

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



INVITO A COLLABORARE ALLA REDAZIONE

I contributi dei Colleghi al Notiziario, che ospitiamo sempre e volentieri, sono espressione dell'esperienza personale, maturata nei singoli ambiti di lavoro. Gli Autori sono tenuti alla redazione di un lavoro originale e ne assumono la paternità, citando, quando necessario, le fonti o i coautori. Deve essere implicita, e nel caso dichiarata, l'assenza di conflitti di interesse o l'eventuale presenza di finanziamenti della ricerca e/o del progetto da cui scaturisce l'articolo.

Per le "pratiche cliniche" cui attenersi occorre fare riferimento unicamente a comportamenti e linee guida validati a livello nazionale ed internazionale. Gli articoli scientifici verranno valutati in base ai contenuti dal Comitato scientifico del nostro Ordine.

La collaborazione è aperta a tutti gli iscritti; la Direzione si riserva di valutare la pubblicazione e di elaborare i testi in base alle esigenze redazionali. Viene comunque raccomandata la brevità. Eventuali immagini a corredo degli articoli devono essere di proprietà dell'autore o acquisite con licenza, oltre che con risoluzione adeguata alla stampa tipografica (300dpi).

Vi preghiamo di inviare il materiale esclusivamente via e-mail a:

notiziario.omceo.cn@gmail.com

segreteria@omceo.cuneo.it

Il termine di consegna per il prossimo numero è stabilito entro il: 12 giugno 2024.

IN QUESTO NUMERO

Il 23 Marzo si è tenuta al Santa Croce di Cuneo la nostra Assemblea annuale ed è con la relazione morale dedicata a tale occasione dal Presidente Guerra che si apre il secondo numero del Notiziario. A questa seguono le considerazioni del Presidente CAO Damilano circa la situazione attuale dell'Odontoiatria, sia pubblica sia privata, comprese alcune sue "criticità".



Nelle conclusioni Guerra non nasconde la preoccupazione per la scarsa adesione dei Colleghi iscritti alla mailing list (un quinto circa sul totale) che, aggiungo, ha un riscontro ancora più desolante se rapportata al numero dei presenti alla nostra unica Assemblea annuale. Quali siano le cause di questa difficoltosa interazione tra Colleghi è difficile dirsi ma la scarsa partecipazione alle varie attività ordinistiche è un dato di fatto e sicuramente sarà compito di chi si occuperà dell'Ordine nel prossimo futuro trovare i giusti canali per ravvivare e non disperdere qualsiasi possibilità di confronto inter pares.

A seguire è il dottor Portolese a fare il resoconto di una serata dell'AIDO a Savigliano dedicata alla "gioia di donare", un incontro aperto a cittadini, pazienti ed operatori del settore al fine di fare accrescere la consapevolezza di quanto sia indispensabile la donazione d'organo, un vero atto di amore verso il prossimo.

È poi ancora il dottor Carignano (insieme alla dottoressa Cesana) che, proseguendo uno studio già illustrato in numeri passati del Notiziario, rimarca l'importanza della diagnosi ecografica del torace nei pazienti Covid, anche quando il tampone sembra dare risultati negativi. Al suo articolo si aggiunge una breve ma puntuale considerazione del Direttore di Distretto di Cuneo Sud Ovest, il dottor Nico Barbero, che sottolinea l'importanza di avere diagnostiche tecnologiche efficienti anche sul Territorio per una presa in carico sempre più accurata dei pazienti finalizzata anche alla diminuzione degli accessi impropri nelle Strutture Sanitarie Ospedaliere.

Abbiamo quindi spazio per due concorsi (uno letterario ed uno fotografico) riservati agli iscritti OMCeO sul tema "Menopausa" – Anno 2024, istituiti collateralmente all'Evento "ALMENO-PAUSA – Dialogo con i Cittadini a più corde e voci sulla menopausa" in programma presso l'Auditorium Foro Boario in data 26 Ottobre 2024.

Tornando in ambito clinico una interessante tematica viene affrontata dal Gruppo di lavoro del dottor Schiffer, ovvero quella relativa alla "Fisiatria interventistica" ed all'utilizzo della neuromodulazione PENS (Percutaneous Electrical Nerve Stimulation), una nuova tecnica di neuromodulazione mini-invasiva che modifica gli impulsi nervosi a livello sottocutaneo.

Per concludere gli avvisi di due prossimi Eventi scientifici che si terranno il primo a Fossano, al Castello dei Principi d'Acaia, il 23 e 24 maggio 2024, relativo all' "Attualità in ricostruzione mammaria" ed il secondo (Fisiologia in gravidanza) il 27 Settembre 2024 a Savigliano - Sala Polivalente Crosà Neira.

LA RELAZIONE MORALE DEL PRESIDENTE GIUSEPPE GUERRA

Gent.mi Colleghi e Colleghe,

questa è la mia 7ª Assemblea, avendo compiuto un primo mandato di Presidente per tre anni e sono ormai giunto al 4° e ultimo anno del mio secondo mandato. È mia volontà ringraziare **tutti i consiglieri** che hanno condiviso con me questo percorso professionale; per me, per quello che mi porto nella "valigia", voglio solo dire "GRAZIE" e che, se sotto tanti aspetti sono cresciuto nella mia performance individuale di professionista, lo devo anche a VOI.



Preparando questa relazione mi sono cimentato nel seguire un "filo conduttore" in modo da poter "legare" alcuni aspetti/problemi della vita professionale quotidiana che mi stanno particolarmente a cuore.

Il 12 marzo viene ricordato come la "giornata" contro la violenza sugli operatori sanitari. Sappiamo tutti che le Aziende Sanitarie devono adottare specifici protocolli per segnalare alle Autorità Competenti gli episodi di violenza in modo da attivare la cd "procedibilità d'ufficio". Come per tante altre professioni (es. Insegnanti) gli episodi

di violenza comportano per tutti i professionisti della salute conseguenze fisiche e psichiche spesso gravi che non si limitano al momento dell'aggressione, ma possono trascinarsi nel tempo con importanti ricadute anche ansiogene e depressive. Un aspetto da non sottovalutare è quello che la violenza conduce alla DISAFFEZIONE verso le professioni sanitarie.

Ritengo che per il professionista sanitario sia necessaria una rivoluzione culturale e che il medico torni ad essere l'attore della relazione di cura e non un bersaglio da colpire.

È pertanto necessario sviluppare serie politiche di *Risk Management*, di formazione degli operatori, di comunicazione verso cittadini/utenti. Quali strategie adottare? Organizzarsi e strutturarsi per mitigare i rischi, formarsi nell'ambito dell'auto protezione, nelle relazioni e nelle pronte segnalazioni, coordinarsi con opportuni protocolli e/o procedure con le Forze dell'Ordine, individuare le opportune forme di sostegno agli operatori vittime di violenza, nell'applicazione di pene adeguate agli aggressori.

Come si può notare, quanto descritto in modo parziale rappresenta elementi di discussione che non appartengono solo alle professioni sanitarie, ma richiedono una comune consapevolezza ed una condivisione, una sensibilizzazione forte di professionisti, istituzioni



e cittadini, tutti insieme, uniti per collaborare nell'interesse della collettività e salvaguardare il nostro SSN di fronte ad un fenomeno negativo crescente.

Come precedentemente riportato, la violenza comporta anche una grave conseguenza: la disaffezione verso la professione, con il risultato (anche se presente in tutte le Discipline più esposte) di assenza di candidati nei concorsi pubblici per l'area della cd "emergenza-urgenza" e la non copertura dei posti riservati nelle relative scuole di specializzazione.

La mancanza di Medici è attualmente non solo avvertita nel settore ospedaliero (dove ancora sono presenti le Cooperative, con termine ultimo al 28.05.2024 ?!?!), ma anche sul territorio. L'allarme della Fondazione "GIMBE" del 07.03.2024: mancano 3.100 Medici di Famiglia; entro il 2026 oltre 11.400 pensionamenti: nelle regioni del Sud le nuove leve non basteranno a rimpiazzarli. Il 47% dei Medici supera il limite dei 1.500 assistiti: in forte crisi **accessibilità e qualità dell'assistenza**.

Nel ringraziare la lucida e pertinente analisi del Presidente della Fondazione GIMBE, viene da chiedersi come impatteranno le funzionalità di tutte le strutture (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT) previste dal PNRR a livello nazionale? Per quanto attiene alla nostra Provincia, molte di queste saranno strutturalmente ultimate nel "fatidico anno 2026".

Per il momento, tra stime e sottostime del fenomeno, dall'impatto che l'innalzamento dell'età professionale a 70 /72 anni possa garantire agli assistiti, dall'aumento delle borse di studio, dalle varie e differenti deroghe regionali per assegnare più assistiti (1.800) a quelli formati o 1.000 a quelli in formazione, dai nuovi contratti, ecc...è assai difficile ipotizzare un futuro certo per la professione. Di certo gli ospedali non stanno meglio.

Serve una riforma, una riforma vera, che a partire dal Piano Sanitario Nazionale e strettamente connessi i Piani Sanitari Regionali, veda la partecipazione di tutte le forme rappresentative dei Medici affinché la professione sia adeguatamente difesa e valorizzata e con "criterio" utilizzata al fine del mantenimento del nostro SSN.

Tra le rappresentanze dei Medici è indispensabile che ci siano gli OMCeO. Perché ? Gli OMCeO rappresentano a tutto tondo il nostro mondo.

Un nostro mondo dove ci siamo impegnati per ampliare la sede, per rafforzare l'attività amministrativa sempre più complessa con l'assunzione a tempo indeterminato di un amministrativo, per fare e proporre formazione ai colleghi, per raccogliere idee, confrontarci, proporre soluzioni, interloquire con il nostro mondo del lavoro e, attraverso una FROMP finalmente attiva, a rapportarci e sostenerci con gli altri OMCeO piemontesi in tutte le sedi di concertazione presenti sia la Regione o gli Ordini delle altre Professioni Sanitarie.. E, accanto a tutto questo, i nostri doveri istituzionali, dalle riunioni consiliari alle disciplinari, il tutto con occhio attento e vigile ai bilanci.

E ora, il mio filo conduttore mi porta a un tema d'obbligo nell'Assemblea degli Iscritti che è **la politica della trasparenza dell'Ente**.

Nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT), pubblicati sul Portale Istituzionale, abbiamo dichiarato i nostri obiettivi strategici e la nostra politica di trasparenza. Abbiamo inoltre attestato sia quanto realizzato sia l'esito dei periodici controlli previsti dalla norma. Possiamo quindi, in prossimità della conclusione del mandato quadriennale, affermare che questo Consiglio, interpretando con convinzione il concetto di "valore sociale" dell'Ente e perseguendone con determinazione l'attuazione, ha operato con integrità, con coraggio, con indipendenza, con trasparenza nel promuovere, quando non anche nel difendere, il proprio compito di tutela della salute pubblica e della professione. Due tutele interdipendenti, fondamentali per il progresso civile ed il benessere collettivo.

Dopo aver investito non poco in risorse tecnologiche ed in formazione, ci gratifica la crescita esponenziale degli accessi al Portale Istituzionale ed al Portale Amministrazione Trasparente, ove gli iscritti, i soggetti che hanno relazioni di interesse con l'Ordine, i Cittadini tutti possono leggere, davvero come in una casa di "VETRO", non solo ogni scelta, ogni decisione, ogni atto, ogni contratto, ogni spesa attuata dal Consiglio, ma anche i regolamenti e le procedure che, codificando tutte le attività cui l'Ordine attende, codificano come il Consiglio opera al suo interno e verso gli iscritti, verso gli stakeholders esterni e verso la Comunità tutta.

