

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

5

2019



**TORNA IL CONCORSO  
FOTOGRAFICO RISERVATO  
AGLI ISCRITTI**



## NOTIZIARIO RINUNCIA COPIA CARTACEA

I colleghi che **NON DESIDERANO RICEVERE LA COPIA CARTACEA DEL NOTIZIARIO** debbono avvisare la segreteria, per telefono (0171692415) o per e-mail ([segreteria@omceo.cuneo.it](mailto:segreteria@omceo.cuneo.it)) e potranno scaricare la copia digitale dalla pagina principale del sito dell'Ordine ([www.omceo.cuneo.it](http://www.omceo.cuneo.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 ALLA REDAZIONE

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 20 novembre 2019: detto termine per ragioni organizzative deve intendersi come tassativo.

## MAILING LIST

È operativa la mailing list [omceocn@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn@omceo.cuneo.it), riservata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo.

### BREVI ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELLA MAILING LIST

- a. La lista è un mezzo di informazione e discussione tra gli Iscritti;
- b. I messaggi inviati alla lista vengono ridistribuiti e letti da tutti gli iscritti alla lista.
- c. Per rispondere pubblicamente ad un messaggio ricevuto attraverso la lista, la risposta va indirizzata alla lista medesima (basta usare la funzione "rispondi al mittente" del client di posta).
- d. Nel caso si preferisca rispondere privatamente ad un messaggio ricevuto attraverso la lista è necessario usare l'indirizzo del mittente originale, riportato nel messaggio stesso.
- e. Relativamente alla "firma" in calce ad un messaggio inviato alla lista, è buona norma non superare le 4 (quattro) righe di spazio ed includere cognome, nome e indirizzo di posta elettronica. Ogni altra informazione è inclusa per scelta implicita del mittente.
- f. I messaggi della lista sono di esclusivo utilizzo da parte degli iscritti alla lista. A norma di legislazione sulla tutela dei dati sensibili, la loro diffusione in qualunque forma senza previa autorizzazione da parte dell'autore e della Presidenza dell'Ordine è illegittima e legittimamente impugnabile nelle sedi appropriate.
- g. L'autore di un messaggio distribuito attraverso la lista si assume la piena responsabilità del suo contenuto.
- h. La Presidenza dell'Ordine si riserva, previo avvertimento, tutte le azioni opportune, a partire dall'esclusione dalla lista medesima, in capo a chi invia messaggi offensivi, razzisti, sessisti o relativi ad argomenti non pertinenti, a proprio giudizio, con le finalità istituzionali della lista medesima.

### ISCRIZIONE

Se desideri iscriverti alla mailing list, invia un messaggio vuoto all'indirizzo formato da: [omceocn-subscribe@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn-subscribe@omceo.cuneo.it)

### INVIO MESSAGGI

Se desideri inviare messaggi agli utenti della mailing list inviali all'indirizzo della lista: [omceocn@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn@omceo.cuneo.it)  
Tutti gli Iscritti alla lista riceveranno il messaggio.

### PROCEDURA DI CANCELLAZIONE DALLA MAILING LIST

Inviare una mail a:  
[omceocn.owner@omceo.cuneo.it](mailto:omceocn.owner@omceo.cuneo.it)  
e nell'oggetto scrivere:  
[leave omceocn@omceo.cuneo.it](mailto:leave_omceocn@omceo.cuneo.it)

Ogni anno in Italia si contano **1200 atti di aggressione ai danni dei lavoratori della sanità**, che è come dire che il 30% dei 4mila casi totali di violenza registrati nei luoghi di lavoro riguarda medici infermieri ostetriche, farmacisti... insomma coloro che curano o si prendono cura dei cittadini. E nel 70% dei casi le vittime delle aggressioni sono donne.



La classifica dei luoghi maggiormente colpiti dalla violenza nel 2017: al primo posto troviamo i Pronto soccorso con 456 aggressioni, seguono i reparti di degenza con 400, gli ambulatori con 320, gli Spdc con 72 atti di violenza, le terapie intensive con 62, le aggressioni al 118 sono state 41, 37 invece quelle nell'ambito dell'assistenza domiciliare, 20 nelle case di riposo e, infine, 11 nei penitenziari.

## IN QUESTO NUMERO

Franco MAGNONE



L'editoriale del Presidente Giuseppe Guerra prende spunto da una lettera che un collega medico di famiglia di Cuneo ha inviato in reazione alle parole di un politico che al Meeting di Rimini aveva pronunciato frasi, per così dire, poco lusinghiere nei confronti della medicina del territorio.

Il collega Alberto Arnaudo ci ha inviato le sue riflessioni sull'articolo, pubblicato sullo scorso numero, che si occupa dei problemi della comunicazione in medicina.

Si conclude poi la review del collega Riccardo Schiffer, direttore della struttura di recupero e riabilitazione funzionale del S. Croce di Cuneo, sulla posturologia clinica e la biometria digitalizzata.

Visto il successo della precedente edizione, l'Ordine ripropone il concorso fotografico "Comunicare". Le opere andranno consegnate entro il 20 febbraio 2020.

Recentemente la FNOMCeO è stata ricevuta in udienza da papa Francesco: riportiamo le sue parole rivolte ai colleghi, fra i quali c'era anche il nostro presidente.

Per l'angolo del pediatra, Marina Vallati si occupa del triste fenomeno della violenza sui bambini, offrendoci anche alcune proposte.

La collega Benedetta Aimone, per la Commissione Ambiente, ci illustra una monografia, apparsa sulla rivista dell'Ordine di Arezzo, con informazioni generali e idee per la tutela dell'ambiente.

Vi offriamo una breve sintesi dello stato dell'arte nella terapia precoce dell'ictus: in fondo all'articolo trovate due link per approfondire l'argomento e le indicazioni per consultare le nuove linee guida circa limiti e prescrizioni degli esami RM neuroradiologici.

Per la neonata rubrica "LIBRI NON DI MEDICINA SCRITTI DA MEDICI", questa volta presentiamo il libro del collega Alberto Arnaudo, distribuito solo su Amazon in formato e-book o stampa on demand. Infine, per le iniziative dell'Ordine, ricordiamo ancora una volta la serata, dedicata al pubblico, sul problema delle DAT e della legge attuativa.

## MA CHI VA PIÙ DAL MEDICO DI FAMIGLIA... QUEL MONDO È FINITO...

Care Colleghe, cari Colleghi, un Medico di Famiglia ci ha inoltrato una bellissima lettera intitolata: "I *pallini* di un medico di base cuneese". A fronte delle dichiarazioni rilevate su Adnkronos Sanità del 23 agosto in cui un politico, in un intervento al Meeting di Rimini, dichiara "ma chi va più dal medico di famiglia...quel mondo è finito... nel mio piccolo paese vanno a farsi fare la ricetta medica, ma chi ha almeno 50 anni va su internet e cerca lo specialista. Il mondo in cui ci si fidava del medico è finito".

Il collega ha fatto la propria *accountability* andando a rivedere l'entità e la qualità effettiva del proprio operato sulle pluriennali agende di lavoro dove, contrassegnate dalle lettere S (visite in studio), V (visite domiciliari), G (visite in casa di riposo) e T (contatti telefonici), ogni *pallino* registra e contabilizza la voce corrispondente. Naturalmente tutto questo è solo una parte di tutta l'attività svolta negli anni. Al Collega va tutta la mia stima e tutto il mio personale apprezzamento; inoltre mi permette di introdurre un tema che è spesso ricorso nel Consiglio Nazionale FNOMCeO del luglio scorso, ovvero quali novità porterà l'introduzione dell'Intelligenza Artificiale (A.I.) nell'alleanza Medico-Cittadino? L'alleanza Medico-Cittadino è normalmente intesa al fine di rendere attuabili alcuni principi presenti nella Carta Europea dei Diritti del Malato e nel Codice di Deontologia Medica. Alla base di questa alleanza sono definiti per il Cittadino alcuni DIRITTI (avere il tempo giusto di ascolto, ricevere informazioni comprensibili, condividere i percorsi di cura, ricevere cure in sicurezza, non soffrire inutilmente...) e DOVERI (non sostituire il WEB o il passaparola al medico, collaborare con il medico, rispettare le persone, ambienti ed oggetti, segnalare disfunzioni...).

