



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

### NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGH 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  
*direttore responsabile:* Franco Magnone  
*comitato di redazione:* Claudio Blengini, Roberto Gallo,  
 Antonella Melano, Andrea G. Sciolla, Marina Vallati

*gestione editoriale:* METAFORE  
 CUNEO: VIA 28 APRILE, 4  
 TEL. 0171694515

*stampa:*  
 TIPOLITOEUROPA

### INVITO A COLLABORARE AL NOTIZIARIO

**R**icordiamo che la collaborazione al Notiziario è aperta a tutti gli iscritti. La Direzione si riserva il diritto di valutare la pubblicazione e di elaborarne il testo secondo le esigenze redazionali; viene comunque raccomandata la brevità. Il termine di consegna del materiale, da inviare esclusivamente via e-mail alla Segreteria dell'Ordine, per il prossimo numero è stabilito per il 25 novembre.

### IN QUESTO NUMERO

L'editoriale del Presidente Sigismondi ci presenta un nuovo servizio, offerto dalla FNOMCeO a tutti i medici, che ci consente l'accesso gratuito a EBSCO, una delle più importanti banche dati nel panorama sanitario mondiale.

Dopo il consueto verbale del Consiglio Direttivo ospitiamo i contributi di due giovani colleghi, ambedue iscritti al corso di formazione per la Medicina Generale: Sara Sacco ci illustra la "Near-peer education": una nuova strategia per la promozione della salute, che si avvale dell'intervento attivo di coetanei su queste problematiche. Marco Badinella Martini ci parla invece di una nostra cattiva e inveterata abitudine, quella della pessima scrittura!

Il professor Antonio Rimedio discute quindi del recente caso di eutanasia su un minore, praticata in Belgio.

Diamo quindi i numeri: non è un'affermazione, ma un invito a comunicare all'Ordine i nostri recapiti, telefonici e di posta elettronica.

Pubblichiamo quindi un'offerta di personale medico che arriva dalla Francia, e a seguire la consueta rubrica con le pubblicazioni di colleghi della Provincia Granda.

La Federazione nazionale ci informa di un accordo con il Consiglio Nazionale Forense, e di una nuova fraudolenta iniziativa, analoga a quella del Registro Italiano Medici (ve lo ricordate?). Una buona notizia dall'ENPAM: a tutti i medici è offerta, gratuitamente, una polizza LTC.

Comunichiamo quindi: l'avvicendamento, alla Vicepresidenza dell'Ordine, fra i colleghi Elvio Russi e Giuseppe Guerra, l'aggiornamento dell'Albo Iscritti.

Chiudiamo con i convegni organizzati nel Cuneese (tra di essi, segnaliamo quello organizzato dall'Ordine sulle maxiemergenze) e con le iscrizioni e cancellazioni (ce n'è nuovamente una per morosità e irreperibilità!).



Franco Magnone

## LA VALIGIA...ELETTRONICA

A molti credo piaccia viaggiare. A me piace talmente che in passato, nell'ipotesi non avessi fatto il medico, avrei assecondato la mia seconda vocazione: quella del camionista. Mi avrebbe permesso di essere sempre in viaggio, esplorare nuovi orizzonti, conoscere luoghi e paesi nuovi, studiare il modo di vivere di altre persone e popoli, fare nuove esperienze, conoscere nuove persone. Ho rimediato come potevo cercando di conciliare questa mia curiosità con i ritmi imposti dal lavoro e sono talmente aberrante che, recatomi in una nuova città, non disdegno mai di visitare pure i cimiteri perché anche là si impara qualcosa. Non appartengo a quella categoria di persone che, saliti su un aereo con immenso bagaglio, vengono scaricati su spiagge esotiche che alla fine forse non distinguerebbero mai dalle spiagge di Alassio.



Viaggiando ho imparato a mie spese a portarmi appresso un bagaglio sempre più piccolo e leggero poiché se si è animati dalla curiosità di conoscere si può fare benissimo a meno di appesantirsi con mezzo guardaroba. In fondo, pur con un *par de scarpe rotte se pò girà mezzo er monno...*

Nella professione invece, specie in certi casi, servirebbe avere con sé un bagaglio enorme, non potendo affidare gran parte delle conoscenze alla sola memoria od esperienza. Non conosco medico che nella borsa accanto allo strumentario minimo di lavoro non porti un qualche manualetto sia

esso il famoso Roversi, piuttosto che il manuale Merck o similari. Un tempo i nostri antenati portavano nella borsa anche il forcipe ma difficilmente possedevano manuali di consultazione essendo i mezzi diagnostici e terapeutici di cui disponessero assai scarsi rispetto ad oggi. Si affidavano molto più ai loro cinque sensi ed alla loro capacità semeiotica. Oggi sarebbe del tutto impossibile esercitare la professione con dignità senza un costante e continuo aggiornamento ancor più difficile da conseguire dato quello che chiamo l'imponente rumore di fondo. I mezzi di comunicazione sfornano notizie a getto continuo spesso interessate e poco valide scientificamente per cui diviene già arduo districarsi tra le varie *bufale* frammiste ad autorevoli verità. Ecco perché ritengo decisamente interessante la scelta che abbiamo insieme compiuto a livello nazionale con l'adesione unanime di tutti gli Ordini dei Medici di Italia al sistema EBSCO.

EBSCO è una delle banche dati più importanti nel panorama sanitario mondiale che consente l'accesso, lo studio e la stampa di tutto ciò che si trova su: *Medline Complete, Dynamed Plus, Cochrane Collection Plus, Patient Education References, Dentistry Oral Sciences Source.*

Di fatto è una enorme *valigia virtuale* cui ogni medico può liberamente accedere in ogni momento per migliorare od affinare le sue conoscenze magari anche al letto del malato visto che il sistema è fruibile anche su tablet.

L'accesso è semplice ed immediato. È sufficiente collegarsi al sito internet della FNOMCeO ([www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)) dove nella pagina iniziale, sulla sinistra, si trova il banner per la registrazione, eseguita la quale si può liberamente navigare e stampare in pdf le pagine che interessano. Se la maggioranza dei colleghi si renderà conto dell'importanza dello strumento la classe medica italiana compirà un notevole passo avanti nella sua già eccellente qualificazione. Si sta trattando a livello nazionale con ministeri competenti se non sia possibile, al pari di quel che succede in America, di attribuire dei crediti formativi al tempo che ogni medico dedicherà alla formazione accedendo ad EBSCO. Altra possibilità allo studio della federazione è quella di consentire agli studenti del corso di laurea in medicina del quinto e sesto anno di corso di accedere al sistema, ovviamente con l'ottenimento delle apposite credenziali fornite dall'Ordine provinciale ove lo studente risiede. Si fornirebbe così un utile strumento alle nuove leve nella compilazione delle tesi di laurea e dall'altro canto si favorirebbe una sorta di fidelizzazione verso l'Ordine dei medici.

Visto poi che ci viene data l'opportunità vedremo se ai nostri iscritti possa interessare un incontro di formazione utile a far comprendere meglio tutte le opportunità di fruizione del sistema.