È vero che questa è una strada a cui la Legge richiama, ma ciò che possiamo rivendicare è quello di essere uno degli Ordini più avanti in questo adempimento.

Potremmo rivendicare un altro piazzamento di prestigio nell'offerta formativa agli iscritti, obiettivo strategico cui non è estranea la scelta di ampliamento della sede per disporre di spazi nostri idonei e sufficienti, ed altro ancora, ma preferisco riflettere su un elemento di preoccupazione nell'interazione tra Iscritti e Consiglio: la bassa percentuale (meno di 1/5) di iscritti registratisi alla mailing list. In assenza di dialogo diretto tra gli Iscritti, di un confronto sulle proprie esperienze, sui problemi, sulle attese, sugli obiettivi, qual è la probabilità che l'esito delle elezioni per il mandato 2025-2028 sia espressione ampia e credibile dell'Assemblea degli Iscritti?

GRAZIE, GRAZIE, GRAZIE a tutti. E GRAZIE di cuore alla Segreteria di questo OMCeO.

PARLA IL PRESIDENTE CAO GIAN PAOLO DAMILANO



Cari Colleghi,
questo è sicuramente l'appuntamento annuale più importante nella vita ordinistica e oggi lo è in modo particolare, visto che sarà l'ultima Assemblea prima dei previsti rinnovi.

Ogni mandato ha la sua particolarità: se in quello passato avevamo tutti dovuto confrontarci con l'emergenza del Covid, in questo abbiamo dovuto affrontarne le conseguenze che sono state importanti anche nel mondo odontoiatrico.

La nostra professione sta cambiando molto velocemente, a un ritmo sempre più incalzante, forse ancor più di quella medica vera e propria.

Il Medico Odontoiatra da tempo vive una fase di dubbi ed interrogativi. L'Odontoiatra è infatti una figura particolare e specifica nel panorama della Medicina italiana. Siamo professionisti sanitari ma siamo solo marginalmente inseriti nei ruoli familiari al SSN e al governo della Sanità italiana: pochi fra noi sono infatti dipendenti, accreditati, convenzionati con la Sanità pubblica.

È un'attività essenzialmente libero professionale, estremamente sensibile ai mutamenti della Società che deve recepire rapidamente nel suo essere medicina di prossimità, sostenere la tipicità della cura e della prevenzione odontoiatrica e contemporaneamente garantire il risultato clinico positivo per il paziente ed economicamente gratificante per il professionista lavoratore.

È noto che oltre il 90% delle cure odontoiatriche è a costo interamente sostenuto dal cittadino, solamente in alcuni casi parzialmente rimborsato da Fondi integrativi o Assicurazioni, che a loro volta sono spesso portatori di gravi condizionamenti per l'autonomia della professione. L'impegno di spesa a diretto carico del cittadino pone la cura odontoiatrica in contrasto rispetto alla abitudine della popolazione di avere accesso gratuito o quasi per gli interventi medici e chirurgici svolti nell'ambito della Medicina pubblica. Il pagamento a intero carico del paziente, oltre alle generiche contestazioni sui costi delle terapie dentistiche, ci ha nel tempo oscurato nei confronti della politica, che non ci riconosce come prestatori di assistenza sanitaria perché non integrati nella logica del SSN e ci obbliga ad un costante e laborioso confronto con il sistema sociale economico che ci circonda, con le sue ciclicità e con la novità della concorrenza rappresentata dall'ingresso del grande capitale nell'esercizio dell'Odontoiatria.

Essere Odontoiatra significa quindi saper affrontare le difficoltà di una realtà che cambia, unicamente dotati delle proprie competenze e risorse, spesso da soli e dibattuti tra un approccio puramente imprenditoriale e la consapevolezza di essere, comunque, Medici. A volte i Colleghi odontoiatri non hanno percezione di quale sia il ruolo dell'Ordine nella loro vita professionale, proprio perché la svolgono essenzialmente in regime di libera pro-

fessione. Occorre ricordare che il ruolo principale dell'Ordine consiste nella salvaguardia della Salute pubblica, di cui è investito direttamente dallo Stato in sua rappresentanza, e ha compiti ben diversi da quelli del sindacato.

Per questo l'attività della Commissione d'Albo consiste spesso in rapporti con altre Istituzioni pubbliche (Regione, Comuni, ASL, Nas, Tribunali, etc) sia come consulente, sia come Ente vigilante sulla corretta applicazione di leggi e regolamenti e a volte, purtroppo non così spesso come auspicabile, determinante nella definizione degli stessi. Questo lavoro continuo lascia poche tracce visibili all'esterno, in particolare dai Colleghi.

Possono essere più visibili le azioni disciplinari, magari vissute con fastidio e viste come ostative nei confronti degli "spiriti animali della libera impresa" che albergano nel cuore di chi privilegia gli aspetti imprenditoriali a quelli professionali, o da altri, invece, come scarse e inefficaci; ma anch'esse scontano i ritardi e le inefficienze di un sistema giudiziario che comunque deve rimanere garantista.

Alcuni Colleghi ritengono che sarebbe più opportuno affrontare le sfide della nostra professione andando per la nostra strada, dividendoci cioè completamente dagli altri Medici fondando un Ordine autonomo; in realtà questa potrebbe rivelarsi una scelta miope sia perché ci è già riconosciuta per legge la giusta autonomia decisionale, sia perché ne risulteremmo indeboliti.

Nella pratica, proprio per la natura essenzialmente privata della nostra professione, noi abbiamo affrontato e ci confrontiamo con problemi che il resto della classe medica, anch'essa avviata verso una privatizzazione strisciante, si trova solo ora a dover gestire guardando spesso alla nostra Categoria come laboratorio. L'autorevolezza e il riconoscimento si ottiene con il reciproco rispetto, con l'affermazione delle differenze ma soprattutto con la consapevolezza delle radici e degli obiettivi comuni.

Per queste ragioni, in fine di mandato, è necessario ricordare quanto come odontoiatri ci si sia mossi in perfetta sintonia e collaborazione con l'Esecutivo ed il Consiglio. Un apprezzamento particolare e un ringraziamento va riservato al Presidente uscente che ha saputo coniugare ruoli professionali gravosi e delicati con una rara indipendenza di giudizio nella sua veste di rappresentante dell'Istituzione.

"LA GIOIA DI DONARE "

Donazione e trapianto di organi e tessuti. Per parlare di questi temi di stringente attualità il "Gruppo Intercomunale AIDO Savigliano, Marene, Monasterolo di Savigliano" (costituito in base alle direttive nazionali AIDO dall'unione dei tre Comuni) ha promosso l'incontro informativo svolto lo scorso 11 aprile a Palazzo Taffini di Savigliano grazie al patrocinio della Banca CRS, del Comune di Savigliano e dell'OMCeO di Cuneo. "La gioia di donare", un momento di dialogo con i cittadini per informare, fugare dubbi, ansie, perplessità, paure con lo scopo di accrescere la consapevolezza ed inculcare fiducia ai potenziali donatori invitati all'importante atto di aderire al "dono" di parte del proprio corpo.

All'incontro, coordinato e moderato dal dottor Pasquale Portolese, un pubblico numeroso accolto dal saluto delle autorità presenti: dal Sindaco di Savigliano Antonello Portera, al presidente OMCeO e Direttore dell'ASL CN1 Giuseppe Guerra, al neo eletto presidente provinciale AIDO Enrico Giraudo.

Attenzione ed interesse da parte dei partecipanti alle relazioni presentate da professionisti autorevoli: il dottor Raffaele Potenza, anestesista - rianimatore dell'AUTO Città della Salute e della

Scienza di Torino e del Centro Regionale dei prelievi e delle donazioni Piemonte- Valle D'Aosta; la dottoressa Elisabetta Brizio, anestesista- rianimatore Coordinatore Ospedaliero per i Prelievi di Organi e tessuti della Rianimazione dell'ospedale S.S. Annunziata di Savigliano. Questi professionisti, quotidianamente, impegnati ad affrontare temi quali la "morte encefalica" hanno approfondito le varie fasi del processo: dal "procurement", alla donazione, al prelievo, fino al trapianto, assieme ai diversi aspetti clinici, legislativi e organizzativi.

La testimonianza di alcune persone trapiantate, invitate in qualità di ospiti, è stata particolarmente toccante. Dalla scoperta della malattia all'indicazione al trapianto quale unica opzione terapeutica. I racconti della signora P.G. sottoposta a trapianto di cuore; della signora C.D. che ha subito il trapianto del fegato; del signor B.V. sottoposto a duplice trapianto di rene, in seguito a complicanze che avevano causato il rigetto e il conseguente espianto dell'organo trapiantato, hanno coinvolto emotivamente tutti i presenti portando valore aggiunto al dibattito animato dalle partecipate domande del pubblico che hanno ottenuto competenti ed esaurienti risposte dai relatori presenti.

È utile ricordare che in Italia ci sono ancora circa 8.000 pazienti in lista d'attesa, cittadini che aspettano un organo che possa migliorare la loro qualità di vita o addirittura possa loro prospettare la sopravvivenza, qualora si tratti di organi salvavita come fegato e cuore.



Pasquale Portolese, anestesista- rianimatore
già Coordinatore Ospedaliero per i Prelievi di Organi e Tessuti dell'Ospedale di Savigliano
Presidente del Gruppo Intercomunale Aido Savigliano-Marene- Monasterolo di Savigliano. Gruppo A

È POSSIBILE LA DIAGNOSI DI SARS-Cov 2 RECENTE IN PRESENZA DI TAMPONE NASO FARINGEO NEGATIVO?

Dall'inizio del periodo pandemico sono stati riscontrati casi non infrequenti di pazienti con sintomi respiratori sospetti per infezione Covid correlata che avendo avuto contatti diretti e prolungati con persone affette da infezione Sars-Cov2 certa (familiari, conviventi, colleghi di lavoro etc), erano però risultati negativi all'esecuzione di uno o più test diagnostici specifici (tampone naso faringeo negativo). In base alle indicazioni ministeriali vigenti questi pazienti sono stati considerati ufficialmente indenni dall'infezione e dalla malattia senza possibili conferme diagnostiche alternative ritenute valide. L'elevato indice di contagiosità del virus Sars-Cov2., e la presenza in elevata percentuale di false negatività dei test diagnostici rapidi in uso, evidenziate dalla letteratura scientifica recente, pongono però dubbi sulla effettiva negatività di molti di questi accertamenti.

Questo studio è un tentativo di verificare se, con il venir meno delle implicanze burocratiche e legali correlate al valore della diagnosi di infezione da Sars-Cov2, con il ritorno a valutazioni di carattere puramente medico clinico, si possano considerare possibilità diagnostiche alternative e complementari, sulla base delle evidenze presentate, laddove, a fronte di un fondato sospetto clinico anamnestico, il tampone naso faringeo risulti negativo.