Anche per il Medico vi sono DIRITTI esercitare la propria professionalità, essere rispettato, non assecondare ogni richiesta, essere informato dal cittadino, lavorare nelle migliori condizioni...) e DOVERI (ascoltare, informare, ridurre o alleggerire la burocrazia, interagire e confrontarsi con altri professionisti, segnalare...).

Sperando di essere stato esaustivo nella descrizione di diritti e doveri (non me ne vogliono i Colleghi se ho dimenticato o sotteso qualcuno di essi), il mio fine è stato di descrivere/rappresentare un Medico del Cittadino.



Giuseppe GUERRA



Altra funzione è invece quella che potrebbe essere riservata al Medico nell'ambito delle A.I. (intelligenza artificiale). Classico esempio è quello rappresentato da Babylon Health. Trattasi di una società fornitrice di servizi sanitari in abbonamento operativo. Già in vigore in alcune aree della metropoli londinese, essa collabora con il NHS (sistema sanitario inglese) fornendo, con propri medici e operatori sanitari, consulenza a distanza tramite messaggi di testo e video, utilizzando la propria applicazione mobile.

È evidente che la predetta alleanza Medico-Cittadino si sposta su un diverso asse, ovvero Medico-Apparato-Cittadino, dove il cittadino si rivolge ad un Apparato ed il medico è al servizio di quell'Apparato. Da cui ne deriva, in contrapposizione a quanto precedentemente espresso, la rappresentazione del Medico dell'Apparato.

Provo a riassumere alcune conseguenze derivanti da sistemi Babylon - simili:

- La parte umana dell'atto medico è ridotta ai minimi termini; qual è la differenza tra un Medico ed un operatore di *call-center*?
- L'utilizzo di analisi predittive applicate da Sistemi di A.I. aumenta o diminuisce le conoscenze cliniche del Medico? Aumenta o diminuisce la fiducia del Cittadino/Paziente?
- La "macchina" sarà un *competitor* del Medico o viceversa?
- In futuro, sarà ancora possibile una Sanità Pubblica?

Su quest'ultimo punto è necessario un minimo di chiarimento. Al momento, infatti, un Sistema tipo Babylon Health sembra promettere risparmi economici ad una Sanità Pubblica sempre più in difficoltà. Nei prossimi anni sapremo se il NHS otterrà utili o riduzione di costi dalla sua partnership con Babylon. Nel frattempo però Babylon sarà entrata dentro il sistema, ovvero acquisirà/carpirà conoscenze e *capacità di intelligence* sempre maggiori sulla salute e sull'evoluzione delle condizioni cliniche dei cittadini britannici. Entrerà sempre più nella loro privacy. I dati raccolti saranno analizzati e porteranno a miniere di informazioni non ancora conosciute. Queste conoscenze potranno essere rivendute ad altri Sistemi Sanitari e, soprattutto, alle Assicurazioni Sanitarie del pianeta. Compresa NHS stessa! E allora, sarà ancora possibile una sanità pubblica?

Confesso che le ipotesi di sviluppo della A.I. mi affascinano ma, allo stesso tempo, mi spaventano. Se mi immedesimo nel cittadino/paziente, vorrei essere curato e seguito da un Professionista-Persona. Disponga pure di tutta la tecnologia che desidera, ma al centro del rapporto ci saranno sempre Medico e Cittadino. Se non sto bene, ho bisogno di vicinanza e calore umano e non di una APP! Ma dove può mai esistere un'alleanza cittadino-APP?

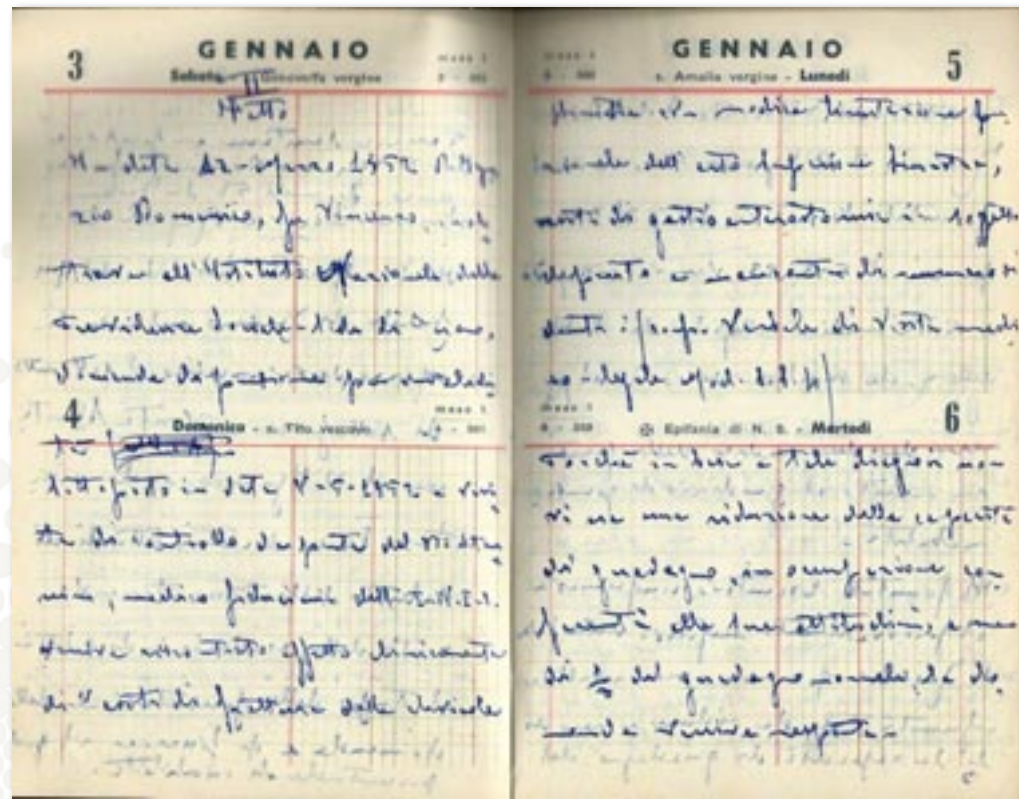
Non ho doti predittive; senz'altro il futuro ci riserverà nuove conoscenze o invenzioni tecnologiche che, in campo medico e sociale, favoriranno la salute, l'allungamento ed il miglioramento della qualità della vita e questa mia piccola nota sarà anche smentita. Ma, allo stato attuale dei fatti, mi sento molto vicino al Collega che mette i *pallini* sulle sue prestazioni.

## I "PALLINI" DI UN MEDICO DI FAMIGLIA CUNEESE

Gianpaolo CARIGNANO



Ad ogni inizio d'anno, sui principali giornali locali, sono giustamente e doverosamente pubblicati degli accurati report relativi alla attività lavorativa effettuata dai colleghi medici dipendenti dell' nostro ospedale di riferimento, il S. Croce e Carle di Cuneo, iniziativa corretta e necessaria per rendere edotta la comunità sui numeri delle varie attività effettuate da questa eccellenza sanitaria, da molti utilizzata e non sempre correttamente valutata ed apprezzata.



Purtroppo, per l'estrema disomogeneità organizzativa e strutturale della medicina di famiglia, non è possibile ottenere un analogo dato globale e numerico relativo alle attività della medicina generale territoriale.

Stimolato da alcune dichiarazioni di un esponente del precedente governo al Meeting di Rimini "ma chi va più dal medico di famiglia...quel mondo è finito..."; ho pensato di condividere con tutti voi colleghi un report pluriennale di attività cliniche ambulatoriali (anni 1993 - 2018). Ritengo che esso sia utile a comprendere meglio, se estrapolato e rapportato al numero di colleghi di medicina di famiglia operanti nell'ASL CN1 (112 medici di medicina generale, 17 pediatri territoriali nel solo distretto di Cuneo), al di là di facili generalizzazioni o possibili polemiche, quale sia il contributo che i medici di famiglia danno quotidianamente al (buon) funzionamento della nostra sanità locale.