Salvo Sigismondi

*Viaggiando ho imparato a mie spese a portarmi appresso un bagaglio sempre più piccolo e leggero poiché se si è animati dalla curiosità di conoscere si può fare benissimo a meno di appesantirsi con mezzo guardaroba.*

**RIUNIONE  
DEL CONSIGLIO  
DIRETTIVO  
del 21.07.2016**

**Presenti:**

Dr Salvio SIGISMONDI  
Dr Gian Paolo DAMILANO  
Dr Giuseppe BAFUMO  
Dr Claudio BLENGINI  
Dr Virginio GIORDANELLO  
Dr Francesco LEMUT  
Dr Ernesto PRINCIPE  
Dr Andrea Giorgio SCIOLLA  
Dr Marina VALLATI  
Dr Giuseppe TURBIGLIO

**ORDINE  
DEL GIORNO**



1. Approvazione verbale seduta del 16 giugno 2016;
2. Revisione e ridefinizione fornitura Pec a iscritti;
3. Risposta a quesito su reperibilità MMG in gruppo;
4. Risposta a richiesta ministeriale su ECM medici competenti;
5. Esame richiesta fornitura indirizzi a Federspev;
6. Resoconto trimestrale delle entrate e delle spese;
7. Concessione patrocini;
8. Iscrizione nei registri MNC;
9. Iscrizioni e cancellazioni;
10. Vidimazione parcella;
11. Pubblicità sanitaria;
12. Varie ed eventuali

**Approvazione verbale**

Il verbale della seduta del 16 giugno 2016 viene approvato all'unanimità, fatta eccezione per il punto 3 *"proposta di istituzione della commissione dei direttori sanitari delle case di riposo"* che si rimanda al prossimo Consiglio in quanto il Presidente richiede che venga individuato almeno un altro consigliere che lo affianchi nella gestione della medesima. Essendo i consiglieri in carica non tutti presenti alla riunione e in assenza di volontari, la questione viene rinviata nella speranza che, terminato il periodo delle ferie, si individuino un consigliere disponibile..

**Revisione e ridefinizione  
fornitura Pec a iscritti**

La segreteria ha verificato la fattibilità dell'ipotesi con la società Aruba che gestisce la convenzione a livello nazionale con la FNOMCeO fornendo ad ogni iscritto la casella PEC con validità triennale al costo di 4,80 euro. Qualora intendessimo sottoscrivere come Ordine provinciale analoga convenzione il nostro Ordine dovrebbe spendere 4,00 euro più IVA per ogni anno di fornitura, con triplicazione dei costi. Si delibera pertanto di offrire la PEC ai neoiscritti per il primo anno e di fornire assistenza al conseguimento della casella PEC a tutti gli iscritti che decideranno di recarsi in Segreteria: il costo di attivazione, pagabile con carta di credito o bonifico bancario, dovrà però essere effettuato dal singolo iscritto per mantenere il costo convenzionale nazionale a 4,80 euro.

Una medicina di gruppo operante sul nostro territorio decide di avvalersi nella sua attività quotidiana di alcuni giovani medici cui delega la gestione delle visite ambulatoriali che non è possibile svolgere dal medico titolare della scelta con il meccanismo della prenotazione. Pone dunque la domanda se tali giovani colleghi debbano essere considerati ad ogni effetto dei medici sostituti o dei medici collaboratori con evidenti ricadute diverse in caso di responsabilità civile. Sulla questione l'Ordine ha prodotto un proprio documento. Essendo però la problematica assai complessa è stato richiesto anche un parere legale redatto dall'avv.to Longhin dell'Ordine di Torino. Dopo valutazione del Consiglio, non essendovi sostanziali differenze tra le due interpretazioni, si decide all'unanimità di inoltrare ai richiedenti la risposta elaborata dall'Ordine e di pubblicare integralmente sul sito istituzionale entrambi i documenti a disposizione degli iscritti.

Il Dr Francesco De Blasio Direttore del Dipartimento del Ministero della Salute - Prevenzione e Igiene ambientale e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro ha fatto pervenire a tutti gli Ordini la richiesta di verificare se i titoli dichiarati dai medici competenti circa l'acquisizione dei crediti ECM obbligatori nella loro specifica materia, siano corrispondenti al vero, pena l'esclusione dalla attività. Appurato come l'Ordine non dispone di alcun altro metodo se non consultare il sito CoGeaPS, cui può accedere anche l'ufficio del ministero, il presidente ricorda che si era lagnato della procedura in occasione del consiglio nazionale in quanto per un eventuale errore di registrazione del CoGeaPS saremmo noi a penalizzare i colleghi. Al consiglio nazionale gli è stato risposto che si faranno carico come sede nazionale del problema (già ricevuta lettera in proposito da FNOM) per cui all'unanimità si approva la risposta preparata dall'Ordine al funzionario del ministero, dove sostanzialmente si afferma l'impossibilità a controllare i dati richiesti in quanto provenienti dalle stesse fonti a cui fa riferimento il Ministero.

A seguito di contestazione per la seduta elettiva del direttivo provinciale FEDERSPEV la sede nazionale ha nominato un commissario ad acta nella persona del collega di Biella Dr Umberto Bosio il quale ha richiesto l'uso del salone per la data del prossimo 12 ottobre per convocare l'assemblea elettiva. Richiede inoltre gli vengano forniti i nominativi dei colleghi nati nel 1950 cui inviare invito a partecipare alla FEDERSPEV citando come altri Ordini del Piemonte abbiano già provveduto con anche il beneplacito della FNOMCeO. Considerato che l'ALBO è documento pubblico si delibera all'unanimità di fornire personalmente al collega l'ALBO e di concedere l'uso gratuito della sala la mattinata del prossimo 12 ottobre.

La Dr.ssa Antonella Melano, revisore dei conti, che insieme agli altri componenti del collegio, al tesoriere ed al consulente fiscale ha esaminato l'andamento trimestrale della gestione economica illustra sinteticamente i dati vagliati che sono corretti ed approvati. Segnala soltanto come risultino ancora quindici colleghi non in regola con il pagamento della quota di iscrizione anno 2015 e che occorra ancora maggiormente investire risorse a servizio degli iscritti.

**Risposta a quesito  
su Reperibilità MMG  
in gruppo**

**Risposta a richiesta  
ministeriale su ECM  
medici competenti**

**Esame richiesta fornitura  
indirizzi a Federspev**

**Resoconto trimestrale  
delle entrate e delle spese**

Il tesoriere fa presente che si stanno rimodernando gli uffici mediante la tinteggiatura e il posizionamento di nuovo impianto audiovisivo; inoltre sono in dirittura di arrivo due corsi di formazione l'uno il 15 ottobre e l'altro il 26 novembre, entrambi organizzati dalla commissione emergenze.

**Concessione patrocini**

Viene concesso il patrocinio ai seguenti convegni:  
 "Nutri la vita" Giornata Mondiale dell'allattamento che si terrà a Saluzzo il 01/10/2016;  
 "Congresso Interregionale della Società Italiana di nefrologia - sezione Piemonte e Valle d'Aosta che si terrà a Cuneo il 01-02 ottobre 2016.

**Iscrizione nei registri MNC**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici... omissis... delibera l'iscrizione nel registro delle Medicine Non Convenzionali del dottor RIPA Carlo (agopuntura).

**Iscrizioni e cancellazioni**

Vengono elencate in apposite pagine del Notiziario.

**Vidimazione parcella**

Viene vidimata la parcella presentata dal Dr B. L., con invio al richiedente di lettera di raccomandazione sulle modalità di compilazione della richiesta.

**Pubblicità sanitaria**

Vengono approvate le pubblicità sanitarie di cui si allega elenco.

**Varie ed eventuali**

**Richiesta pervenuta in merito a perizia medico-legale:** si approva lettera di risposta.  
**Relazione del Presidente** sulla trascorsa assemblea di condominio.  
**Presentazione del convegno** previsto a Roma il 9 settembre sulla cronicità.

**Dimissioni del vicepresidente:**

nel precedente consiglio il vicepresidente Elvio Russi manifestò la sua volontà di dimettersi dalla carica. A questo scopo ha fatto pervenire una mail in cui ribadisce la sua volontà di rassegnare le dimissioni e di mettere alla valutazione del consiglio anche il mandato di consigliere. I consiglieri nel loro complesso manifestano qualche perplessità sia sulla sostanza dello scritto (manifestare un'intenzione non significa di per sé attuarla) sia nella forma, in quanto il consiglio non può accettare uno scritto che potrebbe prestarsi ad altre valutazioni. Dopo breve discussione si affida l'incarico al consigliere Francesco Lemut - essendosi dovuto assentare Ernesto Principe per chiamata in reperibilità ospedaliera - di contattare il dr Russi al fine di ottenere per il mese di settembre una chiara indicazione della sua volontà. Nel caso di rassegna di dimissioni irrevocabili e di loro accoglimento, entro otto giorni, come da regolamento, i consiglieri saranno chiamati ad eleggere a scrutinio segreto un nuovo vicepresidente.

