisti"*. Ne consegue per definizione che è *patologico tutto ciò che non è normale*.

In posturografia sono utilizzati clinicamente degli *indicatori*, cioè delle *variabili* che servono a *formulare un giudizio*, sono selezionati in base a delle *ipotesi, valori, obiettivi*. Servono a *prevedere, progettare, fare diagnosi, decidere*. Il loro valore è diverso, può essere quantitativo o qualitativo. Quantitativo quando espresso da un *numero intero o no*, qualitativo quando rilevano *aspetti della realtà* con caratteristiche intrinseche o estrinseche (caratteri costitutivi di uno stile, funzione, significato).

Le *caratteristiche* di un indicatore dipendono dal fatto che deve essere *pertinente* cioè in grado di riferirsi al fenomeno che si vuole analizzare. *Rilevante* clinicamente, ovvero deve rappresentare aspetti quali efficacia, efficienza, sicurezza. Deve essere *valido* ossia deve misurare in modo oggettivo ciò che si intende misurare. Essere *riproducibile*, senza rilevanti variazioni in ambienti diversi. Oltremodo *discriminante*, cioè deve poter differenziare condizioni che è importante considerare differenti. Infine *praticabile*, facilmente disponibile.

Gli applicativi (strumenti) per *l'analisi del movimento* hanno degli indicatori che *generalmente* si trovano in tutti gli apparecchi in commercio. Nella trattazione noi faremo riferimento a quelli che maggiormente sono usati nella letteratura mondiale.

In pratica gli indicatori dipendono dalla tipologia di applicativo in uso. Riepilogando possono essere: *cinetici, cinematici, misti*.

Riccardo SCHIFFER



1) 1782-1863 Louis-René Villermé, 1800-1890 Edwin Chadwick, 1822-1911 Francis Galton, 1857-1936 Karl Pearson.

2) Konings L., Van Celst M. 2000.

3) Schiffer R. 4/6/2006 XXXIV Congresso Nazionale SIMFER.

4) Mark Prensky "Digital Natives, Digital Immigrants 2001"



I sistemi attuali sono classificabili come segue in conformità a quale postura si vuole studiare e sono strumenti per la valutazione della:

- Stazione Eretta in prova del filo a piombo
- Stazione Eretta Perturbata
- Posizione Seduta
- Deambulazione
- Pianta del piede
- Marcia sul posto

Poi ci sono sistemi per la:

- ricostruzione tridimensionale e misurazione della colonna vertebrale.
- morfometria di tutto il corpo, segmentaria
- ricostruzione cinetica e cinematica del movimento per i movimenti segmentari, movimenti segmentari durante la deambulazione, movimenti segmentari durante la marcia sul posto

continua...

Schiffer R. *Direttore SSD di RRF ASO SCROCE e Carle di CUNEO*
 Laboratorio di Biometria e Posturologia Clinica Digitalizzata

BIBLIOGRAFIA

Parole chiave da digitare su Google, PubMed, Gait&Posture:

Posturology, Posturography, Stabilometry, Baropodometry, Baropodographic treadmill, Stabilometry in a sitting position, Three-dimensional reconstruction of the spine, Spinometria, Body Analysis Capture, Podoscopy, Equilibrium, imbalance, Rasterste-reografia, Digital biometry, Biometry, Vertigo, Dizziness, Instability, Postural disorders, Postural biomechanical syndrome

Testi inerenti agli argomenti trattati:

Schiffer R. *Baropodometria Clinica*. MEDEA edizioni. Padova Febbraio 2019

Schiffer R. *Stabilometria Clinica*. Edi Ermes Milano 2015

Schiffer R. *Baropodometria clinica : statica, dinamica, treadmill*. ASO S.Croce e Carle di Cuneo-OSRU-2016

Schiffer R. et al. *Biomedica Posturale e Biometria digitalizzata*. Publiedit Roma 2015

Schiffer R. *Pedane Dinamometriche: posturografia*. Editrice Speciale RIABILITAZIONE, Riabilitazione Oggi Milano, Settembre 2003

Schiffer R., Balsamo A., Simondi A. *Il laboratorio di posturologia digitalizzato*. La Riabilitazione Oggi, Milano Volume 1 e 2. Dicembre 2007, e Marzo 2008

Schiffer R., Gallo. M., Cioffi M., Bottero S. *Valutazione Strumentale dei Disturbi Motori e Sensitivi in Posizione Seduta mediante utilizzo di Pedana Dinamometrica (Reha-Seat). Utilità in riabilitazione*. Riabilitazione Oggi Milano, n°10 Dicembre 2000

Sito: neuroequilibrio.it

Facebook : neuroequilibrio.it

FEDER.S.P.e V.



La FEDER.S.P.e V. (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove/i) è un'associazione di Medici, Farmacisti, Odontoiatri, Veterinari nata nel 1965 con sede a Roma in via Ezio 24, apolitica, aconfessionale con finalità sindacali ed associative; è organizzata in Organi Regionali ed in Sezioni Provinciali che dipendono dal Comitato Direttivo Nazionale con un Presidente, Soci effettivi, sostenitori e Soci onorari. (vedi in internet Federspev Roma).

Il Piemonte ha un Presidente Regionale, e 7 sezioni con altrettanti Direttivi: Cuneo, Torino, Alessandria, Asti, Biella, Novara- Verbania, Vercelli.

Tra gli obiettivi il più importante in questo momento è la difesa delle pensioni dei titolari e delle pensioni di reversibilità: il prof. dott. Michele Poerio Presidente della Feder.S.p.eV. Nazionale, Segretario Generale Confedir e Presidente del Forum Pensionati d'Italia, propone un ricorso collettivo avverso le novità peggiorative introdotte dalla Legge di Bilancio 145/2018 (art.1, commi 260 e 261), che riguardano la perequazione solo parziale dei trattamenti pensionistici nel triennio 2019-2021; martedì 4 giugno dalle ore 15:00 terrà una conferenza presso la Sede dell'Ordine dei Medici di Torino, Corso Francia 8.

Ricordo che i pensionati ENPAM non sono coinvolti dalla manovra finanziaria sulle pensioni.

I Sanitari pensionati e i superstiti (vedove/i) già soci Federspev che volessero aderire al ricorso possono richiedere il modulo alla segreteria dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Cuneo e inviarlo:

- per posta ordinaria a FEDERSPEV Via Ezio,24- 00192 Roma
- Fax al numero 06 3224383,
- e-mail: azioni_legali@confedir.it

oppure:

- contattare il numero telefonico 06 77204826;
- email: info@confedir.it, federspev@tiscali.it

Siti istituzionali: www.confedir.it - www.federspev.it

FEDERSPEV ROMA

Tel. 06.3221087 / 06.3203432.

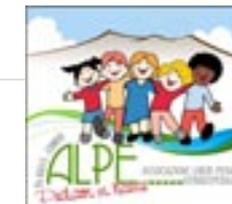
I sanitari pensionati e i superstiti "non iscritti" alla FEDER.S.P.e V. che volessero aderire al ricorso possono mettersi in contatto con il Direttivo della sezione di Cuneo per avere il modulo e ulteriori informazioni:

FOSSANO 329 0298744 (Binel Lucina Farina) antoninalucetta@gmail.com;
 CUNEO:339 3879182 (Castellini Luisa Rebella) rebellaalice.it

Lucina Binel Farina

CORRETTA ALIMENTAZIONE E SANI STILI DI VITA

Marina VALLATI



Corretta alimentazione e sani stili di vita: i capisaldi della vera prevenzione
La prevenzione è oggi una vera e propria strategia di salute che coinvolge tutte le età della vita e comprende una serie di interventi sociali e sanitari da praticare in modo attivo.