Nel 1993, due anni dopo l'inizio dell'attività convenzionata in Cuneo, avevo pensato, un po' per diletto e un po' per rendermi conto dell'entità effettiva della mia attività al di là della percezione soggettiva (oggi ho lavorato tantissimo... , questo mese ho visto una marea di persone...) non sempre aderente al lavoro reale, di registrare giornalmente in maniera semplice, con l'ausilio dell'agenda settimanale, le principali attività della quotidianità ambulatoriale. Sull' agenda, in corrispondenza di ogni giorno, erano previste alcune caselle indicanti le attività ambulatoriali, contrassegnate con le lettere S (visite in studio) V (visite domiciliari) G (visite presso una casa di riposo con regolare accesso settimanale) e T (contatti telefonici). Ogni singola prestazione era semplicemente registrata sotto forma di "pallino" al di sotto della voce corrispondente.

Al termine di ogni settimana venivano contabilizzate le prestazioni effettuate nella settimana in corso, ed annualmente veniva effettuato il riepilogo di tutte le settimane dell'anno. Nel tempo, per periodi limitati, la contabilizzazione di queste prestazioni di base è stata periodicamente integrata da informazioni più specifiche, anche con l'ausilio di schede cartacee ad hoc, come la tipologia delle visite per urgenza o per tipologia clinica.

Successivamente, grazie all'introduzione del computer nello studio, con la conseguente possibilità di accedere ai contenuti informatizzati, le statistiche annuali sono state integrate dalla contabilizzazione di alcune prestazioni di carattere burocratico e clinico (ma sempre rientranti nell'attività ambulatoriale del medico generale), quali il numero totale delle ricette effettuate, le certificazioni di malattia, le vaccinazioni antinfluenzali. Sono rimaste purtroppo al di fuori dei dati regolarmente registrati quelli relativi all'ADP, all'ADI, le visite in struttura sanitaria ospedaliera ai pazienti ricoverati, le ore dedicate all'aggiornamento professionale, le certificazioni medico legali di altra tipologia e le prestazioni di particolare impegno professionale (PIP).

## COMUNI-CARE, PER NON MORIRE PROFESSIONALMENTE

Alberto ARNAUDO



Raccogliendo l'invito del Direttore Responsabile del nostro Notiziario ordinistico, che nella presentazione dell'articolo dei colleghi Bracco, Badinella Martini, Vassallo e Fenoglio apparso sul n. 4/19 riguardo al tema della comunicazione in Medicina, dal significativo titolo *"Medici afasici"*, invitava a meditare e approfondire l'argomento, vorrei condividere alcune brevi riflessioni. Essendomi occupato per tutta la vita professionale di Patologie da Dipendenze, il mio punto di vista è forse piuttosto particolare, come accade per tutti coloro che lavorano nel vasto ambito della Salute Mentale, dove la relazione con il paziente (ed i suoi familiari) costituisce presupposto essenziale per poter avviare qualsiasi processo diagnostico e di successiva presa in carico, anzi, direi che assume di per sé, ancor più che in altri campi, la dignità essa stessa di strumento terapeutico. Purtroppo, io ricordo dagli (ormai lontani...) studi universitari che tutti i professori di "clinica" esordivano nei loro insegnamenti sottolineando la cruciale importanza, prima di ogni atto medico, di "ascoltare" con la massima attenzione il paziente (ne ricordo in particolare uno che amava ripetere: "State sempre molto attenti quando il paziente cerca di illustrare i propri sintomi, specie se non capite: ha quasi sempre ragione lui!"), in modo da poter indirizzare al meglio l'anamnesi, poter effettuare un esame obiettivo più possibile mirato, e - successivamente - approfondire se del caso con la scelta degli esami strumentali opportuni.

La Medicina è cambiata radicalmente da allora, soprattutto per quanto riguarda le immense possibilità di indagini strumentali sempre più precise e specifiche. Certo. Ma ciò ha avuto un effetto collaterale inatteso e pericolosissimo, molto simile, mi pare, a quel che nell'ultimo decennio ha provocato Internet rispetto all'acquisizione di qualunque vera conoscenza: una progressiva e sempre più spinta delega della diagnosi e della terapia agli strumenti!

Quando e fino a che punto si è generata questa progressiva ed esiziale separazione? Quanto ne abbiamo preso coscienza? Dopo qualche anno si è cominciato a parlare di "umanizzazione della medicina": confesso che ogni volta che sento queste parole non posso impedire che un sottile brivido mi corra lungo la schiena: se la medicina, se il medico non è "umano", di grazia, che cos'è? Un professionista che opera esclusivamente attraverso procedure predefinite (da chi? In base a cosa? All'EBM? Di cui conosciamo i pregi indubbi, ma anche ormai i difetti?) e macchinari sempre più sofisticati, cui è rimesso ogni verdetto? Non stupisce allora che sia diventato "afasico", e che per restituirgli il suo ruolo occorra pensare a rimettere "nel sapere tecnico che viene appreso studiando medicina (...) qualcosa che renda umani i rapporti tra i medici e i loro pazienti", come dice il Prof. Claudio Rugarli citato nell'articolo dei colleghi. Ma se i rapporti fra medici e pazienti "non" sono umani, che genere di rapporti sono? Senza relazione efficace con il paziente non si può stabilire alcuna alleanza terapeutica (se pure si riesca a centrare la diagnosi, magari solo meccanicamente attraverso "gli esami"), e quindi "come" si può curare, cioè "prendersi cura"?

Si dice: c'è poco tempo per ascoltare, ed è vero, i ritmi di lavoro sono sempre più frenetici e incalzanti, imposti da carenza di risorse ma forse, e ancor più, dalla cultura promossa dalle aziendalizzazioni esasperate - nei cui confronti peraltro noi medici dovremmo fare un esame di coscienza, sia rispetto alla parte (attiva e passiva) che abbiamo interpretato, sia riguardo alle reazioni nei confronti delle profonde modifiche che il cambiamento del modo di gestire la Sanità ha prodotto nel nostro ruolo;

ma la mancanza di tempo per ascoltare mi sembra molto simile alla scusa che adduce chi dice di non aver tempo per leggere: la questione non è tanto il tempo, ma la priorità che gli si dà! Se per me leggere/ascoltare è importante perché lo ritengo basilare per la mia vita/professionalità, do all'impiego del tempo semplicemente un altro ordine!

Ho paura quindi, per tornare al monito del professor Rugarli, che quel qualcosa che renda umana (e quindi possibile ed efficace) la relazione con i pazienti non possa rientrare in una materia di studio universitaria, bensì costituisca un presupposto basilare per poter esercitare l'ars medica, un po' come l'ortografia e la sintassi sono presupposti indispensabili per potersi esprimere in una qualunque lingua e poter così (toh!) comunicare: se non le impari da piccolo, difficilmente te ne impadronisci poi...

Nel giuramento di Ippocrate antico si legge, tra i concetti mi sembra perfettamente trasportabili all'epoca nostra: *"Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio"*, e *"In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati": si parla dei "malati", quindi, non delle "malattie"*.

In quello moderno si giura anche *"di curare tutti i miei pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi mi ispirano"*: curare pazienti senza ascoltarli e stabilire una comunicazione efficace con essi (non con i loro organi malati) sembra un'azione difficilmente realizzabile.

Nello stesso giuramento c'è un punto ulteriore, richiamato anche nell'articolo cui si riferiscono questi brevi commenti, che impone "di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni". All'uscita della rivista online dell'ASL CN1 "Salute & Dintorni", d'intesa con il suo direttore Ilario Bruno, ho tenuto per qualche tempo una rubrica denominata "Comuni-care", dedicata ai necessari rapporti di collaborazione fra colleghi, in particolare fra Ospedale e Territorio, dove il gioco di parole intendeva significare proprio che senza comunicazione (che non può partire altro se non dal reciproco rispetto) fra attori diversi che intervengono sui medesimi processi e sulle medesime persone non è possibile prendersi cura davvero dei pazienti: credo che lo stesso concetto si applichi integralmente al rapporto medico paziente. E questo ancor di più se il paziente, ormai, reperendo mari di informazioni all'interno delle quali crede di potersi fare un'idea dei propri problemi, tende a porsi su un piano di orizzontalità comunicativa col medico: ciò rende più complesso il rapporto, ma non è sfuggendolo che si mantiene, o si recupera, credibilità e autorevolezza. Anzi, è proprio il contrario!