**Medicina in rete:** si esprime parere favorevole alla costituzione di una Medicina in Rete.

**NEAR-PEER EDUCATION: NUOVA STRATEGIA PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Le infezioni sessualmente trasmesse sono in crescita tra gli adolescenti. In Europa l'11,1% dei nuovi casi di infezione da HIV nel 2014 e il 67% di quelli da Chlamydia nel 2013 riguardavano giovani tra i 15 e i 24 anni. Anche i nuovi casi di sifilide e gonorrea sono in rapida crescita. Inoltre, ogni anno in tutto il mondo circa 15 milioni di adolescenti diventano madri. La prevenzione mediante una corretta educazione sessuale è dunque una necessità prioritaria. L'educazione in questo ambito ha maggior efficacia se viene fornita ai ragazzi prima della loro iniziazione sessuale. L'età del primo rapporto sessuale nei Paesi industrializzati si sta progressivamente abbassando: secondo il report 2013-2014 dell'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), in Italia, tra i quindicenni, il 23% dei ragazzi e il 18% delle ragazze è già sessualmente attivo. La scuola è un ambiente ideale per promuovere la cultura della salute e per contrastare efficacemente alcuni comportamenti a rischio.



Sara Sacco  
 specialista in Igiene e Medicina Preventiva, dottore di Ricerca in Psicologia e Scienze Statistiche e Sanitarie, frequenta il corso di formazione Specifica in Medicina Generale, medico di continuità assistenziale ASL CN1 (Borgo San Dalmazzo-Boves)



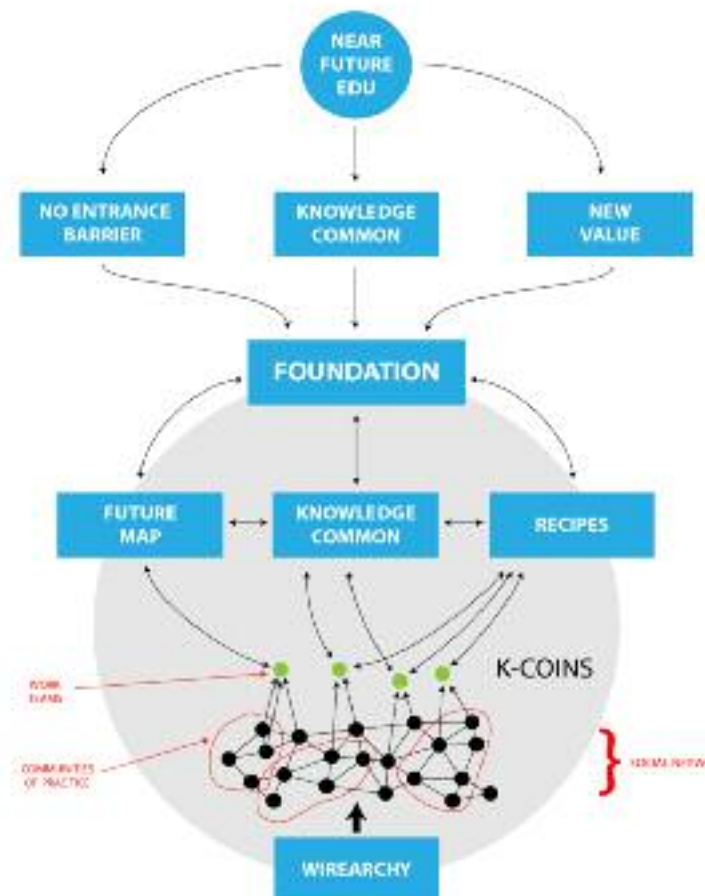
Tra i numerosi programmi scolastici di prevenzione dimostratisi efficaci, merita attenzione la "peer education" (educazione tra pari). Essa sposta la centralità del ruolo pedagogico dall'esperto tradizionale, adulto e professionalizzato, al giovane opportunamente formato: la sua efficacia risiede nell'attitudine degli adolescenti a orientare i propri comportamenti in base a ciò che fanno i loro "pari", cioè i coetanei riconosciuti come figure di riferimento. Questo metodo educativo si dimostra vincente rispetto agli approcci pedagogici classici soprattutto quando il messaggio veicolato ha per oggetto il "non fare", come nel caso della prevenzione di un comportamento a rischio: in tali contesti la prescrizione autoritaria può rivelarsi

ininfluente o persino controproducente. Tuttavia la selezione, l'addestramento e la coordinazione dei "peer educators" (educatori alla pari) nelle scuole superiori italiane comporta difficoltà organizzative a causa della minore età degli studenti e della conseguente necessità del consenso dei genitori. Un approccio più semplice potrebbe consistere nell'utilizzare le tipiche metodologie interattive degli interventi di peer education, sostituendo i peer educators con "near-peer educators" (educatori quasi alla pari, aventi cioè dai 2 ai 5 anni di età in più rispetto ai ragazzi destinatari dell'intervento educativo). La letteratura dimostra l'efficacia dell'insegnamento dei near-peers nel guidare gli studenti più giovani nella loro carriera scolastica in una sorta di tutoraggio di supporto. Finora però non sono stati riportati in letteratura casi di applicazione di questa strategia alla promozione della salute.



Da parecchi anni, in alcune scuole superiori di Pavia, vengono svolti corsi di educazione sessuale su iniziativa spontanea del gruppo S.I.S.M. (Segretariato Italiano Studenti Medicina): tali corsi vengono realizzati con tecniche interattive tipiche della peer education, ma gli educatori sono studenti iscritti ai primi anni di università e quindi sono di fatto "near-peer educators". Alcuni ricercatori dell'Università di Pavia hanno deciso di condurre una valutazione

scientifico di questi interventi, al fine di descriverne il processo e l'efficacia, nell'ottica di validare una strategia potenzialmente nuova per la promozione della salute. Alla ricerca hanno partecipato, su base volontaria, 6 scuole superiori statali di Pavia, con 902 adolescenti iscritti alla classe seconda (547 "trattati" e 355 "controlli"). Tutti gli adolescenti (trattati e controlli) hanno compilato un questionario di efficacia anonimo all'inizio dello studio (pre-test) e uno identico tre mesi dopo (post-test). Nel tempo intercorso tra i due questionari, gli adolescenti trattati hanno seguito un corso di educazione sessuale, tenuto da due near-peer educators per classe, mentre i controlli non hanno seguito alcun corso. L'intervento educativo è stato molto efficace nel migliorare le conoscenze dei ragazzi trattati: cambiamenti altamente significativi ( $p < 0.001$ ) dal pre-test al post-test, con deciso miglioramento degli adolescenti trattati, sono stati evidenziati per tutte le domande del questionario di efficacia relative alle conoscenze in ambito sessuale. Secondo i più accreditati modelli di teoria comportamentale, i miglioramenti nelle conoscenze sono fondamentali in quanto anticipano i cambiamenti nel comportamento. Questo studio però non ha evidenziato significativi cambiamenti nel comportamento sessuale dei trattati rispetto



ai controlli. Ciò potrebbe essere spiegato con la brevità del tempo intercorso tra il pre-test e il post-test e con il fatto che, all'inizio della ricerca, il 28,95% degli studenti era già sessualmente attivo (la letteratura dimostra che è più difficile cambiare un comportamento già consolidato). Nonostante la dimostrata necessità, in Italia l'educazione sessuale nell'adolescenza è ancora trascurata: essa non è fornita dai programmi scolastici e affrontare l'argomento in casa risulta spesso molto difficile per i genitori.