La diagnosi ufficiale di infezione Sars-Cov 2 secondo le indicazioni ministeriali

La diagnosi ufficiale di infezione Covid è tuttora basata^(1,2), secondo le ultime indicazioni aggiornate al 2023 del Ministero della Salute (che riprendono le indicazioni del ECDC), sulla positività del tampone naso faringeo molecolare o del tampone rapido antigenico. I test molecolari su campione respiratorio naso faringeo o orofaringeo, restano tuttora il gold standard internazionale per la diagnosi di COVID-19 in termini di sensibilità e specificità. La metodica di real-time RT-PCR (Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction) permette, attraverso l'amplificazione dei geni virali maggiormente espressi, di rilevare la presenza del genoma virale oltre che in soggetti sintomatici anche in presenza di bassa carica virale, pre-sintomatici o asintomatici. I test antigenici rapidi rilevano la presenza di proteine virali (antigeni). Sono disponibili diversi tipi di test antigenico, dai saggi immunocromatografici lateral flow (prima generazione) ai test a lettura immunofluorescente (seconda generazione), i quali hanno migliori prestazioni. I test di ultima generazione (immunofluorescenza con lettura in microfluidica) sembrano mostrare risultati sovrapponibili ai saggi di RT-PCR. I test sierologici rilevano l'esposizione al virus, evidenziando la presenza di anticorpi contro il virus, ma non sono in grado di confermare o meno un'infezione in atto. Per questo motivo, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica non possono sostituire i test diagnostici (molecolare o antigenico).

Il problema dei tamponi falsi negativi

Per i problemi di urgenza, praticità ed economicità durante fase emergenziale il ruolo dei test antigenici rapidi è stato fondamentale per il tracciamento dei pazienti positivi, sia dal punto di vista strettamente clinico che per le note concomitanze burocratiche e legali (rilascio del green pass, rispetto degli obblighi vaccinali, etc).

Gianpaolo CARIGNANO - Eleonora CESANA



Purtroppo l'elevata specificità di questi test non è risultata associata ad una adeguata sensibilità, come risulta da numerosi studi clinici. Questa sensibilità risulta essere molto variabile e mediamente bassa con valori di falsi negativi variabili dal 30% al 50%. a seconda degli autori^(3,4,5,6).

Le motivazioni di questa scarsa sensibilità sono da ricercarsi in molteplici cause che comprendono la tipologia del test utilizzato, la manualità dell'operatore esecutore materiale dell'esame, la tempistica di esecuzione del test rispetto al momento dell'infezione del virus Sars-Cov 2.

Mentre la specificità risulta essere estremamente elevata sia in laboratorio che sul campo per entrambe le tipologie di test, superiore al 99,9% sia per i test RT-PCR che per quelli antigenici, la sensibilità dei test RT-PCR, stimata all'89,9% per esempio in uno studio clinico finlandese⁽⁷⁾ è superiore alla sensibilità dei test antigenici rapidi.

Uno studio inglese pubblicato a luglio 2021⁽⁸⁾ ha considerato campioni prelevati da personale inesperto e da operatori specializzati, evidenziando che la sensibilità risultava essere rispettivamente del 45% per i primi e dell'80% per i secondi⁽⁸⁾.

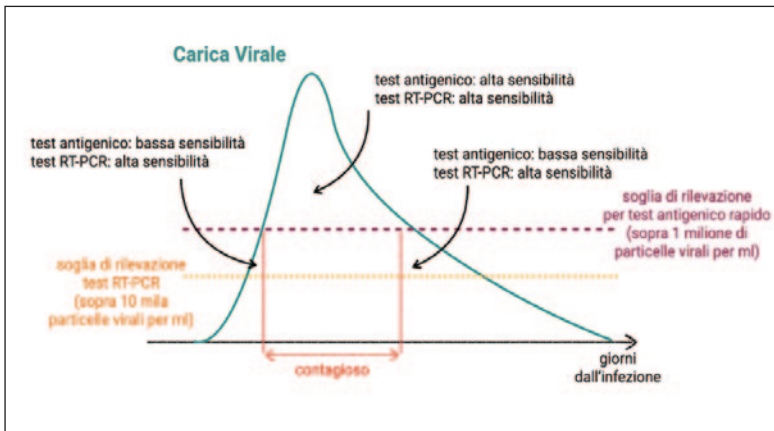


Grafico 1

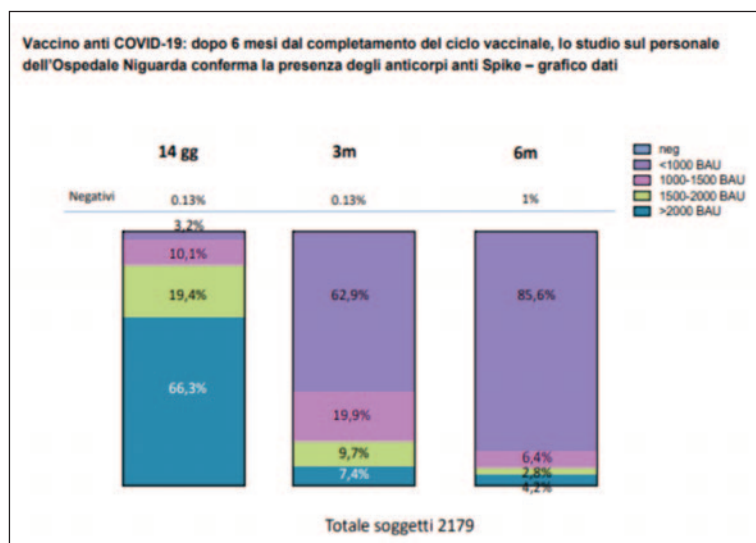
Immagine rielaborata da quella contenuta in Mina et al., Rethinking Covid-19 Test Sensitivity - A Strategy for Containment, N Engl J Med november, 26,2020; 383:e120, DOI: 10.1056/NEJMp2025631

Lo studio ha osservato inoltre che la sensibilità dei test antigenici rapidi aumenta insieme alla carica virale. Per carica virale elevata (più di un milione di particelle virali per millilitro) la sensibilità è almeno dell'80% per i campioni prelevati da personale inesperto e almeno dell'85% per i campioni prelevati da operatori specializzati. La tempistica dell'esecuzione del test rispetto al punto zero^(7,9) rappresentato dall'infezione virale, rappresenta un ulteriore importante fattore di variazione della sensibilità dei test diagnostici, come risulta dal grafico (1).

Risulta evidente come i periodi iniziali dell'infezione ed i periodi successivi al picco replicativo del virus, entrambi al di sotto della soglia di rilevazione delle componenti antigeniche virali dei test in uso, giustificano l'elevata percentuale di falsi negativi in queste fasi dell'infezione.

La risposta anticorpale ai vaccini Anti Sars-Cov-2 ed la sua evoluzione nel tempo

La valutazione sierologica della risposta anticorpale all'infezione da Sars - Cov 2, non è riconosciuta valida ai fini della diagnosi di infezione recente. Tuttavia la risposta anticorpale al vaccino specifico risulta essere un parametro fondamentale per valutare l'entità e la validità della risposta immunitaria indotta dalla vaccinazione. In molti studi si evidenzia come tale risposta correli con la protezione nei confronti delle complicanze gravi della malattia.



Numerosi studi sono stati effettuati⁽¹⁰⁾ per monitorare l'andamento e le modificazioni nel tempo della risposta anticorpale, in rapporto alle diverse fasi del ciclo vaccinale (prima dose, seconda dose, dosi booster). Con alcune differenze non sostanziali, questi studi concordano su una progressiva riduzione dei valori anticorpali nel tempo, al termine del ciclo vaccinale completo e delle successive eventuali dosi booster.

Tale riduzione rispetto al picco anticorpale post vaccinale (evidenziato a circa 30 giorni dall'ultima dose somministrata), raggiunge valori importanti dell'ordine 85-93% a 6 e 9 mesi.

Una particolare attenzione merita lo studio italiano denominato "renaissance" eseguito presso l'ospedale Niguarda di Milano su oltre 2000 operatori sanitari. È stata valutata la risposta anticorpale dopo completamento di ciclo vaccinale di tre dosi a tre, sei e nove mesi dall'ultima dose. In particolare, a distanza di sei mesi dalla terza dose vaccinale, l'85,6% dei vaccinati presenta livelli anticorpali < a 1000 BAU/ml. In questi sei mesi il titolo anticorpale medio è naturalmente sceso. In particolare la curva di riduzione è stata più netta e veloce nei primi 3 mesi (tra i 14 giorni e i 3 mesi il calo è stato di circa il 70%) e più lenta e graduale nel periodo successivo (circa il 45%).

Come mostra il grafico (1) l'86% del campione studiato possiede a 6 mesi un titolo inferiore a 1.000 BAU, il 6% un titolo tra 1.000 e 1.500 BAU, un 3% tra 1.500 e 2.000 BAU e un 4% un titolo superiore a 2.000 BAU. L'1% invece non ha una risposta anticorpale rilevabile.

Il 4% dei soggetti studiati rilevava ancora titoli altissimi, superiori a 2000 BAU (il 51% di questi aveva però una storia di infezione COVID-19 prima della vaccinazione).

Analogamente altri studi evidenziano che l'efficacia vaccinale si attenui progressivamente nel tempo, riducendosi ad esempio da 90% a 50% contro il rischio di sviluppare forme sintomatiche di COVID-19 a 5-6 mesi dal completamento del ciclo di vaccinazione primaria. Questa riduzione si riflette specularmente nel progressivo calo della risposta anticorpale, giacché il titolo degli anticorpi

neutralizzanti anti-SARS-CoV-2 cala anch'esso progressivamente nel tempo (di oltre l'80% rispetto al picco). Si stima che dopo 7-9 mesi, oltre il 50% della popolazione vaccinata possa aver perduto la protezione anticorpale.

In questi studi gli anticorpi utilizzati per valutare l'entità e l'efficacia della risposta vaccinale sono stati;

- 1) ricerca di anticorpi neutralizzanti di classe igG anti proteina spike (BAU/ml)
- 2) ricerca di anticorpi neutralizzanti igG diretti contro il dominio recettoriale del virus (RBD, BAU/ml)

Uno studio epidemiologico prospettico ha rivelato⁽¹²⁾ come tutti i soggetti vaccinati vadano incontro a fisiologica riduzione dei livelli sierici di anticorpi anti-Sars-CoV-2 a sei mesi dall'ultima dose somministrata del vaccino a mRNA Comirnaty (Pfizer/BioNTech). In molti di essi, soprattutto (ma non soltanto) i più anziani, si è osservato un calo così accentuato da ridurre considerevolmente l'efficienza della risposta anticorpale al virus. Questi risultati sono stati e restano alla base delle indicazioni sulla tempistica per l'esecuzione dei richiami vaccinali soprattutto per le persone a più alto rischio

L'ECOGRAFIA TORACICA nelle manifestazioni polmonari del SARS-Cov 2

L'ecografia toracica, accertamento diagnostico strettamente collegato ai rilievi clinici, e da tempo utilizzata in Medicina d'Urgenza e nei Reparti di Rianimazione, come complemento diagnostico al momento dell'ingresso ospedaliero (evidenziando in alcuni studi una sensibilità diagnostica nei confronti delle infezioni Sars-Cov 2, superiore del 20% rispetto al solo tampone naso faringeo), per la diagnosi e la stadiazione delle infezioni più gravi Covid correlate, nel corso del ricovero ospedaliero e nel follow up post dimissione^(16,17,18).

La gestione dei casi di infezioni non gravi e non complicate, che rappresentano la maggioranza dei pazienti, sono stati e sono tuttora competenza dei medici di base del territorio, sulla base dei soli dati clinici eventualmente integrati dall'imaging radiologico toracico di base. Da più dati della letteratura risulta che sia l'esame obiettivo che l'imaging radiologico di base del torace risultino di scarsa utilità per un corretto inquadramento diagnostico di questa tipologia di pazienti. Allo stesso tempo, l'accertamento diagnostico gold standard per la corretta valutazione delle lesioni polmonari Covid correlate, l'HRCT, per motivi organizzativi e di economia sanitaria non ha indicazioni per l'utilizzo nei casi di infezione lieve o media se non clinicamente motivata^(13,14).