Credo che abbiamo davvero tutti estremo bisogno di tenere alta l'attenzione su questi temi: un futuro di rinnovata credibilità della nostra professione passa a mio giudizio anche, se non soprattutto, attraverso il recupero di un'autentica relazione con i pazienti, e non certo esasperando trinceramenti in pratiche di medicina difensiva o similari! Senza contare che nei panni della "persona in pigiama nel letto o sulla barella", di cui parlano i colleghi nel loro articolo, oltre che "un marito o un padre o un fratello" (moglie, madre, sorella...), può sempre capitare di esserci noi! Meglio prevenire, allora, se vogliamo tutti essere poi ben curati...

## Gli aspetti biopsicosociali e emotivi dell'incontro con il paziente sono migliori quando il medico



Fonte: Adattamento da Studio F.I.O.R.E., Fondazione Onlus Giancarlo Quarta e Università di Udine; Pensieri C. et al.: Doctor-patient communication tricks. Oncological study at Campus Bio-Medico University of Rome (Clin. Ter. 2018; 169 (5): e224-230)

CdS

## TORNA IL CONCORSO FOTOGRAFICO DELL'ORDINE

Giuseppe VASSALLO



In considerazione del successo ottenuto con il primo concorso fotografico indetto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo e della relativa mostra presso la Sala Mostre della Provincia nell'ultima settimana di luglio, e a seguito delle numerose richieste pervenute, il Consiglio dell'Ordine alla unanimità dei partecipanti, nella seduta del 22 agosto, ha deliberato la riedizione del concorso stesso con un nuovo tema, di estrema attualità anche nel mondo medico: **"COMUNICARE"**. Come per lo scorso anno sarà abbinato ad un **TEMA LIBERO**.

Le opere saranno esposte presso la Sala Mostre della Provincia di Cuneo dal 18 al 23 marzo 2020, in concomitanza della Assemblea annuale dell'Ordine, e la premiazione verrà eseguita nel corso della assemblea stessa.

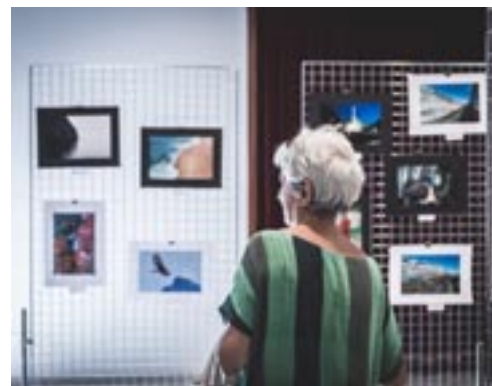
Si è inoltre deciso di ridurre il numero massimo di opere da presentare (da 4 a 3 per ogni tema) per poter approfondire meglio la valutazione e, soprattutto, nella speranza di un incremento della partecipazione.

Ringrazio tutti i colleghi che hanno voluto e saputo mettersi in gioco nella passata edizione, con opere giudicate da tutti di elevato livello e professionalità.

Doveroso inoltre un ringraziamento agli iscritti di progetto HAR e in particolare ad Ober Bondi cui si deve, oltre alla presidenza della giuria, anche gran parte della organizzazione.

Come sempre infine il mio grazie alla segreteria dell'Ordine per la straordinaria collaborazione e ai colleghi che hanno fornito il loro supporto e aiuto.





Fotografie dalla Mostra-Concorso «Confini»: Emanuele Delle Fave. Progetto Har.



ORDINE DEI MEDICI  
Chirurghi ed Odontoiatri  
della Provincia di Cuneo

CONCORSO FOTOGRAFICO

## Comunicare



**Scadenza 20 febbraio 2020**

Info: 3358333258 e 0171692195 - [segreteria@omceo.cuneo.it](mailto:segreteria@omceo.cuneo.it)

[www.omceo.cuneo.it](http://www.omceo.cuneo.it) - [info@progettohar.it](mailto:info@progettohar.it) - [www.progettohar.it](http://www.progettohar.it)

Mostra delle opere selezionate e premiazione al Centro Incontri della Provincia di Cuneo  
Sala Einaudi in occasione della Assemblea annuale dell'Ordine a Marzo 2019.

### REGOLAMENTO

- 1) L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo, in collaborazione con l'Associazione Culturale Progetto HAR organizza la seconda edizione del concorso fotografico dal titolo "COMUNICARE"
- 2) Il concorso è riservato ai fotografi appartenenti al suddetto Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Cuneo.
- 3) Due i temi a Concorso:
  - a) "COMUNICARE"
  - b) "TEMA LIBERO"
- 4) È possibile partecipare inviando un massimo di 3 (TRE) fotografie a colori o in bianco e nero, per ogni tema a Concorso.
- 5) Le fotografie dovranno essere stampate di misura 20 x 30 cm. e montate su un cartoncino, nero o bianco, di misura 30 x 40 cm. Sul retro, ben visibile, dovrà essere riportato: Nome e cognome, numero di cellulare, numero e titolo della fotografia come riportato sulla scheda di iscrizione. Nessuna firma o nominativo dovrà essere sul verso dell'immagine.
- 6) La partecipazione è gratuita e il materiale va inviato o consegnato a mano, o per posta, tassativamente entro le ore 24.00 del 20 febbraio 2019 a Segreteria Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Via Mameli 4 bis - Cuneo, unitamente alla scheda di iscrizione.
- 7) Le opere selezionate dalla Giuria (il cui giudizio è insindacabile) formeranno la Mostra "COMUNICARE" esposta nella sala mostre della Provincia di Cuneo tra il 18 e il 26 marzo in occasione dell'Assemblea annuale dell'Ordine (date soggette a modifiche)
- 8) Alle tre (3) migliori opere di ogni Tema verranno assegnati i seguenti premi: al primo classificato Euro 250, al secondo classificato Euro 150 al terzo classificato Euro 100. A insindacabile giudizio della Giuria potranno essere assegnati ulteriori premi o segnalazioni. Le sei Opere premiate diverranno di proprietà dell'Ordine dei Medici.
- 9) Le migliori fotografie selezionate saranno inoltre oggetto di pubblicazione sul Notiziario dell'Ordine.
- 10) La Giuria presieduta da Ober Bondi sarà composta oltre che da un esponente dell'Ordine, da almeno altri due elementi scelti tra un fotografo, un pittore, un insegnante di Arte.
- 11) Sarà cura della organizzazione avvertire i vincitori in tempo utile prima della premiazione.
- 12) Con l'adesione al Concorso il partecipante accetta il presente Regolamento e fornisce liberatoria per l'utilizzo delle immagini (fatta salva l'apposizione dei "credits") ai fini esclusivi della manifestazione, anche nelle prossime edizioni e comunque mai a scopo di lucro.
- 13) La Premiazione avrà luogo in occasione dell'Assemblea annuale dell'Ordine presso il Centro Incontri della Provincia di Cuneo.
- 14) Le fotografie potranno essere ritirate subito dopo la premiazione. A giudizio dell'Ordine e in accordo con gli Autori alcune delle opere potranno essere esposte nella sede dell'ordine.

Per l'iscrizione si prega contattare: [segreteria@omceo.cuneo.it](mailto:segreteria@omceo.cuneo.it)  
o di collegarsi al sito dell'ordine



## LA BAROPODOMETRIA CLINICA

Riccardo SCHIFFER



Lo studio posturografico *dell'appoggio bipodalico statico e dinamico* avviene mediante uno studio *statico* standard, oppure in posizione libera con e senza calzature, ortesi e ausili. Oppure *dinamico* con e senza calzature, ortesi e ausili. Entrambi ad occhi aperti o chiusi.

La prima metodica o *baropodometria statica* è la misurazione di tutti gli indicatori cinetici e cinematici rilevati mediante l'utilizzo di una pedana dinamometrica, in stazione eretta statica bipodalica standard o libera, con o senza ausili e ortesi. I **parametri utilizzati per essa sono:**

- *Cinetici:* Superficie, carico, angolo podalico, asse del piede; Rapporto retro piede/avampiede, Pressione massima, media; angolo di appoggio, angolo baricentrico, Distanza: CoP-C.Geom (centro di pressione, centro geometrico), CoF-asse podalico (centro di forza di un piede, asse del piede), CoF-battuta, CoF-CoP, posizione CoP
- *Cinematici:* Aree; Analisi: a punti, isobare, numerica, Hi-Res (alta risoluzione), Punto M (punto di massima pressione)

La *baropodometria dinamica*, è la misurazione di tutti gli indicatori cinetici e cinematici rilevati mediante l'utilizzo di una pedana dinamometrica, durante la deambulazione con o senza ausili e ortesi. I **suoi indicatori sono:**

- *Cinetici:* Superficie AP (avampiede) e RP (retro piede) e var.%, Carico AP e RP e var.%, Pressione max, Pressione Media; Velocità, Rotazione, Semipasso, Cadenza, Larghezza passo; Angolo del piede, Asse podalico; stride time; T.Appoggio; T.doppio appoggio; Lunghezza risultante dx/sx
- *Cinematici:* esame temporale, Punto M; Analisi a punti, isobare, numerica, Hi-Res; Risultanti: media (CoM), parziali (CoF); Grafici: superficie, pressione, picco, velocità, rotazione.