I risultati di una prevenzione efficace in termini di qualità della vita e di sopravvivenza sono tali e tanti e contrassegnati da evidenze scientifiche incontrovertibili, che si può ben dire che oggi il diritto alla prevenzione va incluso a pieno titolo tra i diritti di salute inalienabili. Ciò è vero in tutte le età della vita, ma lo è particolarmente nell'età evolutiva, a partire dal concepimento. I primi mille giorni dal concepimento sono diventati uno slogan di successo per mettere l'accento sull'importanza che determinanti negativi di salute in quest'epoca precoce possano innestare modalità di sviluppo sfavorevoli, correlate con la comparsa precoce di malattie croniche dismetaboliche e cardiovascolari quali diabete, sindrome metabolica, obesità, aterosclerosi.



Gli interventi di prevenzione devono infatti essere precoci ed estesi alla comunità che ruota intorno all'individuo: la famiglia, la comunità scolastica, gli ambienti in cui i bambini vivono, giocano, mangiano secondo quanto messo in luce dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel suo documento "Health 2020". Una corretta alimentazione e stili di vita improntati alle esigenze di salute sono diventati una modalità di prevenzione primaria nei confronti del boom epidemiologico mondiale di obesità e sovrappeso, che riguarda tutte le età della vita, ma in modo più allarmante l'età evolutiva per i maggiori rischi in termini di salute a distanza. Una condizione di obesità in età pediatrica è infatti correlata, per un fenomeno di "tracking" documentato sul piano epidemiologico e clinico, con una maggiore probabilità di restare obesi per tutta la vita. Ecco perché alcune prese di posizione della comunità medica e della pediatria, in Italia e nel mondo, sono così importanti e richiedono un lavoro di squadra di tutti gli stakeholder che ruotano intorno al bambino e cioè: un'alimentazione sana e ricca di fibre, senza sovraccarico di calorie e di proteine specie se di origine animale; un allattamento materno esclusivo nel primo semestre e prolungato il più possibile; una prima colazione presente e significativa dal punto di vista calorico in termini di percentuale; una riduzione dell'assunzione di alimenti ricchi di sale e di zuccheri semplici quali le bevande zuccherate, gasate o addirittura alcoliche. Abitudini che vanno condivise in ambito familiare e accompagnate da una promozione dell'attività fisica e motoria quotidiana sin dalle età più precoci. L'attività fisica deve essere significativa e diversificata, includendo il gioco all'aria aperta in ambienti salubri e sicuri, la riduzione del tempo dedicato ad attività sedentarie quali sono quelle mediate da un lungo stazionamento di fronte ad uno schermo (televisione, computer, smartphone). L'uso di questi strumenti digitali va integrato nel contesto familiare in modo appropriato, anche per ridurre il rischio di interazioni e di contatti potenzialmente nocivi per fenomeni di cyberbullismo o di abuso. Interventi di prevenzione sono sempre più spesso necessari per migliorare la sopravvivenza, la salute e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie croniche. Le vaccinazioni devono ancora oggi essere promosse e difese da attacchi indiscriminati e ingiustificati che divulgano correlazioni inesistenti di vaccini e vaccinazioni con patologie varie, con il risultato di indurre paura ed esitazione, mancata adesione al calendario vaccinale, riduzione delle coperture e riemersione di patologie gravi e a volte purtroppo causa anche di mortalità.

Gli screening neonatali di massa o gli screening sulla base di fattori di rischio, la diagnosi precoce sono parte di questo approccio preventivo, che si avvantaggia in modo significativo di una strategia multidisciplinare tra ospedale e territorio, di standard di cura omogenei nelle diverse regioni e aree del paese e di una continuità di interventi tra età pediatrica ed età adulta in un contesto di transizione programmata e condivisa.

I concetti di uguaglianza e di equità di fronte a soggetti con una malattia rara o una malattia cronica vanno declinati oggi in modo nuovo, dando più servizi e garanzie a chi si trova in una condizione di svantaggio fisico e sociale maggiore. Interventi che hanno un profilo etico e deontologico di grande rilievo e che vanno messi in linea con i criteri di appropriatezza diagnostica e terapeutica necessari per rendere sostenibili anche sul piano economico gli interventi preventivi. La riduzione di disabilità e handicap correlati con le malattie croniche, rare e ad alta complessità assistenziale è un obiettivo strategico che deve coinvolgere in modo attivo tutti coloro che hanno a cuore la salute e la qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie.

WONCA E LA PLANETARY HEALTH ALLIANCE (PHA)

APPELLO AI MEDICI DI FAMIGLIA PER TUTELARE LA SALUTE GLOBALE

Grazie al lavoro di traduzione dei giovani colleghi del Gruppo di Lavoro Ambiente & Salute del Movimento Giotto è adesso disponibile in italiano la "Declaration Calling for Family Doctors of the World to Act on Planetary Health", un appello ai medici di famiglia di tutto il mondo a cura di WONCA, Planetary Health Alliance (PHA) e Clinicians for Planetary Health Working Group per tutelare la salute planetaria, evidenziarne la rilevanza per la pratica clinica e motivare la comunità medica ad agire come auspicato nell'articolo "A call for clinicians to act on planetary health", pubblicato da The Lancet.

WONCA è un'organizzazione senza fini di lucro che rappresenta 118 organizzazioni membri in 131 paesi e territori con l'adesione di circa 500.000 medici di famiglia che lavora per migliorare la qualità della vita dei popoli del mondo attraverso la definizione e la promozione dei suoi valori, incluso il rispetto dei diritti umani universali e l'equità di genere promuovendo elevati standard di cura nella medicina generale / medicina di famiglia.



Con questo appello invita i medici di famiglia di tutto il mondo, in quanto attori privilegiati nel fornire informazioni affidabili ai pazienti, a proporre strategie per salvaguardare contemporaneamente la salute individuale e quella planetaria. Il testo sottolinea l'importanza dei temi ambientali per la tutela della salute umana, evidenziando la stretta associazione tra la distruzione degli ecosistemi (causata dall'uomo) e la salute pubblica, ma anche l'efficacia di soluzioni in grado di salvaguardare la Terra per relazionarsi con il pianeta in modo più equo, sostenibile e sano e invitando i medici di tutto il mondo a intraprendere azioni concrete.

La consapevolezza della profonda inter-dipendenza tra tutti gli esseri viventi e i loro ecosistemi ricorda sia l'approccio sistemico di molte tradizioni mediche e filosofiche antiche e contemporanee,

sia i concetti espressi da Naess (Ecologia profonda) basati sulla dinamica dei sistemi e su una concezione di Sé globale in cui l'uomo, superando l'antropocentrismo, ha un ruolo di grande responsabilità nella tutela dell'intrinseco valore della vita; anche gli esperimenti di Lovelock e Margulis (Ipotesi Gaia) evidenziarono come la comunità degli esseri viventi partecipi e mantenga le condizioni idonee alla vita attraverso continui processi di feedback attivo e coevoluzione.

La crisi ecologica in atto è da attribuirsi in larga misura all'interferenza dell'uomo nei processi globali di omeostasi dinamica: le conseguenze della crescita demografica e di modelli economici consumistici riguardano non soltanto l'esaurimento delle risorse naturali, la riduzione della biodiversità e la produzione di rifiuti e inquinanti tossici, ma anche le alterazioni della composizione dell'atmosfera e la devastazione degli oceani con peggioramento della qualità dell'aria, scarsità di cibo e di acqua potabile, maggiore suscettibilità a catastrofi naturali e malattie.

Riporto in sintesi alcune importanti informazioni presenti nel documento.

Le malattie non trasmissibili - cardiovascolari, respiratorie, metaboliche e tumorali - rappresentano quasi i tre quarti delle cause di morte a livello globale.