L'Istituto Superiore di Sanità ha recentemente ribadito l'urgente bisogno di un Piano nazionale per la promozione della salute sessuale. La scuola dovrebbe giocare un ruolo chiave: accurati interventi di promozione della salute dovrebbero essere implementati prima dell'inizio dell'attività sessuale e il messaggio dovrebbe poi essere rinforzato e ripreso in una continua integrazione nei successivi anni scolastici. Gli interventi di promozione della salute condotti da near-peer educators con tecniche interattive potrebbero essere una strategia nuova: la near-peer education consente di superare le difficoltà organizzative della peer education classica, conservando pregi metodologici ed efficacia.

*Per dettagli e bibliografia si rimanda a: Benni E, Sacco S et al. Evaluation outcomes of a sex education strategy in high schools of Pavia (Italy). Glob Health Promot 2016; 23 (2): 15-29.*

## LA BRUTTA GRAFIA DEL TUO MEDICO PUÒ REALMENTE UCCIDERTI

La convinzione diffusa che i medici abbiano una brutta grafia occupa un posto d'onore all'interno della cultura popolare. Tralasciando però l'ipse dixit della tradizione, numerosi sono gli studi in letteratura internazionale che hanno affrontato il problema attestando come circa il 15-20% delle prescrizioni mediche risulti essere difficilmente leggibile o addirittura incomprensibile. Ma realmente i medici scrivono in un modo più illeggibile rispetto al resto della popolazione? La risposta purtroppo non risulta essere univoca. Se da un lato ci sono studi che rimarcano come la scrittura dei medici (e in particolar modo dei chirurghi) sia la meno chiara e decifrabile, specularmente ne sussistono altri che invece asseriscono come non esistano sostanziali differenze tra la grafia della classe medica e quella di altre cate-

gorie lavorative. Al di là di questo discorso di puro campanilismo, è indubbio constatare come le conseguenze derivanti dalla brutta grafia dei medici siano tuttavia un problema reale e grave, capace di causare assunzioni di farmaci sbagliati oppure errori nella posologia dei medicinali corretti. Un caso che spinse sotto le luci della ribalta internazionale il problema fu quello di un cardiologo americano che nel 1999 causò la morte di un suo paziente cardiopatico 42enne che a causa della brutta grafia del medico in questione assunse un farmaco sbagliato, il Plendil, al posto dell'Isordil. In seguito a questo eclatante episodio la reazione delle istituzioni non si fece attendere: tramite apposita legge la scrittura illeggibile dei medici diventò un reato perseguibile in ben sei Stati americani e la stessa FDA chiese che i nomi commerciali dei farmaci fossero testati simulando nel processo di erogazione anche prescrizioni scritte a mano. Bisogna comunque sottoli-

neare come risulti essere molto complicato risalire alle reali cifre del problema e che solo tramite dati collaterali si possa ottenere un inquadramento approssimativo ma comunque molto significativo della questione. Stime di qualche anno fa attestano infatti come in generale i "medication errors" causino un aumento della spesa medica nazionale statunitense che si può stimare nell'ordine dei due miliardi di dollari annui e che siano responsabili di almeno 7.000 morti l'anno negli Stati Uniti (e un numero ancora maggiore in UK) e che circa un quarto di questi decessi derivi per svariati motivi da un mix-up del nome del medicinale culminante nella somministrazione di un farmaco al posto di un altro.

Per capire il reale impatto della questione si deve inoltre considerare l'enorme numero di prescrizioni farmacologiche effettuate quotidianamente (cifre inglesi di qualche anno fa parlano di più di 630 milioni di prescrizioni mediche annue in UK) e come queste vengano ancora scritte a mano nella maggior parte delle nazioni di tutto il mondo. Da questi dati emerge dunque la tassativa necessità di migliorare il rapporto conflittuale tra medici e "penna e calamaio". In un illuminante editoriale del BMJ pubblicato nel marzo del 2000, Leape e Berwick definirono le "handwritten medical notes" come un dinosauro da far estinguere al più presto. Purtroppo a distanza di più di un decennio il dinosauro è ancora vivo e vegeto. Come fare dunque per risolvere in modo definitivo l'annosa questione? Anche se in letteratura si segnala l'utilità e il beneficio ottenuti da programmi di educazione alla calligrafia, la direzione ormai sempre più preponderante ed inarrestabile è quella di una completa computerizzazione delle prescrizioni mediche con appositi programmi informatici, capaci sia di abbattere sensibilmente il numero degli errori medici dettati dal problema della grafia illeggibile e inoltre di essere di valido aiuto anche nella segnalazione di controindicazioni ed interazioni farmacologiche, argomenti questi spesso dimenticati e sottovalutati da una cospicua parte dei componenti della classe medica.

A sinistra: immagine tratta da articolo Bollettino Scuola Medica Ospedaliera Anno 2004. Leggi tutto all'URL <http://www.smorrl.it/pdf/bollettino-20.pdf>



Marco Badinella Martini  
Corsista in Formazione Specifica in  
Medicina Generale

Bibliografia  
a richiesta

### MEDICI & COSTUME

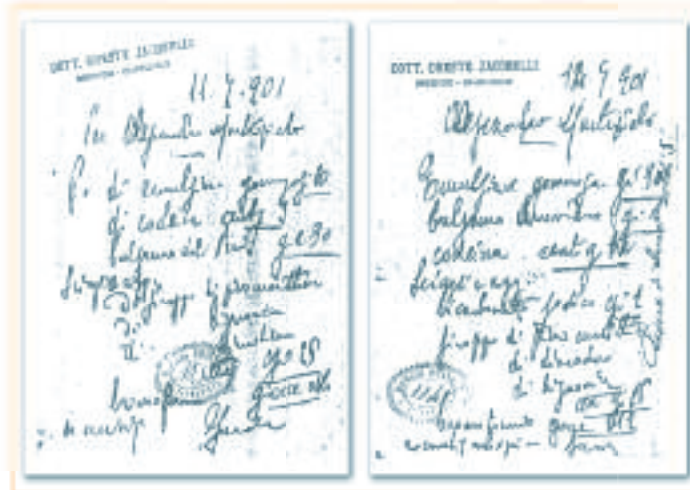
#### I MEDICI E LA SCRITTURA: COMMENTI SU UNA STORIA SENZA FINE

di Luciano Perino  
Primo Medico Emerito - Ospedale San Giovanni - Roma

La notizia che la scrittura manuale dei medici è molto spesso indecifrabile ha una origine che è difficile collocare nel tempo, ma che quarantenne risale ai primordi del secolo scorso trascorso, come può ritenersi, ad esempio, dal padre di alcune ricette in nostro possesso, redatte nell'anno 1901 e nelle quali la grafia impiegata

non è certo delle migliori. Il giudizio di prescrizione, di assunzione e colore anche di referto in termini poco comprensibili, è tuttavia andato aggravandosi con il trascorrere degli anni, al punto che ormai è diventato un luogo comune il racconto di circostanze in cui la comprensione di ciò che i medici scrivevano, sembra essere un appannaggio riservato

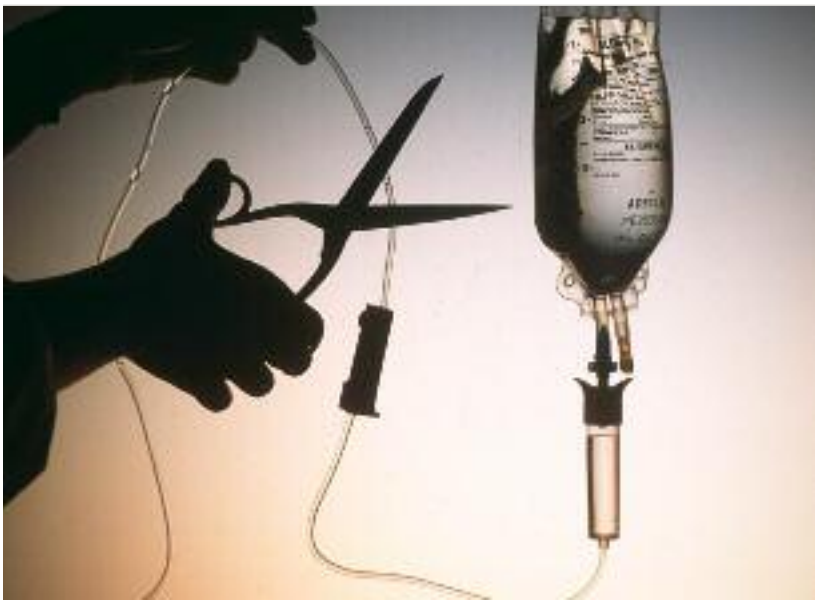
quasi esclusivamente a loro stessi, anziché ai destinatari cui si rivolgono. A fronte di questo invidiabile abitudine, c'è dunque da chiedersi quali siano i motivi che la determinano e quali le conseguenze che essi può comportare. Sul piano dei motivi, varie circostanze possono essere prese in esame. Tra queste, la prima



Due ricette del 1901.