Il *Tandem Gait Test di H.O. Barber digitalizzato o test del cammino del funambolo* dove in paziente viene invitato a deambulare con i piedi in linea lungo una traccia colorata longitudinale alla direzione della pedana, ad occhi aperti e ad occhi chiusi, con durata in base alla disabilità o capacità del paziente. I parametri sono relativi alla tabella di H.O. Barber (*The Otolaryngologic Clinics of North America, 1978.Symposium on Advances in Otolaryngologic Diagnosis*).

### Treadmill baropodografico

Lo studio posturografico su nastro scorrevole per definizione è la misurazione di tutti gli indicatori cinetici e cinematici rilevati mediante l'utilizzo di un nastro scorrevole (treadmill) su di una pedana dinamometrica, durante la deambulazione o la corsa a varie velocità regolabili con o senza ausili e ortesi. Per il *treadmill baropodografico* gli indicatori ovviamente sono solo di tipo dinamico, ma sempre distinguibili in quantitativi e qualitativi.

Per l'*analisi delle impronte* gli indicatori quantitativi sono:

- durata complessiva del test in secondi
- numero di impronte analizzate
- velocità media in Km/h
- lunghezza media del semipasso in cm piede destro e sinistro
- tempo medio di appoggio in msec piede destro e sinistro
- tempo medio di doppio appoggio/volo in msec piede destro e sinistro
- tempo medio di oscillazione in msec piede destro e sinistro
- rockers medio ICP in msec piede destro e sinistro
- rockers medio FFCP in msec piede destro e sinistro
- rockers medio FFP in msec piede destro e sinistro
- superficie media in cm<sup>2</sup> piede destro e sinistro
- carico medio avampodalico del piede destro e sinistro
- carico medio
- carico medio mediale del piede destro e sinistro
- asse podalico in gradi

Di ogni impronta gli indicatori qualitativi sono:

- indice colorimetrico di simmetria
- risultante parziale del piede destro e sinistro
- la risultante butterfly o ciclogramma
- la risultante media o centro di massa (CoM) piede destro e sinistro
- analisi colorimetrica a punta
- analisi colorimetrica Hi-res (alta risoluzione)
- analisi in 3D
- analisi numerica
- analisi a livelli

In *analisi biomeccanica* l'indicatore quali/quantitativo è il grafico a colonne del *gait-cycle*.  
*Utilità e appropriatezza del loro uso in clinica:* studio delle alterazioni dell'appoggio podalico statico-dinamico (piede piatto, cavo, cavus, diabetico), della deambulazione, della corsa con e senza ausili (plantari, bastoni, stampelle, scarpe, molla di Coldivilla).  
*Condizioni di esecuzione dell'esame:* il paziente viene invitato a stare fermo sulla pedana per 5 secondi, oppure a camminare per almeno un minuto senza o con calzature e ausili; a correre per almeno 10 secondi a velocità variabile.



**Test di Untenberger Digitalizzato (marcia sul posto)**

Il test detto anche test di Fukuda è un'importante prova diagnostica, comunemente adoperata in ambito neurologico e otorinolaringoiatrico per valutare la presenza di ipertono muscolare durante una marcia svolta sul posto. Il medico ordina al paziente di stare ritto in piedi, posizionato al di sotto di una telecamera (web cam) con gli arti superiori distesi e sollevati. Il capo è in posizione neutra.

Il medico ordina al paziente di *marciare sul posto* per alcuni secondi ad occhi aperti (almeno 3-4) poi ad occhi chiusi per almeno 1 minuto, sollevando le ginocchia ma non in modo eccessivo. I soggetti normali che eseguono il test ruotano sul posto mai oltre i trenta gradi. Se invece il corpo del paziente ruota superando i 30 gradi, la causa sarà probabilmente una sofferenza labirintica sul lato dello spostamento. Uno spostamento in avanti (deambulazione), nel corso del test, non è indice di patologia. Il test viene ripetuto anche sotto l'influenza del riflesso nucale, vale a dire con la testa ruotata sul lato destro e sinistro del corpo.

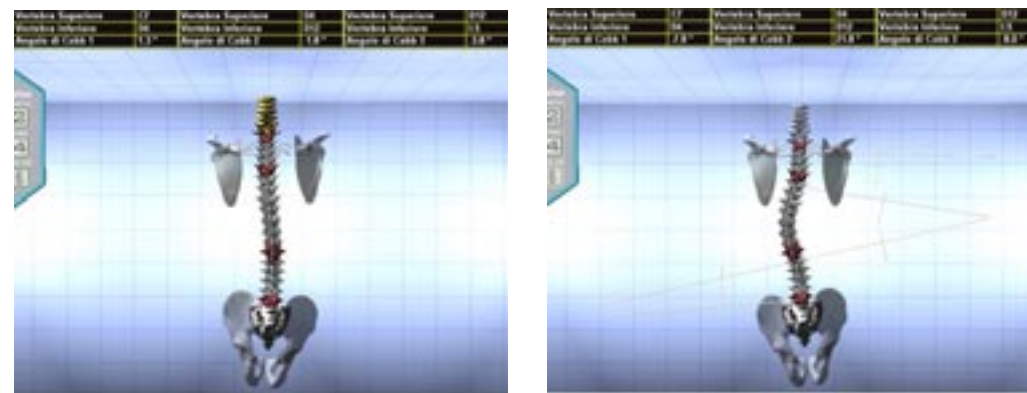
*Utilità e appropriatezza del loro uso in clinica:* è indicato nella valutazione dei soggetti con: sospetta disfunzione vestibolare periferica, instabilità dell'equilibrio, vertigine non specificata, alterazioni posturali.

*Condizioni di esecuzione dell'esame:* il paziente è invitato a marciare sul posto a piedi scalzi o con calzature a occhi aperti per almeno 3-4 secondi, poi per un minuto a occhi chiusi.

**La Ricostruzione tridimensionale della colonna vertebrale**

È la conversione digitalizzata di una immagine fotografica mediante algoritmo apposito, senza utilizzo di radiazioni ionizzanti in immagine grafica, utilizzando dei punti di repere anatomico segnati mediante markers su cute, e ricostruendo con il *sistema della triangolazione* la colonna vertebrale.

I suoi indicatori sono: gradi Cobb, lunghezze degli arti.



*Utilità e appropriatezza del suo uso in clinica:* studio seriato della colonna vertebrale nei paramorfismi, scoliosi in età evolutiva prevalentemente in colonne con gradi Cobb che sono al di sotto dei 30°, oppure al di sopra post-interventi chirurgici.

Un suo uso particolare, avviene in associazione con l'uso di *rialzi* posti sotto i piedi nelle eterometrie (arti corti) o asinclitismi (inclinazioni del bacino) che possono essere modificati e che possono a loro volta modificare le deviazioni della colonna vertebrale.

*Condizioni di esecuzione dell'esame:* il paziente solo con slip e reggiseno (donna) viene invitato a stare fermo in stazione eretta statica con gli arti superiori lungo il tronco e ben aderenti, e gli arti inferiori allineati per almeno un minuto.