L'ecografia toracica, può essere considerata, proprio in questi pazienti, sul territorio, una valida ed affidabile alternativa alla HRCT per la praticità di utilizzo, l'economicità e l'elevata sensibilità e specificità in periodo pandemico, nella rilevazione di lesioni pleuro parenchimali Covid correlate sia in fase acuta che in fasi successive.

L'esperienza personale maturata⁽¹⁶⁾ da inizio pandemia in questi ultimi tre anni, con la valutazione diretta clinica ed ecografica di più di 2000 pazienti affetti da malattia Covid correlata in atto o pregressa, ha permesso di confermare ampiamente i dati della letteratura relativi alle possibilità diagnostiche di questo strumento, che considero ormai insostituibile per un corretto inquadramento diagnostico terapeutico di questi pazienti, necessario anche per il follow up nel tempo. Nonostante queste caratteristiche, risulta tuttora sotto utilizzata a livello territoriale soprattutto per le difficoltà legate alle problematiche organizzative ed economiche difficilmente superabili nell'ambito degli studi di medicina

generale gestiti da un singolo medico. L'evoluzione in corso nella riorganizzazione della medicina generale verso forme associative sempre più complesse e strutturate, nella direzione indicata dal PNRR con la definizione di un decisivo supporto economico, necessario sia per l'acquisto delle necessarie dotazioni tecnologiche che per le necessità formative dei medici interessati, potrebbe essere una occasione unica per estendere l'utilizzo, soprattutto in queste forme associative, di questo importante supporto diagnostico, non solo per le patologie Covid correlate. I reperti ecografici del torace evidenziati in corso di infezione Covid 19, (linee B, irregolarità della linea pleurica, micro addensamenti), di per se aspecifici, assumono una loro precisa specificità per le caratteristiche di diffusione numerica e spaziale delle lesioni, multiple, bilaterali, asimmetriche, riproducibile nella maggior parte dei pazienti affetti, con un pattern caratteristico che si può essere definito "Covid like". Le manifestazioni anatomico patologiche Covid correlate al torace hanno un equivalente sia nell'imaging ecografico che radiologico (HRCT) (vedi Tabella 1)⁽¹⁹⁾.

REPERTI ECO TORACE	REPERTI HRCT
Linea pleurica ispessita	Ispessimento pleurico
Linee B multifocali separate o confluenti	Aspetto a vetro smerigliato
Linee B confluenti	Quadro di infiltrazione polmonare
Piccoli (centimetrici) consolidamenti	Addensamento sub pleurico
Consolidamento sia trans lobare che non translobare	Addensamento translobare
Versamento pleurico raro	Versamento pleurico raro
Distribuzione multi lobari delle lesioni	Più di due lobi interessati

Tabella (1)

manifestazioni pleuro polmonari Covid 19 correlate: confronto tra imaging ecografico e radiologico (HRCT) al torace

Alcuni studi, di imaging radiologico (HRCT) eseguiti sia su adulti che bambini Covid positivi, hanno evidenziato la presenza di alterazioni pleuro polmonari Covid correlate in oltre il 50% dei casi anche in pazienti asintomatici e pauci sintomatici^(20,14). Analoghe conclusioni sono state evidenziate da recenti studi di imaging ecografico del torace territoriali (pocus)^(17,18).

Ad integrazione di quanto sopra specificato, si segnala che, le linee B di riscontro ecografico, al di là della valutazione di numero e distribuzione topografica, possono dare indicazioni indirette anche sulla comparsa temporale della lesione, avendo caratteristiche diverse se rilevate in corso di patologie recenti oppure in fasi di successiva stabilizzazione.

Impianto dello studio

Sono stati selezionati 33 pazienti, afferiti al controllo clinico ambulatoriale per la presenza di uno o più sintomi respiratori persistenti da più di un mese, inquadrabili in una possibile sindrome long Covid (tosse secca, dispnea, toraco algie), che avevano avuto contatti diretti familiari o lavorativi con persone affette da infezione Covid certa (tampone positivo) e che avevano effettuato uno o più tamponi naso faringei per la conferma del sospetto clinico di infezione SARS-COV2 con risultato negativo.

Tabella (2) caratteristiche per il reclutamento nello studio dei pazienti

1. presenza di sintomi respiratori da più di 30 giorni, in assenza di obiettività broncopolmonare di rilievo, compatibili con sindrome da long Covid (tosse, dispnea, disestesie toraciche)
2. contatti prolungati per motivi di convivenza familiare o lavorativa, con persone affette da infezione Sars –Cov II certa (tampone positivo) nel periodo immediatamente precedente alla comparsa dei sintomi respiratori
3. esecuzione nella fase acuta della sintomatologia di uno o più tamponi naso faringei con esito negativo
4. situazione vaccinale varia (generalmente 3 o 4 dosi) con ultimo richiamo effettuato almeno 9 mesi prima rispetto alla data di inserimento nello studio, intervallo sufficiente per prevedere un basso titolo anticorpale basso correlato alle vaccinazioni effettuate (come evidenziato dai dati della letteratura)

Tutti i pazienti arruolati erano caratterizzati da un'anamnesi personale negativa per pregressa infezione da Sars –COV 2 ed erano stati vaccinati con 3 o 4 dosi vaccinali. L'ultima dose vaccinale era stata praticata da almeno 12 mesi (un intervallo temporale sufficiente per presumere, in base ai dati della letteratura^(10,11,12) un basso livello anticorpale correlato alla sola risposta vaccinale).

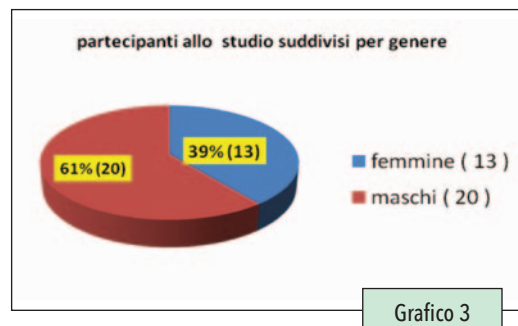
I pazienti arruolati sono stati valutati clinicamente (si segnala il riscontro di esame obiettivo broncopolmonare negativo in tutti i pazienti) e successivamente sottoposti a studio ecografico del torace secondo il protocollo LUS (analisi ecografica sistematica dei due emitoraci suddivisi ciascuno in 6 campi a destra e 6 campi a sinistra, superiore + inferiore anteriori, superiore ed inferiore laterali, superiore ed inferiore posteriori, analisi a parte dei due apici).

Le anomalie ecografiche riscontrate (fondamentalmente linee B ed irregolarità della linea pleurica) sono state successivamente riportate in un modello topografico specifico, necessario per la corretta stadiazione ed i successivi controlli di follow up). I pazienti con evidenza di un quadro ecografico al torace sospetto per infezione Covid recente (presenza di focalità ecografiche B multiple, bilaterali, di aspetto recente, irregolarità della linea pleurica), sono stati successivamente avviati a prelievo ematico per la ricerca di anticorpi anti Sars Cov2 (anticorpi Sars-Cov2 IgG neutralizzanti anti Covid, con test trimerico, metodo CLIA, BAU \ ml con valori di riferimento di negatività per valori < 33.8 e valore di positività massima rilevati 2080 BAU/ml). Per garantire una uniformità di metodica e di test sierologico utilizzato, i pazienti sono stati avviati per l'esame sierologico presso il laboratorio analisi della ASL CN 1 di Cuneo (l'importo dell'esame sierologico, circa 15 euro, non rientrando nelle prestazioni a carico del sistema sanitario nazionale, è stato sostenuto direttamente dai pazienti). Si segnala che lo stesso metodo diagnostico^(11,12) è stato utilizzato nei principali studi della letteratura per la valutazione della risposta anticorpale ai vaccini anti Covid 19 e la sua evoluzione nel tempo.

Risultati

Il campione selezionato comprende 33 pazienti di cui 20 uomini e 13 donne. (Grafico 3)

L'età dei pazienti inclusi nello studio varia in un range da 20 ad 89 anni, con una media di 65 anni. I partecipanti erano stati tutti sottoposti in passato a vaccinazione per Sars-Cov2, con un numero variabile di dosi ricevute che va da un



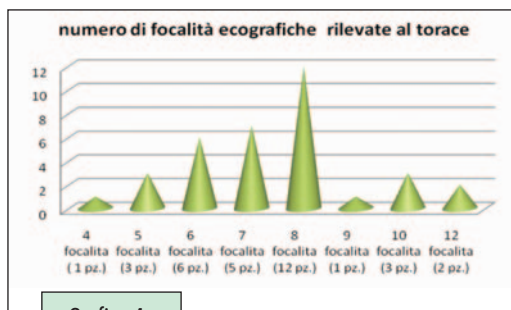


Grafico 4a

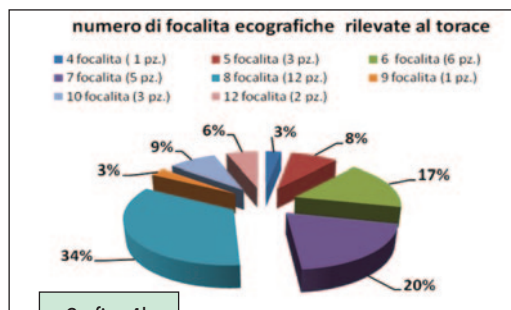


Grafico 4b

minimo di 2 dosi ad un massimo di 4; la maggior parte dei pazienti ha ricevuto tre dosi di vaccino. Il numero totale di lesioni rilevate per ogni paziente varia in un range da 4 a 12, valore medio di 7 lesioni totali, con bilateralità delle lesioni presente in tutti i pazienti esaminati (Grafico 4a -4 b). Tutti i pazienti con quadro ecografico al torace sospetto per recente infezione Covid 19 (33\33), hanno eseguito il dosaggio di anticorpi anti Sars-Cov 2 nei giorni immediatamente successivi l'arruolamento nello studio, risultando al di sopra del valore positivo massimo per la metodica utilizzata dal laboratorio diagnostico utilizzato (2080 BAU/ml) in 30 casi (91%) e al di sotto di tale valore in soli 3 casi (9%), ma comunque con valori molto elevati e non attribuibili, in base ai dati della letteratura⁽¹¹⁾ al residuo effetto dell'ultima dose vaccinale, pari al 9% del campione (Grafico 5). Nel progetto iniziale dello studio era previsto l'arruolamento di 50 pazienti ma l'uniformità e la unidirezionalità dei risultati ottenuti nel corso dello svolgimento hanno fatto ritenere ininfluenza per la prosecuzione dello studio stesso l'arruolamento di ulteriori pazienti. I risultati risultano pertanto riferiti ai primi 33 pazienti studiati.