- L'inquinamento atmosferico (sia *indoor* che *outdoor*) da solo è responsabile per oltre 7 milioni di morti ogni anno.
- Le temperature più calde associate ai cambiamenti climatici potrebbero aumentare la formazione dell'ozono troposferico, fattore che contribuisce alle malattie cardiorespiratorie, oltre che aumentare la mortalità legata al calore. Inoltre intensifica le malattie respiratorie allergiche allungando le stagioni dei pollini.
- Il deterioramento dei terreni - gli incendi delle foreste o il prosciugamento delle torbiere per agricoltura o estrazione - espone alle inalazioni di fumi e aumenta le malattie cardiorespiratorie.
- L'aumento della salinità dell'acqua potabile associata all'innalzamento del livello del mare può causare un aumentato rischio di preeclampsia e ipertensione gestazionale nelle donne in gravidanza.
- Si prevede che gli alimenti che proteggono dalle malattie croniche degenerative risultino sempre meno disponibili a causa del declino globale delle popolazioni di impollinatori e della riduzione della produzione di ortaggi e legumi dovuta ai cambiamenti ambientali (incluso il clima) con possibile carenza di vitamina A, folati e altri nutrienti chiave.
- L'aumento delle concentrazioni atmosferiche di anidride carbonica diminuisce la presenza di nutrienti chiave come lo zinco, il ferro e le proteine esacerbando le carenze nutrizionali in tutto il mondo, in particolare nei paesi a basso e medio reddito.
- L'industria ittica sta collassando a causa della pesca eccessiva e delle trasformazioni dell'ecosistema oceanico, con conseguenze negative sui principali micronutrienti come ferro, zinco, acidi grassi omega-3 e vitamine.
- La contaminazione del cibo con interferenti endocrini, metalli pesanti, diossine e altri agenti inquinanti aumenta il rischio di malattia.

Benedetta AIMONE



- I cambiamenti climatici e la scarsità d'acqua possono ridurre la resa delle colture, in particolare alle basse latitudini, e rendere l'agricoltura più difficile e meno produttiva.
- La perdita di biodiversità minaccia le fonti selvatiche di cibo e la resilienza dei sistemi alimentari.
- Una serie di fattori ambientali influenza il modo in cui gli agenti patogeni e i vettori vivono e la loro velocità di riproduzione, influenzando le esposizioni alle malattie infettive in tutto il mondo.
- Assistere al degrado ambientale può causare disperazione e *ecological grief* con aumento del rischio di malattie psicologiche e psichiatriche.

Diventa fondamentale informare i pazienti sui rilevanti benefici sia per la propria salute che per quella dell'ambiente apportati da alcune scelte quotidiane e cambiamenti chiave come:

- **Scelte alimentari:** una transizione verso una dieta a base vegetale più sostenibile - ricca di frutta, verdura, frutta secca e legumi - può ridurre l'impatto ambientale dell'agricoltura, come recentemente evidenziato dalla commissione EAT-Lancet. Attualmente, l'allevamento di bestiame contribuisce maggiormente all'immissione di gas serra nell'atmosfera, alla deforestazione e alla resistenza agli antibiotici. Ridurre i rifiuti alimentari personalmente e attraverso iniziative comunitarie è cruciale per mitigare gli impatti ambientali della produzione alimentare.
- **Trasporto attivo:** le forme di trasporto che coinvolgono l'attività fisica, come il ciclismo e la camminata, hanno il duplice vantaggio di ridurre le emissioni e di prevenire molte malattie.
- **Scelte energetiche:** il passaggio a fonti di energia rinnovabile e l'abbandono dei combustibili fossili, come il carbone, potrebbe ridurre notevolmente gli impatti sulla salute e sull'ambiente derivanti dall'inquinamento atmosferico da combustibili fossili e dalle emissioni di gas serra.
- **Salute riproduttiva:** Garantire l'accesso universale all'assistenza sanitaria riproduttiva può migliorare sia la salute materna che infantile che limitare la crescita della popolazione riducendo le gravidanze indesiderate.
- **Riconnettersi alla natura:** trovare modi per trascorrere più tempo fuori, nella natura - incluso lo spazio verde nelle città - può avere benefici per la salute fisica e mentale e aumentare il senso di co-responsabilità per il nostro ambiente naturale.
- **Ridurre l'impatto ambientale personale in altri modi:** riciclaggio, riflessione sui propri consumi energetici, compostaggio, riduzione dei viaggi aerei e automobilistici, programmi di compensazione del carbonio, auto più piccole e più efficienti e utilizzo dei trasporti pubblici.
- **Impegnarsi nella comunità:** promuovere la coesione e connessione sociale attraverso la community -building non solo si traduce in benefici per la salute mentale, ma può anche aiutare a costruire il capitale sociale necessario per l'azione collettiva mobilitandosi attorno a un obiettivo comune, come portare più spazio verde, piste ciclabili, servizi di compostaggio o mercati degli agricoltori nella comunità.

Versione originale

www.planetaryhealthalliance.org/clinicians-for-planetary-health:

"Declaration Calling for Family Doctors of the World to Act on Planetary Health"

Articolo pubblicato su The Lancet

A call for clinicians to act on planetary health

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30846-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30846-3/fulltext)

VISITE FISCALI: COME FUNZIONANO



Lavoratore

Contatta il proprio medico curante

Prende nota del numero di protocollo

Verifica l'indirizzo di reperibilità durante la malattia

Rispetta le fasce di reperibilità



Medico

Trasmette il certificato telematico di malattia all'INPS e rende disponibile l'attestato al datore di lavoro



INPS \ Datore di lavoro

Possono richiedere la visita di controllo

Fasce di reperibilità

Lavoratori privati	10-12 17-19
Lavoratori pubblici	9-13 15-18



CERTIFICAZIONE: RED FLAG

Ogni atto medico è gravato da tutta una serie di rischi, primo fra tutti, per eccellenza, "l'errore". Anche la certificazione può essere fonte di errore, molto spesso per semplice ignoranza delle norme che ne regolano la compilazione oppure indotto da leggerezza e superficialità cedute alla richiesta di compiacenza da parte degli assistiti. Le conseguenze, sia di ordine etico che giuridico, possono essere anche molto pesanti.

Di questo argomento già molto si è scritto su questo notiziario a significare l'importanza di questo atto medico e delle sue conseguenze: e proprio per questo vogliamo riprenderlo consapevoli delle molteplici difficoltà operative.

Il certificato è "Una attestazione scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può condurre all'affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla norma oppure a determinare conseguenze a carico dell'individuo o della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa."

Tutti i Medici Chirurghi e Odontoiatri iscritti all'Ordine, relativamente alle proprie competenze, hanno facoltà ed obbligo deontologico certificativo. Questo significa anche che nessun Medico o Odontoiatra può delegare ad altri colleghi questo compito.

Leggi specifiche riservano tuttavia la potestà certificativa in alcuni casi a Medici in possesso di particolari qualifiche (porto d'armi, pratica sportiva agonistica...). A questo proposito vale la pena precisare che il certificato di "assenza di reato" richiesto dalle imprese funebri in caso di cremazione della salma è compito esclusivo del Medico Necroscopo (Legge n. 130 del 30 Marzo 2001 - art. 3 comma 1/a). Tuttavia si ricorda che qualunque Medico ha sempre l'obbligo di denuncia in caso di sospetto di reato, indipendentemente dal destino della salma (tumulazione o cremazione). Ciò rende pleonastica la richiesta del certificato che è comunque previsto dalla normativa vigente.

In linea di massima i certificati, anche quelli non obbligatori per legge, quando richiesti, devono essere rilasciati sebbene il Medico possa, anzi debba, rifiutarsi di certificare fatti che non abbia constatato personalmente tramite la visita (attenzione alle richieste telefoniche o ai certificati richiesti per assistiti ricoverati!) o che non siano supportati da riscontri oggettivi, ma soprattutto deve rifiutarsi di certificare fatti che non corrispondano al vero. Quindi: certificare solo ciò che si è in grado di dimostrare!