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

## STOP AGLI ABUSI SUI BAMBINI

**ABUSO E VIOLENZA SUI BAMBINI SI CONTRASTANO CON AZIONI CONCRETE AD AMPIO RAGGIO**

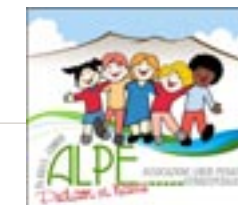
L'abuso, la violenza e i maltrattamenti sui bambini sono uno dei fenomeni più ignobili e disgustosi che la nostra moderna società, malgrado gli enormi progressi fatti in molti settori, non riesce ad affrontare con decisione e, per quanto possibile contrastare in maniera efficace. Nei secoli passati il bambino era il più delle volte considerato "di proprietà" del genitore che era legittimato ad adottare contro di lui ogni tipo di violenza e vessazione, mascherati come metodi "educativi". Tale mentalità veniva in molti casi trasmessa a chi, sfruttando il lavoro minorile camuffato da apprendistato, di fatto "acquistava" il minore in famiglia, spesso con seri problemi di sopravvivenza, arrivando in alcuni casi a situazioni molto vicine a uno stato di schiavitù.

Il bambino non aveva diritto ad esprimere le proprie opinioni e a manifestare le proprie aspettative: ai genitori doveva dare del "voi" e spesso veniva allontanato dalla famiglia in vari modi, come il collegio; famiglia che invece deve in ogni tempo essere intesa come contenitore di valori per favorire una crescita armonica, piena di amore e di affetti, ma anche di regole da imparare a rispettare.

Nel corso del XX secolo grandi progressi sono stati fatti e i diritti del fanciullo sono, almeno sulla carta, diventati realtà grazie a una serie di atti culminati con la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 Settembre 1989 e ratificata in Italia con la Legge 176 del 27 maggio 1991.

Oggi si parla tanto di abuso, violenza e maltrattamento sui bambini: i casi più eclatanti diventano subito merce preziosa per le prime pagine dei TG e dei social, ma più passa il tempo più assistiamo con sconcertante rassegnazione a una "psicologica accettazione" del fenomeno, come se nulla si potesse fare se non il subirlo e renderlo con più o meno reale indignazione.

Tante le iniziative, tante le associazioni strutturate e di volontariato che si impegnano su questi temi,



Marina VALLATI

ma purtroppo i casi sono in aumento ed emergono sempre più, almeno numericamente, quelle forme di violenza che possono essere definite "silenti" come la violenza assistita, che coinvolgono ogni giorno migliaia di bambini e di famiglie che, malgrado complessivamente coinvolte in livelli di sofferenza elevati, sembrano poi quasi "estranee" al problema, sminuendolo. La violenza assistita è la violenza che il bambino subisce non direttamente sul suo corpo, ma nel suo cuore e nella parte più fragile della sua anima. La violenza di assistere ai genitori che si distruggono con continui litigi davanti ai loro figli, in alcuni casi con il desiderio irrazionale di annientarsi e con il risultato di annientare invece la parte più fragile della famiglia: il bambino. La violenza sottile e penetrante, come quella di impedire al bambino di vedere le persone più care, come i nonni, di non potere avere un minimo di vita sociale per l'assegno di mantenimento che non arriva, mascherato da problemi economici costruiti ad arte, l'essere considerato un pacco che va ritirato ad una certa ora e consegnato tassativamente a un'altra, senza poter esprimere in due parole quello che dovrebbe essere un suo diritto fondamentale da gridare e tutto il mondo: io esisto. La violenza assistita che nella stragrande maggioranza dei casi è da considerarsi una violenza "intra familiare" non è una violenza solo della famiglia, ma imputabile alla società intera, che ha portato alla disgregazione dei valori familiari trasformando la famiglia stessa da fattore protettivo a fattore di rischio. Solo l'intervento precoce può salvare un bambino dalla violenza che, in situazioni a rischio potrebbe colpirlo improvvisamente. Quando la violenza si verifica è già troppo tardi; si può curare una ferita ma se è profonda, le cicatrici rimangono per sempre.

Il problema è quindi inizialmente culturale: oggi in Italia e nella maggior parte dei paesi non esiste un insegnamento specifico su queste tematiche né nel corso di Laurea in Medicina né nel corso della Specializzazione di Pediatria. Parimenti anche gli insegnanti non sono specificamente e in maniera uniforme formati sul riconoscimento precoce dei segni di abuso e maltrattamenti sui bambini, diventando addirittura argomento di prima pagina per pochi ma vergognosi casi che la gogna mediatica, secondo le sue spietate regole che guardano agli "indici di ascolto" riversa su tutta la categoria.

### Quali le proposte per contrastare l'abuso e il maltrattamento sui bambini?

Un primo intervento potrebbe essere la formazione continua e adeguata di insegnanti e pediatri di famiglia, entrambi figure professionali che con regolarità seguono tutti i bambini in Italia, e che per questo possono essere definite "le sentinelle".

Un secondo aspetto su cui si dovrebbe intervenire con delle politiche supportate da adeguate leggi è proprio il sostegno alle famiglie. Una famiglia sana, con sani principi, con genitori che danno l'esempio e accompagnano i figli nel loro ingresso in una società con seri problemi di identità e in crisi di valori, è sicuramente un fattore protettivo fondamentale per il bambino. In effetti una famiglia conflittuale, alle prese con problemi di varia natura, non esclusi quelli economici o di valori morali, non può che rendere il bambino che gli appartiene vulnerabile, a forte rischio di violenza e di maltrattamento, primo fra tutti la trascuratezza.

La nostra politica ha il dovere delle scelte e delle leggi: insieme a tutte le persone di buona volontà occorre creare un'identità comune di valori che consentano, rimboccandosi le maniche, di contrastare in maniera concreta questi fenomeni che provocano dolore e avvilitamento nei nostri cuori e nelle nostre coscienze.

**Il 23 settembre il Pontefice ha ricevuto in udienza la FNOMCeO. Erano presenti numerosi Presidenti di Ordine, fra cui il nostro. Eccovi le sue parole.**

*Cari fratelli e sorelle,*

accolgo con piacere tutti voi, appartenenti alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, e ringrazio il vostro Vice Presidente per le sue cortesi parole. So che avete dedicato l'ultimo triennio agli "stati generali" della professione medica, ossia al confronto su come esercitare al meglio la vostra attività in un mutato contesto sociale, per meglio individuare i cambiamenti utili a interpretare le necessità delle persone e per offrire loro, insieme con le competenze professionali, anche un buon rapporto umano.

La medicina, per definizione, è servizio alla vita umana, e come tale essa comporta un essenziale e irrinunciabile riferimento alla persona nella sua integrità spirituale e materiale, nella sua dimensione individuale e sociale: la medicina è a servizio dell'uomo, di tutto l'uomo, di ogni uomo. E voi medici siete convinti di questa verità sulla scorta di una lunghissima tradizione, che risale alle stesse intuizioni ippocratiche; ed è proprio da tale convinzione che scaturiscono le vostre giuste preoccupazioni per le insidie a cui è esposta la medicina odierna.

Occorre sempre ricordare che la malattia, oggetto delle vostre preoccupazioni, è più di un fatto clinico, medicalmente circoscrivibile; è sempre la condizione di una persona, il malato, ed è con questa visione integralmente umana che i medici sono chiamati a rapportarsi al paziente: considerando perciò la sua singolarità di persona che ha una malattia, e non solo il caso di quale malattia ha quel paziente. Si tratta per i medici di possedere, insieme alla dovuta competenza tecnico-professionale, un codice di valori e di significati con cui dare senso alla malattia e al proprio lavoro e fare di ogni singolo caso clinico un incontro umano.

Di fronte, dunque, a qualsiasi cambiamento della medicina e della società da voi identificato, è importante che il medico non perda di vista la singolarità di ogni malato, con la sua dignità e la sua fragilità. Un uomo o una donna da accompagnare con coscienza, con intelligenza e cuore, specialmente nelle situazioni più gravi. Con questo atteggiamento si può e si deve respingere la tentazione – indotta anche da mutamenti legislativi – di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia.



Si tratta di strade sbrigative di fronte a scelte che non sono, come potrebbero sembrare, espressione di libertà della persona, quando includono lo scarto del malato come possibilità, o falsa compassione di fronte alla richiesta di essere aiutati ad anticipare la morte. Come afferma la Nuova Carta per gli Operatori Sanitari: «Non esiste un diritto a disporre arbitrariamente della propria vita, per cui nessun medico può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente» (n. 169).

San Giovanni Paolo II osserva che la responsabilità degli operatori sanitari «è oggi enormemente accresciuta e trova la sua ispirazione più profonda e il suo sostegno più forte proprio nell'intrinseca e imprescindibile dimensione etica della professione sanitaria, come già riconosceva l'antico e sempre attuale giuramento di Ippocrate, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità» (*Enc. Evangelium vitae*, 89).