## LA DEONTOLOGIA MEDICA DI FRONTE ALL'EUTANASIA SUI MINORI

*...non dobbiamo  
confondere  
l'eutanasia  
con il rifiuto  
delle cure.*



La notizia dell'eutanasia praticata in Belgio su di un 17enne, in data 17 settembre 2016, mi induce a talune riflessioni, pur nella consapevolezza che si tratta di un argomento critico che va a toccare le convinzioni profonde di ciascuno di noi. A dire il vero, il mese di settembre era iniziato con la notizia del decesso, in una clinica di Bellinzona, di Eleonora Bottaro (18 anni compiuti da qualche giorno), che aveva rifiutato la chemioterapia per una cura alternativa. I due episodi riguardano "grandi minori", ma non dobbiamo confondere l'eutanasia con il rifiuto delle cure.

Il breve spazio di questa rubrica consente di focalizzare l'attenzione unicamente sul caso di eutanasia, il primo su di un minore in Belgio, da quando la legge è stata approvata nel febbraio 2014, mentre la legge che riguarda gli adulti risale al 2002. La procedura prevede che i genitori rivolgano una richiesta al medico curante, che a sua volta deve ottenere l'autorizzazione dal Dipartimento di controllo federale e valutazione dell'eutanasia; è richiesto anche il consenso del diretto interessato, del quale deve essere certificata la capacità di giudizio. Non si conoscono molti particolari sul ragazzo, che però presentava le condizioni prescritte: «una condizione patologica senza speranza, di sofferenza fisica costante e insopportabile, che non può essere placata e che implica il decesso a breve termine» (Belgio, Legge del 28 febbraio 2014, art. 2, lettera c). Ma, ci chiediamo, può un genitore richiedere la morte del proprio figlio? Quale peso può avere il consenso di un ragazzo 17enne? In genere gli adolescenti vengono protetti da esperienze di fine vita di familiari o conoscenti.

Ma il nodo cruciale che ci interessa affrontare è la disponibilità del medico ad assecondare la richiesta di eutanasia.

In Italia l'eutanasia si configura come un "reato" del tutto assimilabile all'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) e il Codice di deontologia medica lo vieta all'art. 17: «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte». Il titolo di questo articolo non è più "Divieto di eutanasia", ma "Atti finalizzati a provocare la morte". Rispetto alle tante ambiguità del termine "eutanasia", che non è più citato nel Codice, si intende puntualizzare che sono vietati gli «atti finalizzati», ovvero intenzionalmente diretti a provocare, o anche solo a favorire, la morte di una persona, pur in presenza di una sua richiesta. Anche l'Associazione Medica Mondiale dichiara che l'eutanasia è «contraria all'etica». Il principio etico di base è il «non uccidere», che però non risulta condiviso a livello universale. Anche la deontologia medica appare contrastante, con una diversa interpretazione del ruolo del medico e del suo rapporto con il paziente nei momenti del fine vita. Sappiamo però che atti di eutanasia si praticano, pur in basse percentuali, anche in diversi Paesi europei, compresa l'Italia. Ci chiediamo cosa possa indurre i medici a praticare l'eutanasia, sfidando in taluni casi anche le leggi dello Stato e le regole deontologiche.

Il motivo di fondo è la compassione umana di fronte alla sofferenza, rispetto alla quale passa in subordine il principio del «non uccidere». Nel paziente terminale spesso si fa strada un interrogativo straziante, che va al di là della disponibilità dei mezzi per la sedazione: in presenza di diagnosi e prognosi mediche certe, che senso ha continuare ad aspettare la morte assistendo allo sfacelo psico-fisico della propria esistenza? Anche gli operatori sanitari talvolta faticano ad accettare talune situazioni limite. Il requisito etico fondamentale che legittima la richiesta di eutanasia e giustifica l'intervento del medico non è tanto la malattia giunta alla sua fase terminale, bensì la sofferenza insopportabile: «il medico ha la piena convinzione che le sofferenze del paziente sono resistenti a terapia e insuperabili» (Olanda, Legge n. 137 del 10 aprile 2001, art. ) Nel corso di una malattia a prognosi infausta la sofferenza è un fattore non eliminabile: il dolore fisico può essere affrontato in quasi tutti i casi con metodologie efficaci, ma la sofferenza rimane per definizione un dato soggettivo, la cui intensità è valutabile unicamente attraverso le manifestazioni di chi la prova. Il Dr Sherwin B. Nuland non esita ad affermare: «Quando non c'è nessun'altra strada, ritengo che il medico abbia l'obbligo morale di aiutare a porre fine a una vita di tormenti, se un paziente in pieno possesso delle sue facoltà chiede di essere aiutato a morire». Di contro si erge la posizione dei medici che non ritengono faccia parte dei loro compiti



Antonio Rimedio



*Il Dr Sherwin B. Nuland non esita ad affermare: «Quando non c'è nessun'altra strada, ritengo che il medico abbia l'obbligo morale di aiutare a porre fine a una vita di tormenti, se un paziente in pieno possesso delle sue facoltà chiede di essere aiutato a morire».*

professionali sopprimere i pazienti. Del resto, le stesse leggi vigenti sull'eutanasia non solo ammettono l'obiezione di coscienza, ma con chiarezza esprimono che «nessun medico è tenuto a praticare una eutanasia o un'assistenza al suicidio». (Lussemburgo, Legge del 16 marzo 2009, art. 15). La legge olandese non esplicita questa clausola, perché fa proprio l'assunto che volontà del paziente e convinzione del medico debbano convergere; in caso contrario il medico si astiene. Tuttavia è difficile per un medico convincersi che non esistono alternative accettabili, in considerazione degli sviluppi delle cure palliative e della possibilità di fare ricorso anche alla cosiddetta "sedazione palliativa degli ultimi giorni" (impropriamente detta "terminale"), praticata quando la morte è attesa entro un lasso di tempo compreso tra poche ore e pochi giorni. Fino ai tempi recenti si è molto discusso sul "doppio effetto" delle cure antalgiche, ma oggi questa difficoltà è stata superata: non solo la sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella dei pazienti non sedati, ma addirittura uno studio ha evidenziato che i pazienti sedati per un periodo superiore alla settimana prima del decesso sopravvivono più a lungo di quelli non sedati. Questa pratica rimane, comunque, al centro di discussioni, perché i difensori dell'eutanasia ritengono che non esistano differenze, sul piano della vita personale cosciente, tra la pratica dell'eutanasia e questa forma di sedazione "profonda". E invece mi pare opportuno ribadire che una differenza esiste, anche in considerazione del valore umano e sociale della sedazione.