Per le situazioni non obiettivamente (classico mal di testa) è utile precisare che il sintomo è "riferito". Redatto il certificato, il Medico deve poi comunque rifiutarsi di richiamare i benefici di cui l'assistito può fruire in virtù di norme o regolamenti. Cioè al Medico spetta certificare la condizione patologica obiettiva, non ciò che di conseguenza può derivarne (tipo cambio di mansione lavorativa, aspettativa, assenza per assistenza...) che compete ad altri sistemi.

Regola fondamentale è che il certificato può essere richiesto esclusivamente dal destinatario ed a lui deve essere esclusivamente consegnato, fatte salve le eccezioni previste per legge (tutore, amministratore di sostegno quando previsto, minore). A questo punto sorge il problema di tutti quei certificati richiesti per assistiti con deficit cognitivi più o meno importanti che vivono a casa, seguiti da parenti o badanti, o affollano le nostre strutture residenziali. Soprattutto quando le relazioni parentali non sono serene, con possibili conflitti familiari in cui il Medico spesso viene coinvolto suo malgrado. È un

Bartolomeo ALLASIA



problema enorme che non interessa solo l'attività certificativa. Si pensi al "consenso informato" per la diagnosi e la cura ed alla "dichiarazione anticipata di trattamento" (DAT). L'unica soluzione è la nomina di un tutore: percorso poco snello, che richiede tempi lunghi e che è impossibile attivare per tutte le persone che oggi ne hanno la necessità senza intasare il sistema. A questo proposito ancora, la certificazione sulla "capacità di intendere e volere" è competenza esclusivamente giuridica, non medica, come chiaramente scritto dal vicepresidente Claudio Blengini nel n.2/2019 di questo notiziario. Unica alternativa possibile per noi è la certificazione dello stato di salute fisico, psicologico, intellettuale ed attitudinale omettendo rigorosamente la valutazione sulla "capacità di intendere e volere", pur nella consapevolezza che chi legge (spesso Notai o Avvocati) potrebbe avere molte difficoltà ad interpretare e valutare lo scritto.

Alcuni certificati sono stati aboliti per legge, ma a volte vengono ancora richiesti in modo opportunistico per evitare l'assunzione di responsabilità (non contagiosità per la riammissione al lavoro degli alimentaristi dopo l'assenza per malattia oltre i cinque giorni; sana e robusta costituzione; esonero dalle lezioni di educazione fisica; presentazione di certificato medico oltre i cinque giorni di assenza scolastica; limitatamente alle categorie non a rischio, idoneità per l'assunzione di apprendisti e minori; sana costituzione fisica per i farmacisti; idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego; idoneità psico-fisica all'attività di maestro di sci; idoneità psico-fisica relativa all'esecuzione di operazioni relative all'impiego di gas tossici; vendita dei generi di monopolio; idoneità fisica per l'ammissione al Servizio Civile nazionale; idoneità psico-fisica per la nomina a giudice di pace; idoneità psico-fisica per la nomina a giudice onorario aggregato; tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici...). **Rifiutarli è doveroso anche per evitare costi inutili ai nostri assistiti.**

Un discorso a parte merita la certificazione di malattia per i dipendenti. Questo certificato va rilasciato obbligatoriamente dal Medico che effettua la prestazione sanitaria e che ha accertato la patologia. Il medico che non assolve il compito della certificazione di malattia ai fini INPS rischia il licenziamento o la revoca della convenzione.

Innanzitutto questa certificazione è da intendersi erogabile solo dopo visita medica (ambulatoriale o domiciliare) del paziente, e solo per via telematica: per questo è necessario che tutti i Medici certificatori (Medici dipendenti del servizio sanitario nazionale, convenzionati con il servizio sanitario nazionale, di continuità assistenziale, liberi professionisti ed odontoiatri) si forniscano delle credenziali presso l'Ordine di appartenenza. Queste credenziali sono strettamente personali e non cedibili, nemmeno al sostituto in Medicina Generale. Quindi tutti i Medici, anche libero professionisti, hanno l'obbligo deontologico di certificare l'assenza per malattia. Va precisato tuttavia che per i dipendenti pubblici, nei casi di assenza protratta per un periodo superiore a dieci giorni e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, l'assenza deve essere giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un Medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale. In caso di difficoltà tecniche del sistema telematico è ammessa in deroga la certificazione cartacea e il lavoratore dovrà provvedere a trasmettere con raccomandata R/R entro 48 ore all'INPS il certificato di diagnosi e al datore di lavoro il relativo attestato. Anche in questo caso quindi la certificazione non è delegabile ad altro Medico.

Sono esclusi dall'obbligo di certificazione telematica i dipendenti del settore pubblico disciplinati da propri ordinamenti (Forze Armate, Corpi armati dello Stato e Vigili del fuoco ex D.L. 179/2012 convertito con modificazioni in Legge 221/2012), per i quali rimane in vigore la sola modalità cartacea del certificato medico di malattia. Va precisato che al militare in malattia bisogna rilasciare con timbro e firma sia il certificato con la diagnosi che in busta chiusa andrà indirizzato al Dirigente Sanitario dell'Ente Militare, sia il certificato senza diagnosi (attestato) che andrà recapitato al Comando dell'Ente, distacco o reparto che impiega il militare malato.

Che sia telematica o cartacea la certificazione deve contenere le seguenti informazioni:

- generalità del lavoratore;
- domicilio abituale del lavoratore o il diverso temporaneo recapito;
- tipo di visita effettuata ambulatoriale o domiciliare;
- diagnosi (se cartaceo solo per la parte riservata all'INPS);
- prognosi clinica dei giorni di malattia che inizia a decorrere dal giorno di redazione del certificato;
- data di inizio della malattia;
- data di rilascio della certificazione;
- indicazione di inizio, continuazione o ricaduta della malattia;
- firma e timbro del medico che rilascia la certificazione, in caso di certificazione cartacea.

Quindi la prognosi decorre dal giorno di redazione del certificato. È ammessa la decorrenza dal giorno precedente (solo un giorno, non di più!) solo nel caso di visita domiciliare richiesta dopo le 10 quando cioè il MMG può fare la visita entro le 12 del giorno successivo la richiesta, ma in questo caso deve essere barrata l'opzione "visita domiciliare". Allora in caso di visita ambulatoriale non è mai possibile utilizzare la decorrenza dal giorno precedente. Ne consegue anche che coloro che lavorano di sabato, domenica o festività infrasettimanali devono obbligatoriamente rivolgersi alla Guardia Medica per non vedersi decurtare in busta paga i giorni non lavorati (il MMG non può ovviamente aver ricevuto la richiesta di visita domiciliare perché non in servizio).

Nel caso di "continuazione" per lo stesso evento morboso deve esserci continuità temporale senza giorni "scoperti", nemmeno se cadono di sabato, domenica o festività perché anche in questo caso l'assistito deve e può rivolgersi al servizio di Guardia Medica, sebbene il periodo venga comunque ritenuto unico agli effetti amministrativi (carenza, computo del 20° giorno).

Nel caso di "ricaduta" dello stesso evento morboso entro trenta giorni dal termine della precedente prognosi cambiano alcuni aspetti economici. Se il primo evento ha determinato almeno tre giorni di prognosi l'indennizzo è da subito a carico dell'INPS (mentre i primi tre giorni del primo certificato non lo sono) ed i giorni del nuovo certificato si sommano con quelli del precedente ai fini del raggiungimento dei venti giorni, al superamento dei quali si eleva la quota di indennizzo.

La malattia insorta durante un periodo di ferie ne sospende il decorso a fronte di regolare emissione di certificazione, che attesti l'impossibilità di fruire della funzione di ristoro propria delle ferie.