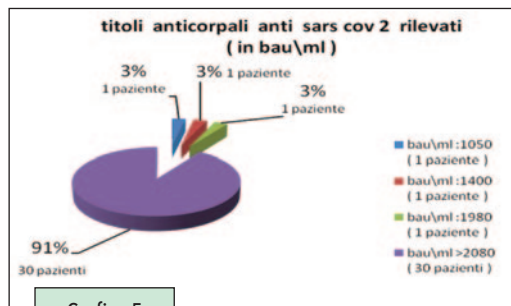


Grafico 5

Commenti

Nel 91% dei pazienti selezionati sono stati rilevati valori di anticorpi anti Sars-Cov2 superiori ai valori massimi previsti dalla metodica utilizzata ed i restanti (3 pazienti) avevano valori inferiori ai massimi della metodica ma comunque molto elevati e non correlabili, in base ai dati della letteratura già presentati, al solo effetto residuo dell'ultima dose vaccinale, effettuata da oltre 9 mesi, periodo sufficiente a far calare la concentrazione anticorpale a valori inferiori al 90% del picco iniziale. Tali valori elevati possono pertanto essere giustificati solo da una infezione recente misconosciuta, per quanto non rilevata dai tamponi eseguiti.

Conclusioni

I dati presentati suggeriscono che ai fini della diagnosi di un'infezione Covid 19 recente, l'associazione dello studio ecografico del torace con l'esame sierologico per la ricerca di anticorpi anti Sars -Cov 2, in pazienti sintomatici con pregressi contatti certi con pazienti Covid positivi, anche in caso di negatività

del tampone naso faringeo, garantisce sensibilità ed attendibilità diagnostica superiore al tampone naso faringeo stesso. Al di là dei limitati numeri e dei dati riportati nello studio, l'elevato numero di valutazioni clinico ecografiche personalmente effettuate su questa tipologia di pazienti, negli ultimi tre anni, ha permesso di rilevare costantemente alterazioni ecografiche al torace, patognomoniche per infezione Covid 19 recente, successivamente confermate dal controllo sierologico specifico.

In conclusione, l'associazione dei dati clinico anamnestici (sintomatologia respiratoria in pazienti a contatto con Covid positivi) con il riscontro di alterazioni ecografiche al torace tipiche per infezione Covid, potrebbe essere sufficiente a sospettare/confermare una recente infezione Sars –Cov2 indipendentemente dal risultato del tampone naso faringeo. Questi risultati, pongono problematiche importanti meritevoli di ulteriori approfondimenti, valutazioni, e confronti per le novità che sembrano introdurre su argomenti da tempo definiti ed accettati. Se, come si evince dai dati presentati, l'associazione di due dati oggettivi quali il quadro ecografico al torace e l'esame sierologico, possono essere in grado di diagnosticare un'infezione Covid recente in presenza di negatività del tampone naso faringeo, che influenza dovrebbe avere questo risultato sul futuro timing vaccinale del paziente? Questo paziente, ufficialmente negativo per infezione Covid in base alle attuali indicazioni ministeriali, come dovrebbe essere considerato in termini strettamente igienico sanitari ai fini di un'eventuale isolamento o provvedimenti limitativi?

La risposta al primo quesito, a mio giudizio, è che questi pazienti debbano essere a tutti gli effetti considerati come pazienti che abbiano contratto e superato un'infezione recente, con le conseguenti modificazioni del successivo timing vaccinale.

La risposta al secondo quesito è complessa e può essere definita nel quadro delle progressive evoluzioni della materia, nelle quali non posso addentrarmi, conseguenti alla endemizzazione in corso del Covid 19 ed alla progressiva riduzione delle sue manifestazioni cliniche.

Dr.Gianpaolo CARIGNANO, specialista in Malattie dell'apparato respiratorio, MMG ASL CN 1 di Cuneo
Dr Ssa. Eleonora CESANA, medico tirocinante del corso di formazione in Medicina generale della Regione Piemonte

In sintesi i contenuti di questa esperienza portano a pensare che il fornire al Medico di Medicina Generale strumenti diagnostici di primo livello che vadano oltre a quelli standard non può che essere di impatto positivo all'organizzazione territoriale. Questo permette peraltro di intercettare situazioni patologiche in tempo reale ed appropriato già negli ambulatori territoriali. Nello specifico l'ecografo ormai rappresenta un'opportunità poco invasiva a disposizione di professionisti formati anche senza specializzazione. In previsione delle future AFT e Case di Comunità, come previsto anche nel DM 77, sarà importante valutare l'attivazione di ambulatori proattivi finalizzati ad identificare problematiche che potrebbero in futuro sfociare in accessi inappropriati agli ospedali.

L'utilizzo dell'ecografo, quindi, da parte di alcuni MMG o altri Operatori adeguatamente formati ed in collegamento con Centri Specialistici per il confronto su casi particolari, rappresenterà un'offerta territoriale per la popolazione con patologie croniche di tutto il distretto o l'AFT di riferimento. Una scommessa che deve diventare realtà.

Dr Luigi Domenico BARBERO, direttore di Distretto Sud Ovest della CN 1

BIBLIOGRAFIA

1. "Contact tracing e test diagnostici", Ministero della Salute. ultimo aggiornamento 18 settembre 2023
2. "Interim Technical Note. Laboratory tests for SARS-CoV-2 and their use in public health" Home – ISS https://www.iss.it/COVID+19_+test+EN.pdf 28 set 2020 –Updated on October
3. "Quanto sono affidabili i tamponi rapidi per la rilevazione del virus?", *doctor* 33,20\11\2021 :Covid -19, "
4. "Covid-19, i test rapidi sono efficaci? I dubbi in uno studio di Nature" *Doctor* 33, 08\11\2022: www.doctor33.it/articolo/54354/Covid-19-i-test-rapidi-sono-efficaci-i-dubbi-in-uno-studio-di-nature
5. "Covid: studio Altamedica, tamponi rapidi sbagliano una volta su 2" *Adnkronos Salute*, 17.11.2021,
6. "Impact of antigen test target failure and testing strategies on the transmission of SARS-CoV-2 variants" C.Del Vecchio et. al. *Nature Communications*,. 2022 Oct 5;13(1):5870. doi: 10.1038/s41467-022-33460-0.
7. "Rethinking Covid-19 Test Sensitivity – A Strategy for Containment", *The New England Journal of Medicine*, 2020 novembre, 26, Michael J. Mina, M.D., Ph.D., Roy Parker, Ph.D., and Daniel B. Larremore, Ph.D. (<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp2025631?articleTools=true>)
8. "Asymptomatic testing for SARS- CoV-2 using antigen-detection lateral flow devices Evidence from performance" Department of health and social care data October 2020 – May -2021, Published 7 July 2021
9. "Charting a coronavirus infection"; *The New York Time*; K.J.Wu et al, october,5,2020
10. "La risposta immunitaria dopo il vaccino" 17\12\2021 *Medico e paziente*, G.Lippi, coordinatore gruppo operativo Covid 19, IFCC (International Federation Clinical Chemistry and Laboratory Medicine), presidente della Scuola di Medicina dell'Università di Verona. <https://medicoepaziente.it/2021/vaccino-anti-Covid-i-medici-di-laboratorio-rispondono-ai-dubbi/>
11. "Results of the RENAISSANCE Study: response to BNT162b2 COVID-19 vaccinated short- and long-term Immune response evaluation in health Care workers " *Mayo Clinic Proceedings Volume 96, Issue12, December 2021, pages 2966-2979*, A. Pani, et al.
12. "The pronounced decline of anti-SARS-CoV-2 spike trimeric IgG and RBD IgG in baseline seronegative individuals 6 months after BNT162b2 vaccination is consistent with the need for vaccine boosters" *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, G.L.Salvagno et.al 23\11\2021 60(2):e29-e31. doi: 10.1515/cclm-2021-1184. Print 2022 Jan 27
13. "Utilità dell'ecografia toracica nella valutazione delle sequele polmonari dell'infezione Covid 19 in MG", G.Carignano, medico paziente, anno XLVIII n5, 2022, 14-19
14. "Chest CT Findings in Cases from the Cruise Ship Diamond Princess with Coronavirus Disease COVID-19" Shohei Inui et al., Published Online:Mar 17 2020 <https://doi.org/10.1148/ryct.2020200110>
15. "Ecografia toracica territoriale nella pregressa infezione da Sars-cov-2", G.Carignano, "medicinae doctor" anno XXVIII, n. 7, 2021,32-33
16. "Findings of lung ultrasonography of novel Coronavirus pneumonia during the 2019-2020 epidemic.", Peng QY et al., Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). *Intensive Care Med* 2020;46 (5):849-850. 8. Tung-Che Y.et al, Correlation between Chest Computed Tomography and Lung Ultrasonography in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Ultrasound Med Biol* 2020; 46(11): 2918-2926.
17. "Correlation between Chest Computed Tomography and Lung Ultrasonography in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19)". Tung-Che Y.et al, *Ultrasound Med Biol* 2020; 46(11): 2918-2926
18. "L'imaging integrato nel percorso del paziente con COVID-19: dalla diagnosi, al monitoraggio clinico, alla prognosi." D'Andrea A et al., *G Ital Cardiol* 2020; 21(5): 345-353
19. "Findings of lung ultrasonography of novel coronavirus pneumonia during the 2019-2020 epidemic" Zhang LN; Chinese Critical Care Ultrasound Study Group (CCUSG). *Intensive Care Med*. 2020 Mar 12. doi: 10.1007/s00134-020-05996
20. "Clinical features of pediatric patients with coronavirus disease (COVID-19)", *J Clin Virol*. 2020 Jun; 127: 104377. Wenliang Song,aet al.- Published online 2020 Apr 24. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104377,PMCID: PMC7195294PMID: 32361323

DUE CONCORSI RISERVATI AGLI ISCRITTI OMCEO CUNEO SUL TEMA "MENOPAUSA" - ANNO 2024

Collateralmente all'evento "ALMENOPAUSA - Dialogo con i Cittadini a più corde e voci sulla menopausa" in programma presso l'Auditorium Foro Boario in data 26 ottobre 2024, l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ha bandito due concorsi riservati agli iscritti:

- Concorso letterario di narrativa breve o di poesia
- Concorso fotografico

Le iniziative intendono promuovere il ruolo della professione medica presso i Cittadini favorendo la socialità tra gli Iscritti all'OMCeO Cuneo.

- Per i vincitori non sono previsti premi monetari o formule di riconoscimento/omaggio aventi comunque un valore economico.

- Le opere ritenute maggiormente significative sotto il profilo artistico o sotto il profilo concettuale saranno pubblicate sul Notiziario.

- Tutte le opere saranno pubblicate in una specifica sezione del Sito istituzionale ed eventualmente edite in un numero monografico del Notiziario.



Nelle pagine che seguono pubblichiamo i regolamenti di entrambi i concorsi con dettagliata descrizione delle modalità di partecipazione.

Al seguente link è possibile scaricare la bochure dell'evento "ALMENOPAUSA":

https://www.omceo.cuneo.it/index.php?pagsistema=letturaEvento&id_read=101316&inizio=

1. Partecipazione gratuita

2. Partecipanti ammessi con l'invio di proprie opere:

- a. gli Iscritti all'OMCeO Cuneo
- b. i Medici pensionati cancellatisi per dimissioni volontarie, ma con ultima iscrizione presso OMCeO Cuneo

3. Lunghezza, numero e formato degli elaborati (opere):

- a. sono ammessi elaborati (di prosa e/o poesia) in lingua italiana, originali e rigorosamente inediti
- b. la lunghezza degli elaborati in prosa (flash story, short story) non deve superare le 17.000 battute (spazi inclusi, foglio A4, formato doc o docx, carattere Times New Roman, corpo 12);
- c. la lunghezza degli elaborati in poesia non deve superare i 30 versi (foglio A4, formato doc o docx, carattere Times New Roman, interlinea 1,5, giustificato);
- d. ogni elaborato deve avere un titolo; nel caso di elaborato poetico, il titolo – comunque da specificare nel modulo di partecipazione – può coincidere con il primo verso;
- e. nell'elaborato non devono apparire nome, firma o altri elementi identificativi dell'Autore.