Il problema non sta, dunque, nella presa di posizione a favore o contro le cure palliative, il cui valore è universalmente riconosciuto. Infatti, l'art. 95 del Codice di deontologia medica del Belgio (ultima revisione 24.09.2016) prevede che il medico, nelle circostanze del fine vita, informi il paziente su tutte le iniziative che possono essere assunte, come «la redazione delle disposizioni anticipate sull'eutanasia», ma anche il diritto a ricevere tutte le cure palliative necessarie e il sostegno medico dell'accompagnamento. In realtà le legislazioni "permissive" che hanno depenalizzato l'eutanasia rispecchiano la mentalità degli abitanti di quei territori e il medico si sente impegnato a rispettare il valore dell'autodeterminazione della persona, cui si lega il concetto di "dignità" e quindi il significato di "morte degna". Complice anche una diversa definizione di morte che la tecnologia medica ha reso disponibile: quando si muore o, meglio, quando ha inizio il processo del morire? I dubbi e le perplessità non mancano di sorprenderci nelle nostre certezze.

Negli altri Paesi, e in Italia in modo particolare, si fanno sentire posizioni schierate su questo fronte, ma risultano prevalenti le posizioni di quanti vedono nell'alleanza medico-paziente il fondamento di una "pianificazione condivisa di cure", che possa dare spazio alle scelte del paziente nell'ambito delle possibilità terapeutiche e di "presa in carico" prospettate dal medico: due umanità a confronto, due dignità che si incontrano e interagiscono. L'«alleanza di cura» si conferma la parola chiave dell'intero Codice deontologico italiano, che ad essa dedica l'intero art. 20 - Relazione di cura.



## TERAPIA DEL DOLORE: I CENTRI DELLA PROVINCIA

Forniamo ai colleghi i dati essenziali sui centri per la terapia del dolore presenti nella nostra provincia. I dettagli (attività svolte, ecc.) li trovate sul sito dell'Ordine.

### ORARI E CONTATTI

Terapia Antalgica della sede di ALBA .....  
responsabile dr.ssa Annamaria PONCHIONE  
Ospedale San Lazzaro, Via Pierino Belli, (piano terra, vicino Psichiatria)  
E-mail: anestesia.alba@aslcn2.it

Lunedì / Giovedì  
ore 8-15  
Tel. 0173 316284  
Fax 0173 316597

Terapia Antalgica della sede di BRA .....  
responsabile dr. Salvatore DI SANTO  
Ospedale Santo Spirito, Via V. Emanuele II  
(piano terra di fronte alla Radiologia, ex sala parto)  
E-mail: anestesia.bra@aslcn2.it

Lunedì / Giovedì  
ore 8-13 e 14-16;  
venerdì: 8-14  
Tel. 0172 420269  
Fax 0172 420257

Centri di terapia del dolore di  
SAVIGLIANO (Ospedale SS. Annunziata) .....  
FOSSANO (Ospedale SS. Trinità) .....  
SALUZZO (Ospedale Civile) .....  
Responsabile: dr. Dario GIAIME

Tel.-Fax: 0172 719411  
Lunedì / Venerdì ore 15-18  
Martedì ore 15-18  
Martedì e Giovedì  
ore 14.30-17.30

Centro di terapia del dolore di MONDOVÌ - CEVA .....  
responsabile: dr. Marino GROLLER  
Ospedale Regina Montis Regalis di Mondovì - Reparto Rianimazione  
E-mail: marino.grollero@aslcn1.it

Martedì e Venerdì  
ore 8-14  
Tel. 0174677263 (64)  
Fax. 0174677271

S.S. Algologia - Aso S. Croce e Carle - CUNEO .....  
responsabile: dr. Valentino MENARDO  
6° piano del blocco A dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle - Via Coppino, 26  
E-mail: algologia@ospedale.cuneo.it

Lunedì / Venerdì  
ore 8-20  
Tel. 0171 641553  
Fax 0171 641584

## DIAMO I NUMERI?

Al 15 settembre 2016 risultano iscritti al nostro Ordine 2.816 fra medici e odontoiatri. Di essi, solo 1.350 hanno fornito alla segreteria un numero di telefono o un indirizzo e-mail; la casella PEC (posta elettronica certificata, da anni obbligatoria per tutti gli iscritti a ordini professionali) risulta in possesso di 535 colleghi soltanto. Oltre la metà di noi non è quindi raggiungibile in alcun modo dall'Ordine con modalità diverse dalla posta cartacea (senza considerare che probabilmente molti cambiano indirizzo e... dimenticano di comunicarlo): nel 2016 non sembra davvero, come dire, un comportamento appropriato.

In particolare la PEC - dotarsene costa pochissimo - serve fundamentalmente a due cose. In primo luogo, la convocazione per le elezioni del Consiglio Direttivo può essere fatta con questo sistema, risparmiando, e sono soldi nostri, 95 centesimi per iscritto: con i numeri attuali risparmiamo già più di 500 €, che diventerebbero quasi 2.700 se tutti noi... facessimo il nostro dovere. Inoltre, la PEC può essere usata, con la stessa validità legale, al posto della costosa raccomandata (oggi siamo a quasi sei euro!) per tutti i destinatari dotati di PEC: pubbliche amministrazioni, enti, molti privati. Allora, diamo un po' di numeri... all'Ordine?



## AVVISO RECLUTAMENTO MEDICI

La nostra agenzia di consulenza e reclutamento RH Santé di Parigi, filiale del gruppo Adecco Medical, è specializzata da più di 12 anni nel reclutamento di medici.

La nostra ricerca si dirige a medici che desiderino lavorare in una struttura pubblica o privata in Francia: Anestesisti/Rianimatori, Endocrinologi, Cardiologi, Medici Generici, Gastroenterologi, Ginecologi, Medici del Lavoro, Oftalmologi, Oncologi, Pneumologi, Pediatri, Psichiatri, Radiologi, Chirurghi Ortopedici, e Chirurghi Urologi.

Per lavorare in Francia, ed iscriversi alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri francese (Conseil National de l'Ordre des Médecins), bisogna avere una buona padronanza, orale e scritta, della lingua francese.

Per candidarsi inviare il Curriculum Vitae ai seguenti indirizzi. È possibile contattarci per qualsiasi tipo di informazione inerente alla candidatura.

Pietro Ciccarello

Referente Italia RH Santé

23 rue de Choiseul - 75002 Parigi  
Tel : +33 1 80 98 12 09 Fax : +33 1 44 69 02 07  
E mail : [pietro.ciccarello@adeccomedical.fr](mailto:pietro.ciccarello@adeccomedical.fr)  
E mail : [rhsante@rhsante.fr](mailto:rhsante@rhsante.fr)



La dr.ssa Roberta Chersevani, Presidente della Fnomceo, e l'avv. Andrea Mascherin, Presidente del Consiglio Nazionale Forense, hanno firmato il patto tra medici e avvocati per la tutela dei diritti di salute e di difesa è diventato realtà, con il protocollo d'intesa tra i due organismi: dieci articoli che stabiliscono, sin nelle virgole, finalità, modalità e tempi di attuazione, obblighi delle parti, articolazione dei progetti. Le due professioni hanno infatti un pilastro in comune: la nostra Costituzione, che tutela, all'articolo 32, il diritto alla Salute e, all'articolo 24, il diritto alla Difesa.

"A partire da questi principi fondamentali, dalle nostre Leggi Istitutive, dai nostri Codici Deontologici non poteva che nascere naturale, spontaneo un percorso comune - afferma Roberta Chersevani. - Con la sigla di questo Protocollo, che dà il via a una serie di iniziative congiunte, contribuiremo a rinsaldare la fiducia dei cittadini nelle nostre Istituzioni. Siamo convinti che Avvocati e Medici debbano sempre più valorizzare il senso dell'esercizio delle loro Professioni, affermandone l'autonomia e la libertà nel rigoroso rispetto dei principi normativi e deontologici".

Tra le iniziative previste, il confronto e lo scambio di dati, documenti, informazioni, studi e ricerche; il monitoraggio permanente sulla normativa e la giurisprudenza italiane ed europee in materia di diritto alla salute e di difesa; la diffusione di buone pratiche di correttezza deontologica; un progetto formativo per gli alunni della scuola primaria e secondaria, in collaborazione anche con il Miur e le altre istituzioni coinvolte.