La riduzione del periodo di prognosi (rientro anticipato) deve essere certificata solo dallo stesso medico che ha certificato il periodo di malattia in essere; questa operazione deve essere fatta utilizzando l'opzione "rettifica" che prevede che sia riportato il numero di protocollo del certificato da modificare. L'opzione "annullamento" del certificato è possibile solo entro il giorno successivo la data del rilascio.



Si segnala che l'INPS sistematicamente invia lettere di richiesta di chiarimento ai medici certificatori sulle patologie indicate in alcuni certificati perché ritenute «anomale sotto il profilo medico legale, poiché la diagnosi non comprova l'incapacità temporanea al lavoro». In sostanza si ritengono le diagnosi troppo generiche e non sufficienti a determinare l'incapacità lavorativa temporanea. Quindi è indispensabile indicare sempre una diagnosi intellegibile ed in coerenza con la prognosi emessa!

Consapevole di non essere stato esaustivo per problemi di "spazio", mi impegno a continuare l'approfondimento dell'argomento "certificazione" in futuri numeri di questo notiziario.

Ringrazio per la collaborazione il dott. Giuseppe Vitiello, Responsabile Ufficio Medico Legale Certificati Medici INPS, Direzione Provinciale di Torino.

PROGNOSI...COME RISORSA DI CURA

La capacità prognostica, come quelle diagnostica e di trattamento, è da sempre - o dovrebbe - parte del bagaglio di competenze del clinico, per il forte impatto che essa ha sul processo decisionale, sia nell'ambito della medicina "centrata sul paziente" (che in teoria è quello che vogliamo), sia in termini di economia sanitaria (che è quello che, oggi più che mai, dobbiamo). Ogni medico clinico si confronta quotidianamente con la cronicità e la progressione inesorabile del processo patologico all'interno di essa, dovendo prendere decisioni che prevedono l'impostazione di percorsi diagnostici e di trattamento congrui ed efficaci con il coinvolgimento - più o meno frequente - di altri colleghi; importante è poi gestire il processo di informazione all'interessato (teoricamente doveroso, sempre là dove possibile) e diremo "inevitabilmente" (con l'ulteriore complicanza della privacy) ai suoi familiari...

Uno dei tanti meriti che le "Cure Palliative" hanno avuto è stato proprio quello di rifocalizzare l'attenzione sulla necessità di impostare e applicare con metodo dei "criteri prognostici", inizialmente nell'ambito della malattia oncologica e successivamente per tutte le malattie cronico degenerative ad evoluzione potenzialmente letale. Questo non per un'afinalistica "conoscenza dei tempi", ma per focalizzare i veri bisogni del malato e favorire scelte terapeutiche e assistenziali efficaci ed efficienti nella gestione "a tutto tondo" del malato cosiddetto terminale.

E per efficacia ed efficienza intendiamo dire migliore qualità di vita possibile per il malato, concetto che va oltre a quello - già profondo - di salute, secondo la definizione del WHO, 1946 (stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia).

Nel malato cronico avanzato il supporto alla "qualità" di vita passa anche attraverso la riduzione degli "effetti collaterali" che il raggiungimento ostinato dell'obiettivo "quantità" (ché di guarigione non possiamo parlare!) potrebbe comportare. Tra questi il "tempo vita" perso anche in *discomfort* (ad esempio dovuto a trasporto) per accertamenti o trattamenti non fondamentali, la delusione per attesi eccessivi, ovvero le spese da sostenere (sia da parte dell'assistito che della comunità) e ancora la collateralità strettamente organica dovuta a cure, diciamo così, sulla carta apparentemente utili, ma nella specifica realtà futili se non dannose...

Nel tempo sono stati formulati e validati diversi supporti funzionali alla semplice e piuttosto fragile "previsione clinica di sopravvivenza", applicabili oggi alla maggior parte delle malattie croniche evolutive dalla malattia oncologica, allo scompenso cardiaco, all'insufficienza renale cronica, alle malattie neurodegenerative, etc...

Caro agli oncologi è l'ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performance status, mentre famoso per essere stato "il primo" (1949) è il Performance Status secondo Karnofsky. Sulla base del "Karnofsky" in Italia è stato messo a punto il Palliative Prognostic Score (Pap score) e in Giappone il Palliative Prognostic Index (PPI score), criteri ormai definibili storici... Più recentemente sono stati creati dei criteri più complessi per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento, quali ad esempio lo SPICT (Supportive and Palliative Indicators Tools) ... Alcune malattie hanno dei percorsi di progressione abbastanza simili tra malato e malato ed esistono delle traiettorie verso l'inevitabile exitus, anche quantificabili temporalmente, per molte patologie. Contrastare in queste la progressione spesso non è possibile - crediamo sia esperienza di qualunque medico, almeno con qualche anno di lavoro - e i tempi attesi sono in qualche modo prevedibili.

Walter MARTINI, MMG, Borgo S.Dalmazzo
Roberto NACCA, MMG, Cuneo



La famosa domanda sorprendente che guida verso la riformulazione degli interventi e l'inquadramento prognostico in senso negativo deve risuonare nel nostro percorso assistenziale di cura: "Saresti sorpreso se questa persona nei prossimi giorni/ settimane/ mesi/ morisse?". La risposta dovrebbe sempre essere corale tra curante e specialisti in un approccio multidisciplinare e condiviso.

Sappiamo che all'Università sono pochi quelli che insegnano che... di certe malattie si muore e sappiamo anche che le persone oggi, anche a causa di una medicina mediatica per la quale a tutto c'è rimedio, sono cariche di aspettative: una buona e costante comunicazione, anche sugli attesi prognostici, è il segreto per un percorso di cura equilibrato ed efficace.

Qualche anno fa una collega, nell'ambito del percorso formativo della medicina generale, per la sua tesi, ha fatto un piccolo ma significativo studio, praticamente unico nel suo genere, sulle capacità prognostiche da parte dei MMG (nello specifico di Cuneo), nell'ambito della fase già avanzata di malattia*. I risultati sono stati molto interessanti: il 63% dei medici di medicina generale tendeva a sovrastimare la prognosi (dato statisticamente significativo); pochi erano (sono?) a conoscenza del fatto che esistono dei "criteri" e degli "score" prognostici utilizzabili e applicabili. In conclusione è risultata significativa la difficoltà oggettiva, ma anche soggettiva, di fare prognosi, quasi come rifiuto di emettere... una sentenza (la "paralisi prognostica"), complice anche una sorta di "solitudine del curante".

Proprio da questa "sentenza", però, se condivisa con tutti i curanti (specialisti, infermieri, caregivers) e - quando possibile (in teoria quasi sempre, in pratica... dipende) con la diretta o il diretto interessato, può invece prendere forma una risorsa di cura, finalizzata all'obiettivo della tanto auspicata qualità di vita nel "qui e ora", compresa la scelta del setting di cura.

Il precoce coinvolgimento dell'equipe di Cure Palliative è sicuramente un supporto fondamentale per il confronto prognostico e per costruire un progetto assistenziale e di cura davvero incisivo.