4. Identificazione dei file-elaborato:

- a. il file di ogni elaborato, esclusivamente in formato word, deve essere identificato dalla sequenza: prime tre iniziali del cognome, prime tre iniziali del nome, anno di nascita, aggiungendo una numerazione progressiva nell'eventualità di partecipazione con più opere (Es. Rossi Giuseppe nato nel 1990: ROSGIU_1990_1; ROSGIU_1990_2)
- b. nella visualizzazione a monitor o nella stampa dell'elaborato non deve essere presente alcun elemento che ne consenta l'attribuzione, direttamente o indirettamente, all'autore

5. Modalità e termine di invio degli elaborati e del modulo di partecipazione:

- a. opera/e e modulo di partecipazione devono essere inviati con un'unica pec a: segreteria.cn@pec.omceo.it
- b. è possibile effettuare l'invio dal momento di pubblicazione del bando sino alle ore 24 di sabato 31 agosto 2024
- c. è consentito ad ogni Autore di concorrere con un limite massimo di 2 opere (due di prosa, due di poesia, una di prosa ed una di poesia)
- d. non sono ammesse opere che condividano il copyright con altri soggetti; l'Autore è responsabile del contenuto e della originalità dell'opera, frutto esclusivo del suo ingegno.
- e. alla pec di trasmissione dei file elaborato deve essere allegato il "Modulo di Iscrizione al concorso letterario 2024 OMCeO Cuneo" in formato .pdf, compilabile on-line.
- f. la mancanza del modulo di iscrizione comporta l'esclusione dal concorso;

- g. le opere non conformi alle specifiche non verranno prese in considerazione;
- h. non sono inviate comunicazioni relative all'ammissione od all'esclusione dal concorso e, in caso di esclusione, le relative motivazioni.

6. Giuria:

- a. La Giuria è costituita dai membri stessi del Consiglio, che valuteranno le opere sulla base della propria sensibilità artistica ed umana, in considerazione dell'interpretazione del tema, della qualità dell'elaborato, dei valori dei contenuti, della forma espositiva e delle emozioni suscitate.
- b. Tutte le opere ammesse al concorso saranno pubblicate nella sezione "Concorso letterario OMCeOCN 2024" del Sito istituzione dell'Ente (https://www.omceo.cuneo.it/pagina183596_concorso-letterario-2024.html).
- c. Tra le opere ammesse, quelle ritenute più significative dalla Giuria per l'originalità di interpretazione del tema proposto e per la capacità di coinvolgimento del Lettore saranno pubblicate sul Notiziario, nel corso di più numeri.
- d. L'OMCeO Cuneo si riserva, a decisione del Consiglio, il diritto di organizzare un evento di socializzazione dedicato alle opere letterarie ed alle opere fotografiche presentate dagli Iscritti; si riserva inoltre il diritto di stampare un eventuale numero monografico del Notiziario includente tutte le opere letterarie ammesse.

7. Proprietà delle opere:

- a. Le opere restano di proprietà dell'Autore, che cede gratuitamente all'OMCeO Cuneo i diritti all'utilizzo ed alla pubblicazione, con i mezzi e gli strumenti indicati e per le esclusive finalità dichiarate nel presente Regolamento, con l'unico onere di citare ogni volta l'Autore.
- b. In nessun caso l'OMCeO, senza previo accordo con l'Autore, potrà cedere, a qualsivoglia titolo, le opere a terzi.

8. Altre norme

- a. La partecipazione al concorso implica l'accettazione integrale del presente Regolamento, senza alcuna condizione o riserva.
- b. La mancanza di una sola delle condizioni che regolano la validità dell'iscrizione determina l'automatica esclusione dal concorso letterario.
- c. OMCeO Cuneo si riserva la facoltà di apportare modifiche all'organizzazione del concorso o di annullarlo nell'eventualità intervengano specifiche esigenze o situazioni ostative. L'eventuale decisione di modifiche o di annullamento è insindacabile e sarà tempestivamente comunicata a tutti gli Iscritti mediante la newsletter istituzionale.

1. Partecipazione gratuita

2. Partecipanti ammessi con l'invio di proprie opere:

- a. gli Iscritti all'OMCeO Cuneo
- b. i Medici pensionati cancellatisi per dimissioni volontarie, ma con ultima iscrizione presso OMCeO Cuneo
- c. non sono ammessi i Soggetti in possesso dei requisiti elencati se FOTOGRAFI PROFESSIONISTI

3. Formato e numero delle immagini:

- a. sono ammesse esclusivamente fotografie digitali in bianco e nero o a colori, con inquadratura sia verticale sia orizzontale, con risoluzione 300 dpi e in formato jpeg (.jpg) con il lato maggiore non inferiore a 2480 pixel, con dimensione inferiore o uguale 5 Mb cadauna.
- b. Ogni partecipante può concorrere con un numero massimo di tre fotografie.

4. Identificazione dei file immagine:

- a. ogni file deve essere identificato dalla sequenza: prime tre iniziali del cognome, prime tre iniziali del nome, anno di nascita, aggiungendo numerazione progressiva nell'eventualità di partecipazione con più opere (Es. Rossi Giuseppe nato nel 1990: ROSGIU_1990_1; ROSGIU_1990_2)
- b. né l'immagine fotografica né l'eventuale bordo devono riportare elementi (firma, loghi, titolo, etc.) che consentano di identificare l'autore.

5. Invio delle immagini e del modulo di partecipazione:

- a. opera/e e modulo di partecipazione devono essere inviati con un'unica pec a: **segreteria.cn@pec.omceo.it**
- b. è possibile effettuare l'invio dal momento di pubblicazione del bando sino **alle ore 24 di sabato 31 agosto 2024**
- c. è consentito ad ogni Autore di concorrere con un limite massimo di 3 fotografie
- d. non sono ammesse fotografie che condividano il copyright con altri soggetti, fotografie lesive della dignità della persona o giudicate in qualche modo offensive dalla giuria, fotografie premiate e/o esposte in precedenti concorsi o mostre. L'Autore è responsabile del contenuto e della originalità dell'opera, frutto esclusivo del suo ingegno.
- e. alla pec di trasmissione dei file elaborato deve essere allegato il "Modulo di Iscrizione al concorso letterario 2024 OMCeO Cuneo" in formato .pdf, compilabile on-line.
- f. la mancanza della scheda di iscrizione comporta l'esclusione dal concorso.
- g. le immagini non conformi alle specifiche non verranno prese in considerazione
- h. non sono inviate comunicazioni relative all'ammissione od all'esclusione dal concorso e, in caso di esclusione, le relative motivazioni

6. Giuria:

- a. La Giuria è costituita dai membri stessi del Consiglio, che valuteranno le opere sulla base dell'attinenza al tema, dell'originalità, della composizione e della tecnica.
- b. Tutte le opere ammesse al concorso saranno pubblicate nella sezione "Concorso fotografico OMCeOCN 2024" del Sito istituzione dell'Ente (https://www.omceo.cuneo.it/pagina183597_concorsofotografico-2024.html).
- c. Tra tutte le opere ammesse, quelle ritenute più significative dalla Giuria per l'originalità di interpretazione del tema proposto e per la capacità di coinvolgere l'osservatore saranno pubblicate sul Notiziario, nel corso di più numeri.
- d. L'OMCeO Cuneo si riserva, a decisione del Consiglio, il diritto di organizzare un evento di socializzazione dedicato alle opere fotografiche ed alle opere letterarie presentate dagli Iscritti; si riserva inoltre il diritto di stampare un eventuale numero monografico del Notiziario includente tutte le opere fotografiche ammesse.

7. Proprietà delle opere:

- a. Le opere restano di proprietà dell'Autore, che cede gratuitamente all'OMCeO Cuneo i diritti all'utilizzo ed alla pubblicazione, con i mezzi e gli strumenti indicati e per le esclusive finalità dichiarate nel presente Regolamento, con l'unico onere di citare ogni volta l'Autore.
- b. In nessun caso l'OMCeO, senza previo accordo con l'Autore, potrà cedere, a qualsivoglia titolo, le opere a terzi.

8. Altre norme:

- a. La partecipazione al concorso implica l'accettazione integrale del presente Regolamento, senza alcuna condizione o riserva.
- b. La mancanza di una sola delle condizioni che regolano la validità dell'iscrizione determina l'automatica esclusione dal concorso letterario.
- c. OMCeO Cuneo si riserva la facoltà di apportare modifiche all'organizzazione del concorso o di annullarlo nell'eventualità intervengano specifiche esigenze o situazioni ostative. L'eventuale decisione di modifiche o di annullamento è insindacabile e sarà tempestivamente comunicata a tutti gli Iscritti mediante la newsletter istituzionale.

FISIATRIA INTERVENTISTICA: UTILIZZO DELLA NEUROSTIMOLAZIONE PENS

La Fisiatria Interventistica è una branca relativamente nuova e in forte sviluppo della medicina fisica e riabilitativa. Include un'ampia gamma di trattamenti a cavallo tra il trattamento conservativo abituale (mediante mezzi fisici e fisioterapia) e le procedure chirurgiche. La neuromodulazione è una metodica utilizzata in tale ambito anche dai fisiatristi.

Il dolore è una "spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale"^[1]. La classificazione del dolore è stata recentemente rivista ed è stato introdotto il termine "dolore misto" per caratterizzare la sovrapposizione di dolore nocicettivo, neuropatico e nociplastico^[2]. La letteratura attuale su questo argomento sta aumentando esponenzialmente, esplorando la sua presenza in diverse patologie quali lombalgia, osteoartrite, dolore post-chirurgico e oncologico^[3]. In questo contesto, la stimolazione nervosa elettrica percutanea (PENS) è una tecnica di neuromodulazione mini-invasiva che è stata recentemente suggerita come promettente intervento terapeutico per la gestione del dolore misto e refrattario^[4]. Questa tecnica può ridurre il dolore in diverse patologie muscoloscheletriche di interesse riabilitativo.

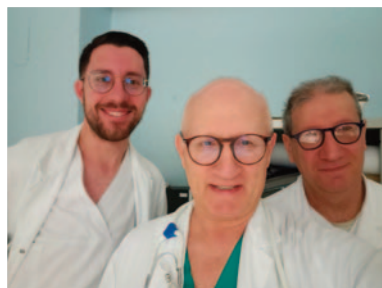
Il dolore è comunemente classificato in tre diverse categorie con caratteristiche peculiari: nocicettivo, neuropatico e nociplastico^[5]. Più in dettaglio, il dolore nocicettivo potrebbe essere definito come un sistema di protezione da stimoli potenzialmente pericolosi che agisce sui nocicettori dopo un danno tissutale, il segnale viene trasdotto attraverso fibre C non mielinizzate e fibre A δ sottilmente mielinizzate^[6]. Al contrario, il dolore neuropatico è generato da una lesione o una malattia del sistema nervoso somatosensoriale ed è considerato un dolore disadattivo conseguente ad uno stato patologico del sistema nervoso^[7]. Infine, il dolore nociplastico deriva da una nocicezione alterata nonostante nessuna chiara evidenza di danno tissutale effettivo e senza alcuna evidenza di una lesione del sistema somatosensoriale. Sebbene al momento siano disponibili diverse opzioni terapeutiche per la gestione del dolore cronico, un numero consistente di pazienti può comunque sperimentare un dolore persistente o refrattario. Pertanto, un approccio multidisciplinare è fortemente raccomandato nei pazienti che non ottengono benefici rilevanti da singoli interventi.