### FNOMCeO:

*protocollo d'intesa tra Ordini dei medici e degli avvocati:*

*"Insieme per far conoscere diritti e doveri di cittadini e professionisti"*

**ENPAM:**  
a proposito della  
polizza LTC  
(Long Term Care)

**I**mportante novità per tutti gli iscritti alla "Quota A" dell'ENPAM (cioè tutti i medici e odontoiatri italiani): dal 1° agosto 2016 viene offerta, gratuitamente, la polizza LTC (Long Term Care), che, nel malaugurato caso di perdita di autosufficienza, ci assicura un assegno mensile di 1.035 euro, esentasse. Leggiamo sul sito dell'ENPAM:

"L'assegno si cumula con altre coperture assicurative che i medici potrebbero aver sottoscritto autonomamente. L'adesione alla polizza è automatica e non richiede alcun esborso per medici e odontoiatri. Infatti i costi dell'intera operazione (5,4 milioni di euro l'anno, cioè 2,2 per la tranche agosto-dicembre 2016) sono coperti dai fondi per l'assistenza della Quota A. La rendita per la Long term care si aggiunge a quella già prevista della pensione d'invalidità riservata a medici e odontoiatri colpiti da un'infermità assoluta e permanente. In quest'eventualità la tutela consiste in un'entrata di almeno 15.000 euro annui, che l'Enpam assicura anche senza un'anzianità contributiva minima.

La tutela Ltc scatterà per tutti i futuri iscritti ed è già valida per tutti gli attivi attuali (compresi i pensionati che lavorano) che alla data del 1° agosto 2016 non avevano ancora compiuto i 70 anni di età. Il limite anagrafico vale solo come requisito di ingresso (ma non di permanenza): chi è entrato sotto la copertura continuerà ad essere protetto in futuro anche se, per esempio, il prossimo luglio compirà 71 anni, se nel 2018 ne compirà 72 e così via.

Inoltre chi cesserà di lavorare dopo il 1° agosto 2016 continuerà ad essere tutelato negli anni a venire, anche se pensionato o percettore di un assegno di invalidità."

Un solo commento: l'assunzione, a totale carico dell'ENPAM, di un impegno economico non indifferente come questo testimonia, ove occorresse, la solidità del patrimonio dell'Ente.

**C**ari e stimati colleghi, apriamo bene occhi ed orecchie ed alziamo tutte le antenne. Dopo essere stati pizzicati dal REGISTRO ITALIANO MEDICI che ha spillato soldi ad alcuni tra noi con strascichi che ancora sono in corso in qualche caso sta arrivando un altro marchingegno ben confezionato.

**NON FIRMATE NULLA!**

A suo tempo andai anche in procura e dal nucleo investigativo dei carabinieri per scoprire come la truffa fosse così ben congegnata da escludere ogni possibile querela se non un ricorso all'antitrust per violazione di qualche norma sulla concorrenza (non ricordo più il dettaglio), cosa che la FNOMCeO ha fatto. Leggete e diffondete l'allegato documento diffuso dalla Federazione ai vostri amici.

Salvio Sigismondi

**OMCeO:**  
dalla mailing list  
dell'Ordine



## MEDICI CUNEESE IN GAMBA

A) Paola D'Errigo, Claudio Grossi et al: "Transcatheter aortic valve implantation versus surgical aortic valve replacement for severe aortic." *Ann Thorac Surg*, Available online 26 April 2016

B) Chiara Fraccaro, Claudio Grossi et al.: "Early and Midterm Outcome of Propensity-Matched Intermediate-Risk Patients Aged  $\geq 80$  Years With Aortic Stenosis Undergoing Surgical or Transcatheter Aortic Valve Replacement." *Am J Cardiol* 2016;117:1494e1501

C) Stefano Rosato, Claudio Grossi et al: "Transcatheter Aortic Valve Implantation Compared With Surgical Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients". *Ann Thorac Surg* 2016;101:599-605

*I tre lavori nascono dal registro "Observant" ovvero da una raccolta dati eseguita per la valutazione comparativa dell'efficacia dei trattamenti TAVI (impianto valvola aortica trans-catetere) e AVR (sostituzione valvolare aortica con protesi ed intervento con circolazione extracorporea) nella terapia della stenosi valvolare aortica. Sono stati raccolti dati volontari da 93 strutture cardiologiche e cardo-chirurgiche italiane fra il dicembre 2010 e il giugno 2012, su base volontaria, per un totale di 5468 pazienti (1391 TAVI e 4077 AVR) con un campione non perfettamente corrispondente alla media di esecuzione delle stesse procedure. Il follow-up è stato eseguito da altre persone attraverso un controllo amministrativo dei dati degli stessi pazienti raccolti dai database del ministero della Salute e delle Finanze (SDO e sopravvivenza)*

*I dati assumono importanza nella valutazione all'indicazione di una procedura innovativa come la TAVI, con minore traumaticità per il paziente, che presenta alti costi e è molto spinta dal mercato tecnologico. Il rischio è quello della "fuga in avanti" in presenza di risultati molto consolidati e favorevoli con la chirurgia tradizionale. Il registro è indipendente da sovvenzioni private ed è stato ideato e realizzato con istituzioni pubbliche italiane.*

**1. Nel primo studio (A)** sono state analizzate le differenze in outcome tra le due procedure in presenza di Insufficienza Renale definita con riduzione del filtrato glomerulare sotto i 44 ml/min.

*Lo studio ha analizzato 1.057 pazienti (505 AVR e 552 TAVI) e preso in considerazione, con la metodologia del "propensity score matching", 170 coppie di pazienti che presentassero caratteristiche di rischio comparabili.*

*Le conclusioni dimostrano un aumento globale della mortalità in presenza di insufficienza renale preoperatoria e questo conferma di quanto già noto.*

*In questo gruppo di pazienti il rischio di IRA è maggiore dopo AVR ma non vi è differenza nell'impiego di dialisi.*

*Sebbene il dato non raggiunga la significatività statistica, la terapia con chirurgia tradizionale (AVR) ha presentato una mortalità precoce complessivamente inferiore ed una sopravvivenza a due anni migliore. Pertanto, in presenza di IRC, lo studio non controindica l'intervento tradizionale di AVR.*

**2. Nel secondo studio (B)** sono stati valutati i pazienti appartenenti al sottogruppo con età maggiore od uguale ad 80 anni del medesimo registro.

*Si sono analizzati 2.161 pazienti (993 AVR e 1.176 TAVI con dati completi ed idonei ad entrambe le procedure). Sempre con la metodologia del "propensity score matching" si sono isolate 415 coppie di pazienti con caratteristiche cliniche comparabili. I due gruppi hanno avuto una mortalità precoce e a distanza (3 anni) simile senza differenze statisticamente rilevanti.*

*Nel decorso precoce, vi è stata una significativa differenza - maggiore - in termini di complicanze vascolari e necessità di impianto di pacemaker per il gruppo TAVI mentre il gruppo della chirurgia tradizionale ha presentato una maggiore frequenza di danno renale transitorio e necessità di trasfusioni.*

**3. Nel terzo studio (C)** si sono valutati i risultati comparativi tra le due terapie nel gruppo di pazienti a basso rischio chirurgico definito con lo score di rischio preoperatorio EuroSCORE II inferiore al 4%.