*A.R.S., La capacità prognostica del Medico di medicina Generale di fronte al malato terminale, 2010

Alcune e incomplete letture/link interessanti:

Gavazzi, Svanoni et al Le cure palliative nello scompenso cardiaco G Ital Cardiol 2012,13 (12) 827-836

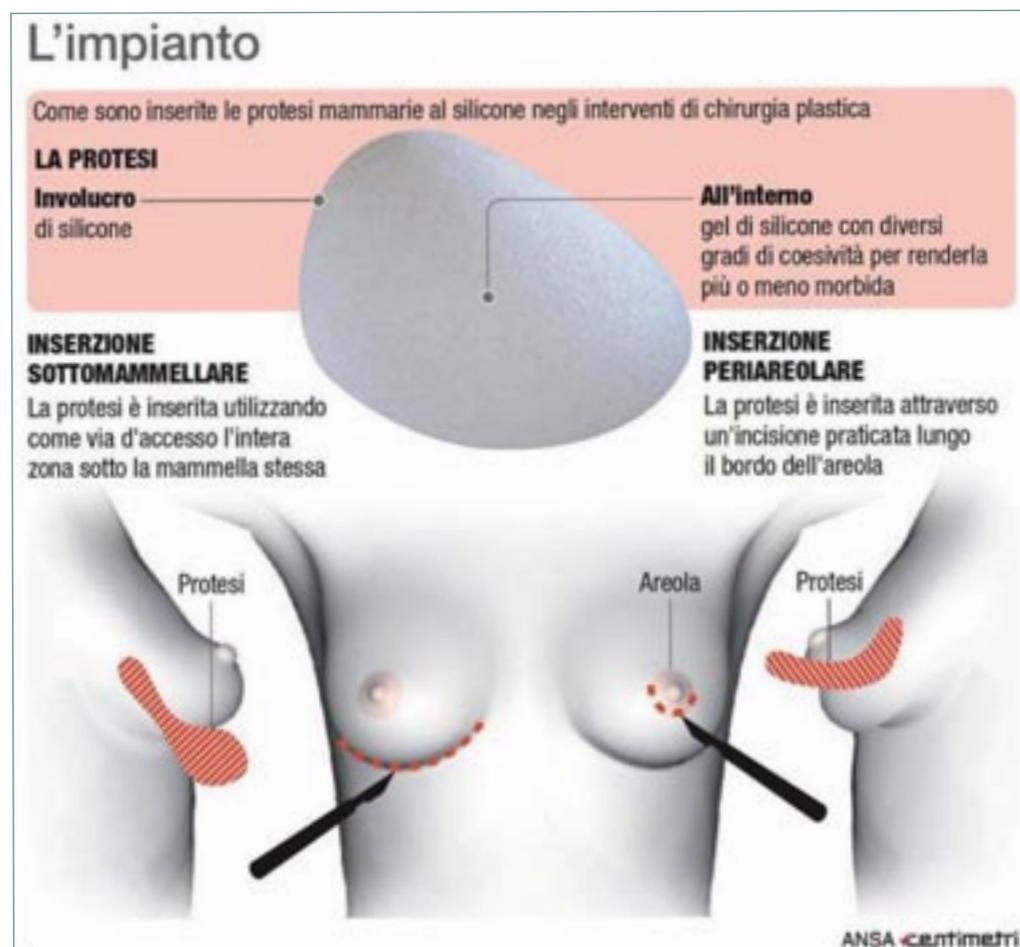
Holloway, Gramlin et al. Estimating and communicating prognosis in advanced neurologic disease, Neurology 80, February 2013, 764-772

Prognostic Indicator Guidance (PIG) 4th Edition Oct 2011 © The Gold Standards Framework Centre In End of Life Care CIC, Thomas. K. et al.

Alvin H. Moss, The Importance of Prognostication in the Patient-Centered Care of Chronic Kidney Disease and ESRD Patients, Kidney News September 2017 (Vol. 9, Number 9)

PROTESI MAMMARIE, SICUREZZA E LINFOMA (BIA-ALCL) ALLARME O ALLARMISMO?

Da alcuni mesi si sta diffondendo nell'opinione pubblica l'ennesimo motivo di allarme riferito alle protesi mammarie: la probabile associazione di queste con una rarissima forma di linfoma a grandi cellule, nota da tempo anche se ancora in corso di validazione, è già stata oggetto di discussione durante tutto il 2018, anche nel corso del nostro Congresso di Chirurgia Mammaria di Fossano; tuttavia solo ora, dopo alcuni servizi giornalistici televisivi nazionali (Report Rai 3) l'argomento è diventato di dominio pubblico, creando ansie ed allarme in tantissime pazienti portatrici di protesi, sia per motivi estetici, sia ricostruttivi. Le crisi riguardanti il mondo delle protesi mammarie sono state, negli anni, numerose, ricorrenti e spesso di notevole impatto sull'opinione pubblica: ricordiamo il 1992 negli USA con la proibizione del silicone fino al 2006, poi le protesi francesi PIP adulterate nel 2011 ed in ultimo la Brasiliana Silimed per inquinamento organico nel 2015; in tutti questi casi fu difficile reperire e "richiamare" i prodotti in questione in quanto non registrati.



Alberto RIVAROSSA



Registro Nazionale Protesi Mammarie (RNPM)

Le protesi mammarie sono inquadrate come dispositivi medici di classe III e pertanto appartengono alla classe di rischio più alta, per la quale è compito del Ministero della Salute svolgere un'attenta e costante attività di vigilanza e sorveglianza del mercato, a garanzia di sicurezza nell'utilizzo delle stesse. Per garantire la tracciabilità dei dispositivi protesici utilizzati, in Estetica ed in Ricostruttiva, il Ministero ha predisposto una piattaforma on line che è in fase di sperimentazione con un piccolo gruppo di Chirurghi Plastici, reclutati tramite le Società Scientifiche, che prevede l'inserimento di molti dati relativi non solo alla protesi mammaria ma anche alla procedura seguita nel corso dell'intervento chirurgico. Con il registro nazionale, ogni singolo dispositivo impiantato può essere seguito nel tempo; potranno essere effettuate stime affidabili sulla sua durata di vita media insieme ad una valutazione della sua performance ed efficacia a breve e lungo termine; sarà possibile, così, ottenere informazioni utili sia per gli eventuali "richiami" di particolari lotti protesici, sia per elaborare dati statistici e correlazioni tra procedura, paziente e dispositivo utilizzato.

Il Linfoma a Grandi Cellule associato a protesi mammaria (BIA-ALCL = *Breast Implant Associated- Anaplastic Large Cells Lymphoma*).

La presenza di protesi di nuova generazione, con superficie ruvida ed "adesiva" (testurizzata) è stata da tempo chiamata in causa per maggiori fenomeni locali di flogosi, sieromi, sviluppo di doppia capsula e pseudocapsule anomale periprotetiche e, solo recentemente, si è aggiunto a questa multiforme espressione di complicanze anche un linfoma capsulare di tipo T con specifiche caratteristiche di autonomia nosologica: questo particolare Linfoma ha andamento evolutivo lentissimo, sviluppo quasi esclusivamente pericapsulare non metastatico e recede nella maggioranza dei casi con la rimozione completa della protesi + capsula. Il primo caso di BIA-ALCL riportato risale addirittura al 1992, il primo studio epidemiologico in letteratura è del 2008, nel 2015 furono riportati 173 casi e nel 2016 questo Linfoma è stato incluso come entità nosologica a sé stante nella classificazione dei tumori. Attualmente in Italia si sono confermati 40 casi, 177 in Europa e l'F.D.A. riporta 414 casi nel mondo di Linfoma, con 245 casi di protesi testurizzate e solo 30 di protesi lisce, con il 90% di guarigioni grazie alla semplice rimozione chirurgica, senza chemioterapia, e solo 10 decessi, correlati a casi di diagnosi tardiva e misconosciuta per lungo tempo; proprio in ragione della sola "malignità locale" della lesione e della bassissima tendenza a metastatizzare, la Classificazione TM 2018 inquadra questa neoplasia come un tumore solido e non come gli altri linfomi o neoplasie ematologiche. Le Agenzie nazionali ed i Ministeri della Salute concordano nel sottolineare l'importanza per le pazienti di sottoporsi ai regolari controlli di follow-up indicati dal proprio medico curante e prescritti con cadenza variabile in base alla condizione clinica del singolo paziente, senza ulteriori indagini o controlli rispetto a quelli consigliati per le pazienti portatrici di protesi mammarie; allo stesso modo non è assolutamente indicato o consigliato l'espianto protesico asintomatico, anche nel caso di protesi ad elevata testurizzazione, che sembrano essere quelle più coinvolte nel processo patogenetico della neoplasia. I sintomi clinici d'allarme più frequenti sono: tumefazione periprotetica, dolore, contrattura capsulare, febbre, flogosi e raccolte