Ad esempio, il dolore cronico misto è un'entità patologica multifattoriale e complessa che spesso richiede una gestione multidisciplinare che includa diverse figure professionali. In questo contesto, sono stati proposti diversi approcci riabilitativi non farmacologici per il trattamento di tutte le caratteristiche del dolore cronico, tra cui terapie fisiche come la PENS^[5-16].

La Percutaneous Electrical Nerve Stimulation (PENS)

La PENS è una tecnica di neuromodulazione mini-invasiva che modifica gli impulsi nervosi a livello sottocutaneo. In dettaglio, uno stimolo ortodromico applicato su fibre nervose A β non nocicettive attiva i rispettivi interneuroni del corno dorsale e trasmette alle fibre periferiche A β e C l'informazione nocicettiva. Secondo questa dinamica neurofisiologica, uno stimolo non doloroso applicato in un territorio nervoso periferico può generare una diminuzione dei segnali dolorosi. Inoltre, le fibre nervose A β non nocicettive, dopo un'attivazione anterograda, potrebbero stimolare gli interneuroni degli strati

Da sinistra: Giulio Varrone, Riccardo Schiffer, Gianpaolo Gorrini



superficiali nelle lamine di Rexed 2 e 3 del corno dorsale, che di solito elaborano i segnali nocicettivi e trasmettono lo stimolo dalle fibre C^[12]. Pertanto, uno stimolo non doloroso di un nervo periferico potrebbe portare ad un aumento della soglia elettrica neuronale insieme a una riduzione della velocità di conduzione, con conseguente diminuzione dell'eccitabilità e dell'inibizione degli interneuroni che interrompono la segnalazione del dolore. È stato, infatti, dimostrato che il sollievo dal dolore indotto dal trattamento PENS è mediato sia dalla modulazione delle fibre Aβ che dal rilascio di mediatori biochimici come neurotrasmettitori ed endorfine, ostacolando la risposta al dolore.

La PENS consiste in una neuromodulazione sottocutanea delle strutture nervose, attraverso elettrodi mono-bipolari modellabili posti sulla cute nella zona di dolore. Ad oggi, la tecnica PENS è stata definita come un "campo in rapida crescita" dalle linee guida del National Institute for Health and Care Excellence – NICE e si è dimostrata sicura, sia nella gestione del dolore acuto che cronico. La tecnologia si basa sull'interruzione della conduzione nocicettiva mediante segnali elettrici ad alta frequenza. Si generano due segnali sinusoidali ad alta frequenza che si sommano nel dispositivo e vengono erogati al corpo attraverso un singolo elettrodo, passano nei tessuti profondi e influenzano tutti i tessuti polarizzati comprese le fibre nocicettive. Quando i segnali sommati passano attraverso il corpo, le strutture polarizzate - membrana delle fibre C, fibre Aβ e tessuto muscolare - si comportano secondo uno schema non lineare e forzano ulteriormente la moltiplicazione di questi segnali, dando origine a un nuovo spettro di segnali. La moltiplicazione dei segnali ad alta frequenza genera la formazione di un campo elettrico terapeutico attivo a bassa frequenza, concentrato in un emisfero del diametro di circa 9,1 cm (3,5") al di sotto e attorno ai singoli elettrodi, e non sulla superficie cutanea fra gli stessi. Tale campo elettrico attivo iperpolarizza le fibre C inibendo la propagazione del potenziale d'azione lungo le fibre nocicettive (teoria del blocco di conduzione delle frequenze). Il campo elettrico attivo induce ipoestesia 5 minuti dopo l'inizio del trattamento e causa un aumento del flusso sanguigno nel volume tissutale sottostante e circostante i singoli elettrodi. (v.fig.1)

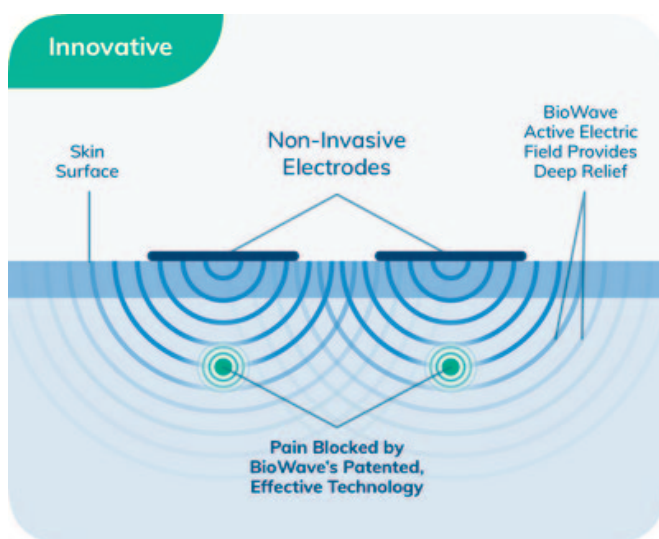


Fig. 1 Esempio di neuromodulazione

Trattamento

Viene effettuato in ambulatorio ospedaliero della nostra SSD di RRF, dell'AO S. Croce e Carle di Cuneo. Il paziente viene posizionato comodamente sul lettino con la parte anatomica da trattare esposta. Vengono posizionati gli elettrodi mono-bipolari (v.fig.2-3) e iniziata l'erogazione. Il soggetto è continuamente monitorizzato dal medico presente, il quale in base al feedback sulla sensazione provata dal paziente, modula costantemente l'emissione della sorgente antalgica. Sempre il medico, annota sulla cartella clinica la modalità, il repere anatomico-topografico, l'intensità e il tempo di somministrazione con annessa scala visuo-analogica (VAS dolore). La durata del trattamento è di 30 minuti. Al termine il paziente si riveste e può riprendere le sue normali attività di vita quotidiana. Vengono effettuate tre sedute a distanza di 7 giorni una dall'altra.

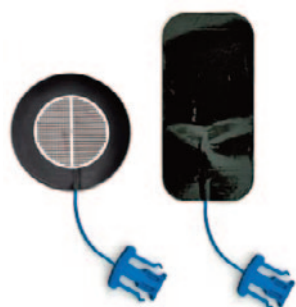


Fig.2

elettrodi monopolari e bipolari



Fig.3

elettrodi posizionati
su ginocchio, piede



Controindicazioni

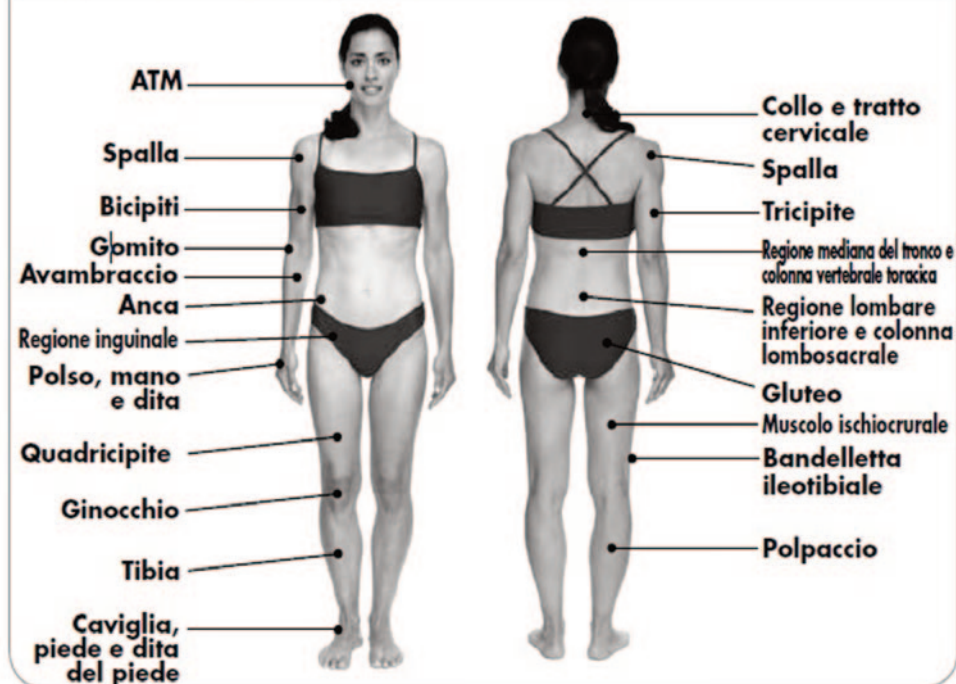
La tecnica PENS non può essere utilizzata:

- in portatori di pacemaker cardiaco
- in chi soffre di epilessia o è soggetto a crisi convulsive
- in portatori di ferite aperte, con pelle lesionata, irritata o sensibile (es: in caso di scottature solari)
- la sicurezza del neurostimolatore per uso in gravidanza o durante il travaglio non è nota

Tipologia dei pazienti candidati

Tutti i pazienti che presentino dolore che, nonostante il trattamento farmacologico, chirurgico e fisio-riabilitativo, non abbiano risposto positivamente.

ESEMPI DI AREE DI TRATTAMENTO



Modalità di accesso al trattamento

Tramite proposta di day hospital, documentata clinicamente mediante anamnesi e diagnosi per iscritto (cartella), mediante DEM e prenotazione allo 0171641273- 641884 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 12.45 segreteria del Servizio di recupero e riabilitazione funzionale.

SSD di RRF AO S.Croce e Carle di Cuneo

Schiffer Dr Riccardo, Direttore

Gorriani Dr Gianpaolo, Fisiatra, Varrone Dr Giulio, Fisiatra

Bibliografia

1. Kosek, E.; Cohen, M.; Baron, R.; et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? Pain. 2016, 157(7), 1382-1386
2. Ciampi de Andrade, D. Current Freynhagen, R.; Parada, HA.; Calderon- Ospina, C.A.; Chen, J.; Rakhmawati Emrill, D.; Fernandez-Villacorta, F.J.; Franco, H.; Ho, K.Y.; Lara-Solares, A.; Li, C.C.; Mimenza Alvarado, A.; Nimmaanrat, S.; Dolma Santos, M.; understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. Curr Med Res Opin. 2019, 35 (6), 1011-1018
3. Galvez, R.; Marsal, C.; Vidal, J.; Ruiz, M.; Rejas, J. Cross-sectional evaluation of patient functioning and health-related quality of life in patients with neuropathic pain under standard care conditions. Eur J Pain. 2007, 11(3), 244- 55.
4. Rauck, R.L.; Cohen, S.P.; Gilmore, C.A.; North, J.M.; Kapural, L.; Zang, R.H.; Grill, J.H.; Boggs, J.W. Treatment of post-amputation pain with peripheral nerve stimulation. Neuromodulation 2014, 17 (2), 188-197.
- 5-16. Percutaneous Electrical Nerve Stimulation (PENS) come approccio riabilitativo per ridurre il dolore cronico misto in pazienti con disturbi muscoloscheletrici. Vol. 39 - N. 1 - Giornale italiano di Medicina Riabilitativa

FOSSANO - Castello dei Principi d'Acaia, 23 e 24 maggio 2024

ATTUALITÀ IN RISCOSTRUZIONE MAMMARIA: AUTOLOGA, PROTESICA E IBRIDA

Il congresso biennale di chirurgia oncoplastica della Mammella nell'edizione 2024 si propone di esaminare le tecniche più evolute per ciascuna metodica della chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica. L'affermarsi di nuove tecniche, con l'ausilio di specifici prodotti per la ricostruzione, ha consentito significative limitazioni dell'invasività chirurgica e qualità del risultato estetico.