Cari amici, invoco sul vostro impegno la benedizione di Dio e vi affido all'intercessione della Vergine Maria *Salus infirmorum*. Per favore, non dimenticatevi di pregare per me.

## RETE MEDICI SENTINELLA PER L'AMBIENTE:

### LA MONOGRAFIA DI BENEDETTA AIMONE

La rivista "Il Cesalpino" dell'Ordine dei Medici di Arezzo ha dedicato l'intero numero di marzo al progetto RIMSA. Riporto alcuni estratti invitando alla lettura della monografia che offre non solo utili informazioni generali e alcuni dati scientifici sulla relazione salute-ambiente, ma anche proposte concrete per una partecipazione attiva e per il coinvolgimento dei pazienti nella tutela della salute globale.



La rivista apre con un editoriale firmato da Maria Neira, director Department of Public Health, Environmental and Social Determinants of Health World Health Organization, che riporta i dati forniti dall'OMS sul rapporto tra cause ambientali e decessi: **un quarto dei decessi annui, circa 12 milioni di morti**, sono correlati a danni ambientali diretti e indiretti, senza contare malattie croniche e disabilità (si stima che il 24% delle malattie possa essere attribuito ai fattori ambientali modificabili). Vinci, Coordinatore della Commissione Professione, Salute, Ambiente e Sviluppo Economico della FNOMCeO ricorda che la recente ricerca scientifica sulle interazioni tra ambiente e salute hanno dimostrato come **l'Epigenoma sia il network molecolare** attraverso cui gli agenti inquinanti possono interferire con la stabilità, il funzionamento e la trasmissione del Genoma: sono documentate le correlazioni tra alterazioni ambientali di origine antropica (produzione di energia, gestione dei rifiuti, sistema della mobilità, qualità dell'acqua aria e pratiche agricole, campi elettromagnetici) e nuove pandemie di patologie dismetaboliche, cardiocircolatorie, oncologiche e neurodegenerative. Il collega afferma che *il processo di costruzione della salute va sostenuto basandosi sul principio della salute come diritto universale, costituzionale (sancito dalle Costituzioni e Convenzioni*



*nazionali e internazionali) e democratico, strettamente collegato agli altri diritti universali dell'essere umano, come il diritto alla conoscenza e informazione corretta dei risultati della ricerca scientifica e al diritto all'uguaglianza nel beneficiare di tali risultati e delle innovazioni tecnologiche.*

Neira riporta anche l'esperienza positiva della "Prima Conferenza dell'OMS sull'inquinamento dell'aria e la salute: migliorare la qualità dell'aria, combattere il cambiamento climatico – salvare vite" che ha mobilitato Stati Membri, Agenzie Inter-Governative, istituzioni, mondo accademico, Organizzazioni Non-Governative e associazioni.

Dopo tre giorni di approfondimento scientifico e dibattito politico è nata l'agenda "Clean Air for Health: Geneva Action Agenda" con oltre 90 impegni volontari da parte di differenti *stakeholder*. La Società Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE) e la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) si sono impegnate per sostenere una **adeguata formazione del personale sanitario e una maggiore consapevolezza** del fondamentale ruolo di MMG e PLS nella lotta alla riduzione degli effetti delle alterazioni ambientali sulla salute. In quest'ottica il progetto RIMSA si propone non solo con finalità di sorveglianza epidemiologica ma anche come rete per **condividere esperienze e realtà locali e creare un sostegno all'attività di advocacy** (sostegno decisionale alle istituzioni, decisori politici e cittadini) delle figure sanitarie per quanto riguarda la tutela della salute globale.

Di Benedetto, medical Director - Ministry of Health – Directorate General of Health Prevention, evidenzia come gran parte dei rischi ambientali siano generati da settori che non sono unicamente sotto il controllo delle autorità sanitarie o ambientali (ad esempio i trasporti), traducendosi in **costi per il sistema sanitario che non sono quantificati, né "compensati"** dai settori che li determinano: si stima che le conseguenze sulla salute dell'inquinamento atmosferico nell'Unione Europea costino alla società tra **58 e 161 miliardi di euro all'anno** a causa della mortalità associata agli elevati livelli di polveri sottili. Romizi, presidente ISDE Italia, afferma che la criticità principale per una rete di MMG/PLS sentinelle è quella di muoversi nell'attuale contesto burocratico-organizzativo, che ostacola di fatto una reale possibilità operativa.

Tuttavia la Rete Italiana dei Medici Sentinella per l'Ambiente è già una realtà: conta circa sessanta medici del territorio (per lo più MMG) operanti in tutta Italia, formati all'interno del Progetto Pilota nel periodo marzo 2017-marzo 2018.

La difesa dell'ambiente come strumento di tutela della salute pubblica può e deve essere perseguita da ognuno, senza distinzioni di ruolo.

Per questo motivo la Commissione Ambiente dell'Ordine dei Medici di Cuneo si propone di organizzare eventi formativi ECM e corsi introduttivi rivolti ai giovani colleghi, che abbiano come tema il rapporto tra ambiente e salute, senza tralasciare gli strumenti che possono essere utilizzati dai medici nella pratica quotidiana; i membri della Commissione sono già al lavoro per organizzare il primo evento previsto per la primavera 2020! Vi terremo aggiornati.

Il numero monografico 15/3/2019 Medici Sentinella - Numero monografico è scaricabile dal seguente indirizzo: <http://www.omceoar.it/default.asp?p=cesalpino>

## ATTUALITÀ NELLA TERAPIA DELLO STROKE

I colleghi Giuseppe Romano, neuroradiologo, e Piero Meineri, neurologo, ambedue medici del S. Croce di Cuneo, hanno presentato all'Equipe territoriale Medicinsieme di Cuneo due interessanti documenti sulla gestione precoce dell'ictus. Viene confermata la necessità di un approccio che sia il più tempestivo possibile. Ogni paziente con sospetto clinico di ictus deve essere rapidamente inviato in DEA, poiché i "tempi limite" sono 6 ore per le procedure endovascolari e 4-5 per la trombolisi endovascolare 4-5 h. Siccome il primo fattore di rischio per l'ictus (sia ischemico che emorragico) è l'ipertensione, il suo controllo ha un significato positivo indipendente da quello esercitato sul rischio vascolare "generale". Viene consigliato un target <140 mm Hg. Tutti gli altri FR "classici" hanno minore peso sulla patogenesi dell'ictus e il loro controllo va inquadrato nell'ambito del rischio vascolare "generale".

Per approfondire, potete scaricare le due relazioni dai seguenti indirizzi:

<https://tinyurl.com/y4urppwm>

<https://tinyurl.com/yycu67ve>



## ESAMI RM NEURORADIOLOGICI

Sul sito dell'Ordine è stato pubblicato l'aggiornamento del documento sulle indicazioni e limiti degli esami RM neuroradiologici - elaborato da un gruppo di lavoro formato da MMG dell'ASL CN1 e dal dr Luigi Gozzoli, responsabile della neuroradiologia dell'ASO S. Croce e Carle - già presentato nel numero 3-2018 di questo notiziario. In base alle segnalazioni pervenute e alle conseguenti discussioni, sono state corrette alcune criticità e migliorati alcuni aspetti operativi.

## LIBRI NON DI MEDICINA SCRITTI DA MEDICI

Matteo Roversi, psichiatra di sessant'anni, ha deciso di lasciare la sua famiglia domani, al pranzo di Natale. Durante la notte che precede la festa, ripercorre in flash back la sua vita esaminando pezzo per pezzo, sulla trama della messa di mezzanotte prima, e di un sonno agitato poi, gli avvenimenti che l'hanno condotto a questa decisione.

Roversi è estremamente scontento della propria esistenza. Ha cominciato a guastarsela non riuscendo a tenere con sé l'amore di Annalisa, vero perno di tutta la storia, conosciuta da studentessa universitaria quando era già promessa ad un altro, e tornata al paese per adempiere alla promessa al termine degli studi. Amareggiato e incapace di reagire, Matteo si è lasciato allora corteggiare e sposare da una ricca e bella divorziata che gli ha permesso di dare stabilità alla sua vita, sia familiare che professionale, al prezzo di abbandonare qualunque sogno di autenticità in entrambe. Un anno fa, all'incirca, Roversi ha conosciuto frate Filippo, personaggio molto particolare con cui ha intrapreso la disamina della propria esistenza, sperando di riconquistarne l'autenticità.