La sostenibilità di un programma di screening organizzato dei tumori poggia quindi in primis sul raggiungimento di un equilibrio fra sensibilità e specificità del programma, con la minimizzazione dei soggetti falsi negativi e di quelli falsi positivi al test. Ecco perché esso deve fondarsi sulla disponibilità di indicatori e standard basati sulle evidenze scientifiche disponibili. Inoltre, esso deve dotarsi di un *fail safe system* informatico capace di gestire la popolazione dal momento dell'arruolamento fino all'eventuale trattamento e di restituire all'unità di epidemiologia i dati informativi rispetto agli indicatori di valutazione di processo. La valutazione di processo si basa sui risultati intermedi, predittivi dell'efficacia, come ad esempio il tasso di identificazione dei tumori piccoli o quello dei tumori avanzati, che ci si attende rispettivamente crescere e diminuire; la valutazione di impatto ha un maggiore respiro, volendo ad esempio alla misura dell'incidenza dei tumori avanzati o della mortalità specifica.

Se consideriamo i dati consolidati in provincia di Cuneo, relativamente alla Survey 2017 condotta dall'Unità di Screening, si possono osservare i seguenti risultati.

Lo screening dei tumori della mammella ha considerato 22.742 donne eleggibili tra 45 e 49 anni, 12.541 delle quali sono state invitate alla *mammografia* e 10.314 hanno aderito; le donne di età compresa tra 50 e 69 anni erano 79.987 e in considerazione della biennialità dell'intervallo di re-screening ne sono state invitate 35.183, 26.197 delle quali ha aderito, con un tasso di adesione pari al 74,5%. Il test mammografico è stato eseguito per la prima volta (*first test, FT*) da 3.691 donne giovani e da 2.438 donne della fascia matura; vi sono stati test ripetuti (*repeated test, RT*) in 6.623 giovani e 23.759 assistite mature. Come era da attendersi, se consideriamo i FT si è osservato un tasso di richiamo per dubbio mammografico pari all'8,5%, contro un 2,4% osservato nelle donne che in passato si erano già sottoposte a mammografia; in tutti questi casi l'assistita è stata inviata ad approfondimento. Considerando le donne trattate a seguito del secondo livello, la diagnosi operatoria ha fornito un rapporto tra tumori benigni e tumori maligni pari a 20/49 nei FT (benigni 29,0%) e a 17/127 nei RT (benigni 11,8%).

Circa il tasso di identificazione di adenocarcinoma mammario nella popolazione valutata, nei FT esso è stato pari a 4,88 per mille nella coorte delle donne giovani e a 12,72 per mille in quella delle donne mature. Nei RT il *detection rate* è stato del 2,57 per mille nella coorte giovane e del 4,63 per mille nella coorte matura. Un aspetto di particolare interesse è stata la quota di tumori piccoli pT1 e pTis, che è stata pari a 32/49 nei FT e a ben 102/127 nei RT, confermando l'estrema efficacia dello screening organizzato.

Riguardo allo screening dei tumori della cervice uterina, nello stesso anno, a fronte di una popolazione eleggibile tra 25 e 64 anni pari a 152.644 assistite, vi sono stati 43.729 inviti, cui hanno aderito 28.545 donne, pari al 65,3%. Riferendoci ancora ad un periodo in cui solo una quota delle assistite tra 30 e 64 anni veniva convocata per la ricerca dell'*HPV-DNA*, le aderenti a questo test sono state 3.289; di esse, 296, pari al 9%, è risultato positivo e la citologia, condotta su 274 di esse, oltre ai casi negativi ha dimostrato 1 ASC-US, 8 ASC-H, 36 LSIL, 10 HSIL e 1 AGC: le donne positive cito-virologicamente sono state inviate a colposcopia, mentre le 218 negative solo citologicamente sono state inviate alla ripetizione ad un anno della sola virologia, alla ricerca delle infezioni persistenti da approfondire.

Riguardo alle assistite che hanno fatto il *Pap test*, 4.777 lo hanno svolto per la prima volta (FT) e 20.479 avevano già effettuato un test in precedenza (RT). Tra i FT, 4.860 sono risultati negativi, mentre si sono osservati 45 ASC-US, 3 ASC-H, 54 LSIL, 16 HSIL e 2 AGC; le 120 positività hanno rappresentato il 2,5% dei FT. Relativamente ai RT, a fronte di 20.276 negativi vi sono stati 82 ASC-US, 5 ASC-H, 79 LSIL, 32 HSIL, 4 AGC e 1 carcinoma squamoso; le 203 positività hanno rappresentato l'1% dei RT e questo dato

offre un certo interesse, se confrontato con quello dei FT. Ovviamente, anche nel caso dei risultati positivi al *Pap test* vi è stato l'invio ad approfondimento.

Circa lo screening dei tumori del *colon-retto*, nell'anno sono stati invitati 6.781 maschi e femmine eleggibili alla *rettosigmoidoscopia* (RS); 2.080 di essi hanno aderito (30,7%) e 781 dei non aderenti hanno eseguito comunque un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT), portando il tasso di adesione totale al 42,2%. Su 1.908 RS eseguite, 107 sono state seguite da una colonscopia di approfondimento. Oltre agli 86 soggetti con adenomi a basso rischio e ai 107 con polipi iperplastici, lo screening ha dimostrato 82 pazienti con adenomi tubulovillosi-villosi/displasia di alto grado distali, 6 con adenomi tubulari/displasia di basso grado con dimensioni superiori a 9 mm nello stesso segmento e 5 con adenocarcinomi distali. I pazienti con adenomi avanzati identificati nel colon prossimale sono stati 13. Il tasso di identificazione del programma, per adenoma avanzato è stato del 47,7 per mille e per adenocarcinoma del 2,6 per mille.

Per quanto riguarda il FIT condotto nelle età da 59 a 69 anni, nel corso dell'anno sono stati invitati 9.883 soggetti; come era da attendersi, il tasso di adesione nei FT è stato del 14,7% e quello nei RT dell'82,5%. Su una coorte di esami annuali indipendente dagli inviti, pari a 6.159 test, abbiamo osservato 310 positività, 249 delle quali hanno svolto una colonscopia; considerando la lesione di maggiore gravità riscontrata in ciascun soggetto, il programma ha identificato 39 pazienti con adenomi iniziali, 64 con adenomi avanzati (tasso di identificazione 10,4 per mille) e 6 con adenocarcinoma (tasso di identificazione 1,0 per mille). È interessante osservare la differenza del *detection rate* per adenomi avanzati nel FIT e nella RS, dove esso è più che quadruplo.

I dati annuali presentati, da un lato consentono di documentare il rilevante impatto che il Programma di diagnosi precoce -Prevenzione Serena- ha rispetto alla popolazione provinciale, dall'altro dovrebbero spingere tutti, e in primis i medici di medicina generale, a un rinnovato sostegno nei confronti dello screening regionale, a partire dall'intervento di promozione dell'adesione dei propri pazienti. Infatti, vi sono importanti spazi per raggiungere gli stessi obiettivi di salute anche nella popolazione che non aderisce alla lettera di invito del Programma e pertanto la copertura degli assistiti non aderenti riveste una rilevanza e una priorità speciali, confermate dalla disponibilità di risultati così favorevoli allorché interpretati in termini prognostici.