Grazie all'evoluzione chirurgica delle mastectomie, nel tempo ci si è progressivamente orientati a ricostruzioni immediate "One Stage", anche prepettorali, che hanno costituito la vera innovazione dell'ultimo decennio; nell'ultimo biennio, invece, si registra un parziale ritorno ai due tempi, ampliando le indicazioni della ricostruzione prepettorale "Muscle Sparing", che risulta in questo modo meno invasiva rispetto alla retropettorale classica e con minori rischi di complicità rispetto alla "One Stage": questo sarà molto probabilmente un argomento di discussione e di confronto nel prossimo futuro.

Altra possibilità ricostruttiva, analizzata in questo evento grazie alla presenza di prestigiosi professionisti del settore, è quella della ben nota ricostruzione autologa, con precise indicazioni alternative rispetto alla protesica esclusiva, che si basa su due fondamentali filoni di sviluppo, quello microchirurgico e quello tradizionale dei lembi peduncolati e dell'autotrapianto adiposo, quest'ultimo perlopiù complementare alla metodica protesica.

La scelta della strategia più adatta alla paziente, in subordine al percorso di cura della malattia, implica valutazioni individuali ed interdisciplinari per una piena efficacia. In tale ottica, il confronto e la condivisione delle esperienze sono fondamentali ai fini della tracciabilità e sicurezza delle procedure.

Infine le complicità protesiche, note nella loro multiforme rappresentazione, oggetto in questi ultimi anni di attente valutazioni nella comunità scientifica e fonte d'interrogativi tali da immaginare un possibile cambio di direzione anche nella commercializzazione e gestione clinica dei dispositivi. Il Congresso - come per le precedenti edizioni - conta sulla presenza dei direttori delle maggiori Scuole di Specializzazione in Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica: dall'Università di Roma, all'Università di Bari, a quelle di Udine, Padova, Genova ed altre.

Novità dell'edizione 2024 è la scelta di aprire i lavori con la sessione dedicata alle relazioni presentate dai colleghi specializzandi (under 35) provenienti, appunto, dalle elencate sedi di specializzazione, riservando all'autore della relazione ritenuta più incisiva un riconoscimento. La valutazione di merito sarà a cura dei rappresentanti del "Capitolo PSG" con la presidente SICPRE Stefania De Fazio ed il presidente del Comitato Scientifico Alberto Rivarossa.

Comitato Scientifico

Presidente RIVAROSSA Dr Alberto - Direttore S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

CAPUTO Dr.ssa Glenda - Dirigente Medico Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, AOUI - Verona

GARETTO Dr Alessio - Responsabile S.S.D. Senologia A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

RIVAROSSA Dr Filippo - Dirigente Medico S.C. Chirurgia Plastica e Ricostruttiva - A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo

PRINCIPE dr Ernesto - Già Resp. S.S.D. Senologia A.O. "S. Croce e Carle" - Cuneo








Attualità in ricostruzione mammaria autologa, protesica ed ibrida

• • • • •

Castello dei Principi d'Acaja
Fossano, 23-24 maggio 2024

Direttore scientifico
Alberto RIVAROSSA









REGIONE PIEMONTE
 FONDAZIONE OSPEDALE CUNEO
 A.S.L. CN1
 A.S.L. CN2
 ORDINE DEI MEDICI
 Chirurghi ed Odontoiatri
 della Provincia di Cuneo

Evento ECM n° 413640

Provider ID 1038 Staff P&P

Crediti formativi: 14

Figure accreditate:

Medici Chirurghi

con priorità per specializzati in
Chirurgia plastica e ricostruttiva,
Oncologia, Ginecologia,
Radioterapia, Chirurgia generale

Segreteria organizzativa

Metafore Cuneo

Pia Salerno +39.333.9500993

pia.salerno@edizionimetafore.it

Iscrizioni

accendere al sito

chirurgiaplasticacuneo.it

e cliccare vai al

"modulo d'iscrizione"

in alternativa inviare

i propri riferimenti a:

congressi@edizionimetafore.it

Quota d'iscrizione

Medici

€ 120

Specializzandi

€ 60

SAVIGLIANO, 27 settembre 2024 - Sala Polivalente Crosà Neira

TORNIAMO A PARLARE DI FISIOLOGIA IN GRAVIDANZA

Già nel 2016 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato con le sue linee guida, gli obiettivi primari dell'assistenza prenatale che sono non soltanto garantire la sicurezza di madre e neonato attraverso percorsi di presa in carico appropriati e gestiti da operatori competenti, ma anche promuovere un'esperienza positiva della nascita, concetto ampio in cui sono inclusi il senso di autonomia, di autostima e di soddisfazione della donna.

In Italia ed altrove, si sono quasi ovunque creati percorsi differenziati per le gravidanze prive di fattori di rischio, la cui cura è generalmente affidata alle ostetriche (il Basso Rischio Ostetrico), e per le gravidanze con specifici fattori di rischio, affidate ai medici, talvolta afferenti a diverse specializzazioni. Tale divisione, vantaggiosa dal punto di vista organizzativo, rischia però anche di creare percorsi di cura separati e poco comunicanti, in cui l'esperienza positiva della nascita raccomandata dall'OMS può avere livelli molto eterogenei di promozione.

Diversamente e più in sintonia con le linee guida OMS, un approccio incentrato sulla complessiva soddisfazione della donna è quello di ricercare e valorizzare gli elementi di fisiologia presenti in ogni gravidanza, indipendentemente dalle condizioni di rischio ostetrico, attraverso l'integrazione delle diverse competenze delle figure professionali coinvolte. Tale approccio utilizza strumenti quali la conoscenza della fisiologia, la personalizzazione delle cure, la competenza comunicativa, il supporto emozionale, gli interventi sullo stile di vita, l'uso evidence-based di rimedi farmacologici e non che abbiano un impatto sulla promozione della salute vista in modo olistico (dalla nutrizione, alla cura dell'intestino, al metabolismo, alla salute mentale), senza rinunciare alla sicurezza clinica.

L'obiettivo dell'incontro è quello di stimolare riflessioni circa il senso di questo lavoro di valorizzazione e condividere strumenti per perseguire l'esperienza di una nascita positiva che possano essere utili nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al neonato in ogni setting.

Evento ECM n° 413092 - Provider ID 486 Symposia Srl - Crediti formativi: 7

Responsabile Scientifico: Dott. Luciano Chiarolini

Destinatari: 100 Medici Chirurghi specialisti in Ginecologia e Ostetricia, Oncologia, Urologia; Ostetriche; Infermieri

Segreteria Scientifica: Giovanna Oggè, Noemi Levrone

Quota d'iscrizione: gratuito

Info: Symposia Organizzazione Congressi Srl

Tel. 010 255146 (r.a.)

e-mail: symposia@symposiacongressi.com

sito: www.symposiacongressi.com

Con il Patrocinio di

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OGINESTICA ITALIANA
OGINESTICA ITALIANA



Casa di SAVIGLIANO



Ordine della Perinatologia
Associazione di specialiste di
Torino e del Centro Nordovest e Nord



UNIVERSITÀ
DI TORINO

Torniamo a parlare di fisiologia in gravidanza

Savigliano (CN)

27 settembre 2024

Sala Polivalente Crosà Neira

Responsabile Scientifico
Luciano Chiarolini



CUNEO, 8 giugno 2024 - Sala Riunioni OMCeO via Mameli 4 bis

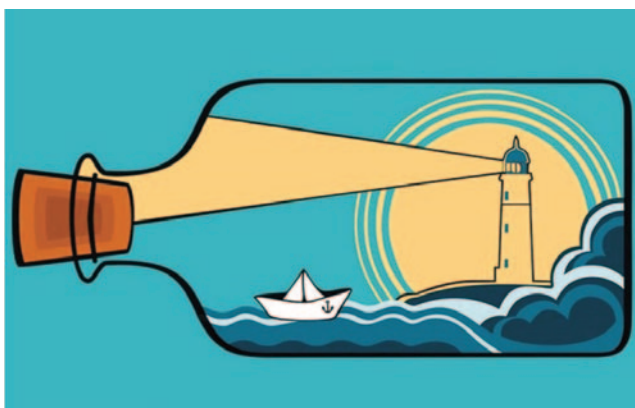
MANUALE DI SOPRAVVIVENZA PER IL MEDICO DEL TERZO MILLENNIO

La Medicina non è una scienza esatta, ma essenzialmente basata su regole probabilistiche e, in quanto tale, non può essere scevra da errori. Il tema dell'errore in Medicina è ancora oggi considerato un tabù, mentre dovrebbe essere affrontato in modo sereno e senza intenti inquisitori. È importante capire come lavorano i medici e comprendere i loro meccanismi decisionali che tuttavia sono influenzati da processi cognitivi presenti in ogni ambito della sfera umana. Ci sono basi scientifiche piuttosto solide sui meccanismi del ragionamento umano e in particolare su quello dei decisori esperti che per professione devono scegliere. La letteratura scientifica nelle sue espressioni più rigorose come le linee guida indubbiamente rappresenta uno strumento indispensabile per lo sviluppo di un buon ragionamento clinico ma è allo stesso tempo indispensabile migliorare nei professionisti sanitari la consapevolezza degli elementi che concorrono a creare una linea guida di buona qualità, consolidare il senso critico rispetto alla letteratura scientifica e l'attitudine al concetto di appropriatezza.

Il Corso è promosso dalla
*"Commissione Responsabilità
(ed errore) professionale"*
dell'OMCeO di Cuneo

Referente Commissione:
VASSALLO Dr Giuseppe

Responsabile scientifico:
BRACCO Dr Christian



Intervengono in qualità di Relatori i colleghi:

BARILI Fabio, BRACCO Christian, DUTTO Luca, ELIA Fabrizio, MAGNINO Corrado,
MELCHIO Remo, NUMICO Gianmauro

Intervengono in qualità di Moderatori i colleghi:

FENOGLIO Luigi, LAURIA Giuseppe, RUSSI Elvio Grazioso, VASSALLO Giuseppe

Corso accreditato ECM a partecipazione gratuita

Segreteria Organizzativa, informazioni e iscrizioni:

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri via Mameli n. 4 bis – CUNEO

E-mail: segreteria@omceo.cuneo.it

Tel. 0171692195



*Il dr Leonardo Cappa,
il 13 aprile scorso ha festeggiato
in famiglia i suoi 103 anni.
Il Consiglio dell'Ordine ringrazia
i familiari per aver condiviso
la ricorrenza testimoniando
questo giorno.*

MEDICI PRIME ISCRIZIONI

ASCIOTI Sofia Rosett
FRONTUTO Gian Maria
MORICI Miriam
SANDRONE Samuele

BOVES/FONTANELLE
CUNEO/MAD. OLMO
CHERASCO
SALUZZO

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO

LAZZARI Ivano

GENOVA

MEDICI DECEDUTI

MONASTEROLO Giorgio
MONTANARI Dante

RACCONIGI
MONDOVI

NECROLOGIO

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

Dott. MONASTEROLO Giorgio, Medico Chirurgo di Anni 77
Dott. MONTANARI Dario, Medico Chirurgo di Anni 90

A nome di tutta la Classe Medica rinnoviamo ai famigliari le più sentite e affettuose condoglianze.



**Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Cuneo**
Reg. Tribunale di Cuneo n. 455 del 23-04-1991

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

Direttore responsabile:
Andrea Giorgio Sciolla

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

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