E proprio in quel mentre, gli capita di incontrare, a quasi trent'anni di distanza, il vecchio amore, Annalisa, divenuta nel frattempo vedova, e impegnata nel volontariato per gli alcolisti in trattamento.

Sarà l'ultima occasione che si presenta a Matteo per dare un senso diverso alla sua esistenza, sia sentimentale che professionale?



**AUDITORIUM VARCO FORO BOARIO**  
**Via Carlo Pascal 5C - CUNEO**  
**24 ottobre 2019 - ore 20.00**



GIANNA COLETTI in

**INTERRUZIONI**

di GIANNA COLETTI e CAMILLA GHEDINI  
 con JONATHAN NORANI (sassofono)

regia RENZO ALESSANDRI

scenografia Labatò  
 costumi Rosa Mariotti  
 luci e allestimento Sales Mangano  
 fotografia e grafica Sergio Bertoni  
 ufficio stampa Valpe & Son  
 contributo scientifico dott. Davide Mazzon

*L'Ordine  
 dei Medici Chirurghi  
 e Odontoiatri di Cuneo  
 invita i Cittadini  
 allo spettacolo teatrale  
 interpretato  
 da Gianna Coletti*

Ingresso gratuito

Posti disponibili 200

Prenotazione obbligatoria  
 Invitando, dal 24 agosto in poi, mail  
 con nome, cognome e data di nascita  
 all'indirizzo  
 AUDITORIUM.DAT@OMCEO.CUNEO.IT

Partecipano alla discussione:

Ana Cristina Vargas  
 Antonio Blengini  
 Claudio Blengini  
 Elia Balestrino  
 Emanuela Pignata  
 Federico Bergna  
 Gianni Coletti  
 Giorgio Fassati  
 Giuseppe Guasco  
 Margherita Sobiet  
 Piero Taddeo

La legge 219/2017 - disposizioni anticipate di trattamento - ha riconosciuto all'individuo il diritto di scegliere, per il momento del fine vita, se continuare a ricevere o se rifiutare il proseguimento di ogni terapia.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Cuneo, adempiendo al compito istituzionale di tutela della salute dei Cittadini, promuove una lettura obiettiva e serena della legge proponendo una pièce teatrale sul tema. Quindi, alle domande del pubblico risponderanno il medico di famiglia, l'eticista, l'antropologo-tanatologo, lo psicologo, l'avvocato, il Sindaco, il rappresentante di un'associazione per la tutela dei diritti dei pazienti.

Segreteria scientifica e organizzativa: Elia Balestrino, Claudio Blengini, Laura Merlo - Per info: 3470971871 o 0171 692195  
 La brochure illustrativa dell'evento è disponibile sul sito [www.omceo.cuneo.it](http://www.omceo.cuneo.it)

**CUNEO - Giovedì 24 Ottobre 2019 ore 20**

*Evento aperto alla cittadinanza - Ingresso gratuito*

**DIALOGO CON I CITTADINI A PIÙ CORTE E VOCI SUL TESTAMENTO BIOLOGICO  
 DISPOSIZIONI DI TRATTAMENTO LG 219/2017**

L'approvazione della legge 219/2017 sul fine vita (Disposizioni Anticipate di Trattamento) è stata preceduta da anni di acceso confronto che non ha facilitato la comprensione obiettiva e serena del dettato della legge. L'Ordine di Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Cuneo, deputato per compito istituzionale alla tutela della salute dei Cittadini e consapevole di questa insufficiente conoscenza e comprensione della legge, offre alla Cittadinanza un momento di riflessione sul tema, proponendo un incontro al contempo illuminante ed intrigante, affrancato da pedanterie normative e da pregiudizi aprioristici, per attestare come la legge assegni all'individuo la libertà di decidere il proprio fine vita, riconoscendogli - secondo il principio della condivisione del progetto di cura - il diritto sia di continuare a ricevere sia di rifiutare ogni ulteriore terapia. Ad una stringata illustrazione dei contenuti della legge e delle indicazioni per avvalersene, segue lo spettacolo teatrale dell'attrice Gianna Coletti sul tema del testamento biologico e del fine vita. Quindi, con la moderazione di un giornalista, si apre un dialogo con il pubblico, alle cui domande e dubbi rispondono il medico di famiglia, il bioeticista, l'antropologo-tanatologo, lo psicologo, l'avvocato, il sindaco, il rappresentante di una associazione dei pazienti.

*Sede:* Auditorium Foro Boario Via Carlo Pascal 5C - Cuneo

*Posti disponibili:* 200 *prenotazione obbligatoria*

*Prenotazioni:* a partire dal 24 agosto inviare e-mail con nome, cognome, anno di nascita all'account: [auditorium.dat@omceo.cuneo.it](mailto:auditorium.dat@omceo.cuneo.it)

*Segreteria scientifica e organizzativa:*

Elsio Balestrino, Claudio Blengini, Laura Merlo

*Per info:* 3470971871 o 0171.692195

**MEDICI PRIMA ISCRIZIONE**

Dr.ssa BARBERO Silvia	Cuneo
Dr BELTRAMI Mattia	La Morra
Dr BORELLO Andrea	Bra
Dr.ssa BRIGANTE Giorgia	Alba
Dr CALLERI Alberto	Magliano Alpi
Dr CAVAGLIÀ Chiara	Racconigi
Dr CAVALLO Francesco	Saluzzo
Dr CURTI Emanuele	Savigliano
Dr DALMASSO Diego	Robilante
Dr DI FRANCO Luca	Cuneo
Dr DI GREGORIO Nico	Neive
Dr FRANCO Nicolò	Verzuolo
Dr.ssa GANDOLFO Carolina	Castagnito
Dr GAMBARDELLA Luigi	Peveragno
Dr.ssa GAVOCI Aurora	Mondovì
Dr LANZARDO Amedeo	Cherasco
Dr.ssa MARENCO Marta	Savigliano
Dr MARSERO Luca	Santo Stefano Roero
Dr MILANESIO Nicolò	Fossano
Dr PONZO Pietro	Cherasco
Dr ROVETTO Nicola	Saluzzo
Dr RUDELLA Stefano	Cuneo
Dr.ssa TOPPINO Daniela	Montà
Dr.ssa TROSSARELLO Marta	Savigliano
Dr.ssa VAZZOTTI Paola	Dogliani
Dr.ssa VIGLIONE Margherita	Alba
Dr.ssa ZOCARO Gaia	Cuneo

**MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO**

Dr.ssa GANDINO Serena	Padova
Dr GARZARO Lorenzo	Torino
Dr.ssa GERRATANA Maria	Ragusa
Dr.ssa GHIRINI Micaela	Genova
Dr MELI Massimiliano	Catania
Dr ORRÙ Giuseppe	Bolzano
Dr RAIMONDO Angelo	Savona
Dr SERVETTO Luca	Savona
Dr SIMONAZZI Paolo	Asti
Dr DE FILIPPIS Mario	Savona

**MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO**

Dr.ssa BERGIA Francesca	Parma
Dr.ssa GUALCO Marina	Genova
Dr PAVAN Detto Michielon Ermanno	Roma
Dr TAGGIASCO Daniele	Imperia

**MEDICI CANCELLATI SU RICHIESTA**

Dr.ssa KRUMM Isa	Ceretto Langhe
Dr.ssa MICHELOTTI Fausta	Cuneo

**MEDICI DECEDUTI**

Dr SANTACROCE Giuseppe	Roccaforte Mondovì
Dr SICCA Giacomo	Mondovì

**ODONTOIATRI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO**

Dr GAVA Marco	Savona
Dr SIMONAZZI Paolo	Asti
Dr DEFILIPPIS Mario	Savona
Dr TAGGIASCO Daniele	Imperia

**ODONTOIATRI CANCELLATI SU RICHIESTA**

Dr BARBERO Corrado	Centallo
Dr POGGI Philippe	Cuneo

**NECROLOGIO**

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

Dr Giuseppe SANTACROCE - Medico Chirurgo di anni 70  
Dr Giacomo SICCA - Medico Chirurgo di anni 92

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