Lorenzo ORIONE
Responsabile del Programma Prevenzione
Serena, Cuneo



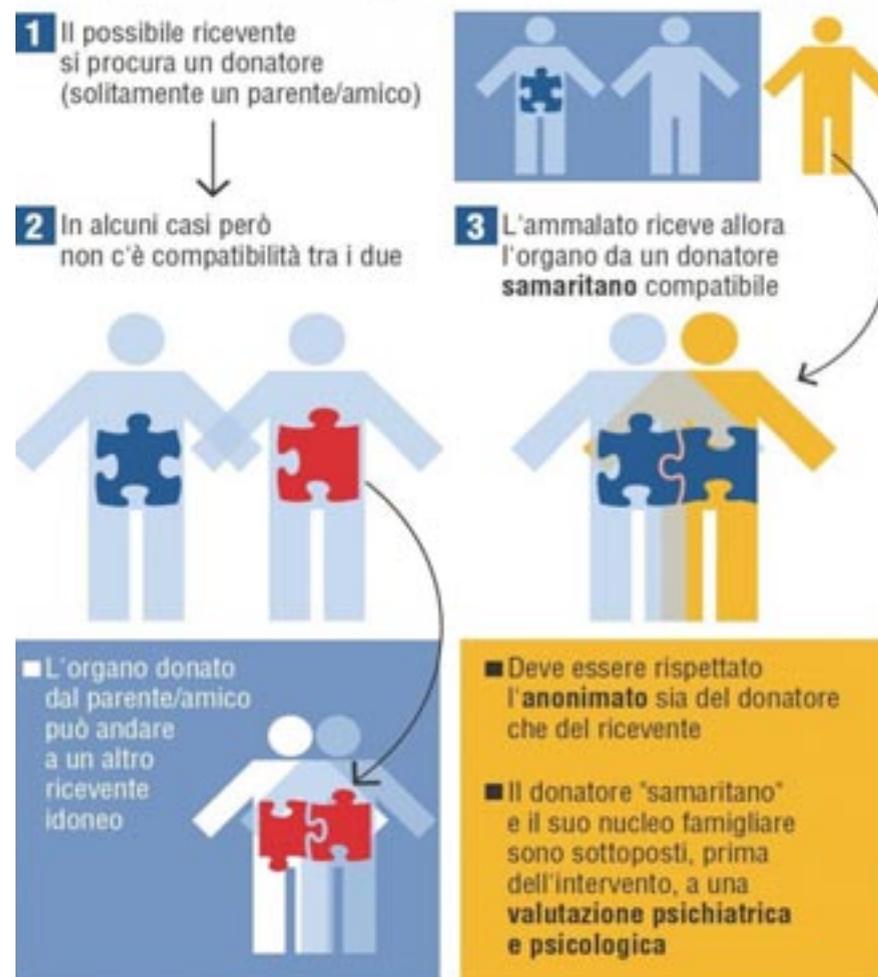
Monica RIMONDOT
Project Manager Prevenzione Serena, Cuneo

IL DONATORE SAMARITANO

Il trapianto di uno o più organi a scopo terapeutico, ovvero, la possibilità di poter sostituire ad una persona un organo non più funzionante o con una capacità funzionale residua, rappresenta, certamente, una opzione terapeutica valida ed affidabile, che si tratti di patologie acute (ad es. epatite fulminante da *amanita phalloides*) o croniche (ad es. grave insufficienza cardiaca, renale, epatica, polmonare) ed è considerata pratica ormai consolidata, quasi ordinaria.

Dedichiamo la nostra attenzione al «trapianto di rene da donazione samaritana», ovvero un donatore vivente che «senza un legame affettivo e senza un legame di consanguineità con i riceventi offre un organo alla collettività, quindi non ad uno specifico ricevente, senza alcuna remunerazione, a titolo totalmente gratuito».

Com'è possibile donare un organo senza conoscere il ricevente



Pasquale PORTOLESE



Questo gesto altruistico che talvolta permette di salvare la vita a una persona o comunque a garantirgli, sicuramente, una migliore qualità di vita, adesso, è consentito anche in Italia e solo per il rene. In ambito internazionale questo tipo di donazione è ammessa negli USA, in Olanda e in alcuni paesi scandinavi.

In Italia la donazione samaritana è rimasta sotto traccia fino al 2010 quando l'offerta di tre donatori samaritani senza alcuna relazione fra loro dà al tema stesso un aspetto rilevante. Nell'aprile dello stesso anno, il Comitato Nazionale di Bioetica cui venne sottoposta la questione, si pronunciò favorevolmente sottolineando che: «tale forma di donazione dovesse essere esercitata nel rispetto del reciproco anonimato del donatore e del ricevente e che l'informativa da dare al donatore per formare il suo consenso da parte della struttura medica fosse completa ed esauriente sui rischi fisici e psichici che il gesto implicava».

Anche il Consiglio Superiore di Sanità espresse parere positivo. Recepiti questi pareri favorevoli è stato chiesto al Centro Nazionale Trapianti la gestione di un programma di carattere nazionale, con la messa a punto di protocolli che prevedono un iter specifico e scrupoloso per la valutazione clinica e strumentale del donatore, la valutazione psicologico/psichiatrica, assieme ad una valutazione di parte terza che viene compiuta da una commissione nazionale. Superate queste fasi, il donatore samaritano è considerato idoneo ed inserito all'interno di un protocollo gestionale per l'allocazione dell'organo.

Il primo trapianto

Il primo trapianto di rene da donatore samaritano in Italia risale all'aprile 2015. L'intervento è stato eseguito a Milano su una donna. La donazione ha innescato una serie di trapianti incrociati nella cosiddetta modalità *cross over*, un effetto domino che ha consentito a cinque coppie che erano risultate incompatibili tra loro a livello immunologico o per gruppo sanguigno, di donare e ricevere un rene, creando così una vera e propria catena di donazioni e trapianti.

Il trapianto cosiddetto *cross over*, al di là della donazione samaritana, era comunque già previsto, sperimentato, validato, previa iscrizione dei pazienti riceventi e dei donatori in un apposito programma. Allora un genitore che desidera donare un rene al proprio figlio, ma risulti biologicamente incompatibile, potrà donarlo al figlio di un'altra coppia; il genitore compatibile del paziente trapiantato a sua volta lo donerà al figlio della prima coppia.

Un singolo gesto di generosità, di solidarietà può significare, quindi, dare una nuova speranza, l'opportunità di una migliore qualità di vita a più persone.

"Quello che avrai donato, questo solo sarà la tua ricchezza per sempre"
(Marco Valerio Marziale)

Pasquale Portolese Anestesista - Rianimatore

Coordinatore ospedaliero prelievo tessuti e cellule Ospedale di Savigliano

MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Dr Costamagna Fulvio Cuneo
 Dr.ssa Marrone Agnese Ceva

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

Dr Gallo Claudio Torino
 Dr.ssa Posca Ileana Francesca Roma
 Dr Spinello Michele Torino

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

Dr Paruzzo Luisa Asti
 Dr Pessia Andrea Torino
 Dr Vallese Gian Carlo Novara
 Dr.ssa Vallone Barbara Lucia Torino
 Dr.ssa Zdravkov Simona Varese

MEDICI CANCELLATI SU RICHIESTA

Dr Asnaghi Luciano Peveragno
 Dr Bina Gian Battista Alba
 Dr Bottone Ugo Busca
 Dr Lombardi Severino Pianfei

MEDICI DECEDUTI

Dr Fornaseri Alfredo Cuneo

ODONTOIATRI PRIMA ISCRIZIONE

Dr Laguel Belaid Cravanzana
 Dr Vasilescu Bogdan Alba

ODONTOIATRI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Dr Spinello Michele Torino
 Dr Gallo Claudio Torino
 Dr Casetta Giuseppe Torino

CANCELLAZIONI PER TRASFERIMENTO

Dr.ssa Gonella Chiara Piacenza
 Dr Lanfranco Giacomo Torino

CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Dr Bina Gianbattista

NECROLOGIO

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

Dr Alfredo FORNASERI Medico Chirurgo di anni 89

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