*Lo studio voleva indagare i risultati in un sottogruppo che non ha attuale indicazione riconosciuta alla TAVI, nell'intento di valutare la possibilità di estendere tali indicazioni. Il registro comprendeva 2871 pazienti trattati con chirurgia tradizionale e 531 con TAVI. Impiegando la consueta metodologia del "propensity score matching" si sono identificate 355 paia di pazienti con caratteristiche cliniche analoghe. La sopravvivenza postoperatoria precoce è stata analoga senza differenze significative sebbene sia stata rilevata una maggiore presenza, statisticamente significativa, di rigurgito paravalvolare ed impianto di pacemaker nel gruppo TAVI. Nel gruppo della chirurgia tradizionale erano maggiori il gradiente transvalvolare e le complicanze renali lievi.*

*A distanza di tre anni la sopravvivenza e la libertà da eventi maggiori ("stroke", infarto e rivascolarizzazione miocardica) è stata significativamente maggiore per il gruppo operato con chirurgia tradizionale.*

*Si conclude che non è giustificata l'estensione dell'indicazione a TAVI nei pazienti con basso rischio chirurgico. In attesa di ulteriori sviluppi tecnologici.*

Castellano E, Tassone F, Attanasio R, Gianotti L, Pellegrino M, Borretta G.: "Mild primary hyperparathyroidism as defined in the Italian Society of Endocrinology's Consensus Statement: prevalence and clinical features." *J Endocrinol Invest* 2016; Mar; 39 (3): 359-54.

*Lo studio ha valutato retrospettivamente una casistica di pazienti affetti da iperparatiroidismo primario asintomatico (PHPT-A), ovvero privi di segni e sintomi classici della malattia, quali osteite fibrosa cistica e nefrolitiasi. Le linee guida internazionali per la gestione clinica del PHPT-A raccomandano la terapia*

*Il Consiglio dell'Ordine di Cuneo si è interrogato circa la produzione scientifica dei propri iscritti verificando come la nostra provincia possa vantare eccellenze in campo medico. Se il primo pensiero era che l'attività di ricerca fosse limitata al S. Croce, con immenso piacere si è potuto apprezzare che invece questa coinvolge tutti i medici della provincia indipendentemente dalla propria affiliazione. Così, si è pensato a questa rubrica che presenta - e fa commentare agli autori stessi - l'oggetto della loro curiosità intellettuale in modo che il sapere e la consapevolezza di non far di meno degli altri sia estesa a tutti gli iscritti. Vogliateci segnalare, dunque, lavori scientifici eventualmente con breve commento che siano sfuggiti alla nostra curiosità.*

chirurgica in caso di: calcemia di almeno 1 mg superiore ai limiti di norma; DXA T score <-2.5 in almeno uno dei siti scheletrici esaminati; età <50 anni; eGFR <60 ml/min; calciuria 24 ore > 400 mg. Nei restanti casi, cosiddetti "mild", secondo il recente documento di consenso della Società Italiana di Endocrinologia, la semplice sorveglianza clinico-laboratoristica può essere una alternativa appropriata alla paratiroidectomia. La prevalenza del PHPT-A "mild" non è nota. L'analisi retrospettiva della casistica cuneese di 172 pazienti con PHPT-A ha evidenziato che circa il 20% dei casi presentava le caratteristiche della forma mild. Questo sottogruppo, oltre a non soddisfare i criteri per la terapia chirurgica, presentava livelli medi circolanti di calcio e paratormone inferiori rispetto ai rimanenti casi di PHPT-A.

In conclusione, tra le forme cliniche di iperparatiroidismo primario, quella PHPT-A "mild" è minoritaria ed effettivamente identifica pazienti con malattia meno attiva.

**M. Bo, M. Bonetto, G. Bottignole, P. Porrino, E. Coppo, M. Tibaldi, G. Ceci, S. Raspo, G. Cappa and G. Bellelli:** "Post-Discharge Clinical Outcomes in Older Medical Patients with Emergency Department Stay - Associated Delirium Onset". *Letters to the editor J Am Geriatr Soc* 2016.

L'evidenza attuale suggerisce che la strategia più efficace per la prevenzione del delirium sia un approccio volto a ridurre i fattori di rischio potenzialmente modificabili, comprese le condizioni predisponenti al delirium correlate all'ospedalizzazione. In un nostro precedente lavoro abbiamo riportato che la permanenza in dipartimento di emergenza > 10 ore è associata ad un maggiore rischio di delirium incidente nei pazienti anziani ricoverati. In questo studio abbiamo, invece, osservato una correlazione statisticamente significativa tra incidenza di delirium entro 72 ore dal momento dell'ammissione in reparto e un maggior rischio di morte post-dimissione per tutte le cause e/o di ri-ospedalizzazione. Col nostro lavoro abbiamo potuto contribuire ad avvalorare il peso delle attuali evidenze scientifiche dimostrando che la permanenza in un ambiente di emergenza, incrementando il rischio di delirium incidente, può potenzialmente contribuire ad aumentare il rischio di morte post-dimissione e di ri-ospedalizzazione.

**Salerno C., Carcagnì A., Sacco S. et al.:** "An Italian population-based case-control study on the association between farming and cancer: Are pesticides a plausible risk factor?" *Arch Environ Occup Health*. 2016 May.

Questo studio caso-controllo di popolazione ha investigato l'associazione tra il lavoro di coltivatore diretto (considerato una variabile proxy dell'esposizione a pesticidi) e i tumori nell'area suburbana di Vercelli. Sono stati presi in considerazione i residenti in quest'area nel periodo 2002-2009 aventi tra i 25 e i 79 anni di età. Sono stati considerati "casi" tutti i primi ricoveri ospedalieri per tumore (casi incidenti). I "controlli" invece sono stati rappresentati da tutti i soggetti non inclusi nei casi e non esclusi dallo studio in base ai criteri di inclu-

sione/esclusione considerati. I casi e i controlli sono stati classificati a seconda che risultassero impiegati o meno come coltivatori diretti nel periodo 1965-2009. Mediante modelli misti lineari generalizzati aggiustati per genere ed età, sono stati calcolati gli odds ratio (OR) per cancro tra coltivatori e non-coltivatori. I coltivatori hanno mostrato OR più alti per tutti i tumori (OR = 1.459;  $p < 0.001$ ), per i tumori cutanei non melanomatosi, per il carcinoma del colon-retto e per il carcinoma della mammella. I risultati suggeriscono una plausibile associazione tra l'esposizione a pesticidi e l'insorgenza di cancro.

**Benni E., Sacco S. et al.:** "Evaluation outcomes of a sex education strategy in high schools of Pavia (Italy)." *Glob Health Promot*. 2016 Jun.

Scopo del lavoro. Fornire una valutazione di processo e di efficacia di un intervento di educazione sessuale realizzato con tecniche interattive nelle scuole superiori di Pavia. Metodi. Sei scuole superiori pubbliche, divise in scuole "trattate" e scuole "controllo", hanno volontariamente aderito a questo studio a metodo misto. Sono state arruolate solo le classi seconde. Gli adolescenti trattati hanno seguito un corso di educazione sessuale, tenuto con tecniche interattive da "educatori quasi alla pari" ("near-peer educators"), rappresentati da studenti universitari iscritti alla Facoltà di Medicina e appositamente preparati. Tutti gli adolescenti (trattati e controlli) hanno compilato un questionario di efficacia anonimo all'inizio dello studio (pre-test) e uno identico tre mesi dopo (post-test). Utilizzando modelli lineari ad effetti misti, sono state confrontate le conoscenze e le abitudini sessuali degli adolescenti trattati e di quelli controllo. La valutazione di processo è stata effettuata mediante un questionario di soddisfazione per gli studenti trattati, tramite schede di monitoraggio per i membri del gruppo di lavoro (composto dai ricercatori che hanno condotto lo studio) e mediante schede/diari per gli educatori. Risultati. Il campione finale è consistito di 547 adolescenti trattati e 355 controlli (età media = 15.28 ± 0.61 anni). Cambiamenti altamente significativi ( $p < 0.001$ ) dal pre-test al post-test, con deciso miglioramento degli adolescenti trattati, sono stati evidenziati per tutte le domande del questionario di efficacia relative alle conoscenze in ambito sessuale. Non sono invece stati rilevati cambiamenti significativi nelle domande riguardanti i comportamenti sessuali. La valutazione di processo ha mostrato risultati positivi circa la soddisfazione degli adolescenti, evidenziando il bisogno di maggiori spazi di aggregazione per i giovani. I membri del gruppo di lavoro e gli educatori hanno generalmente fornito valutazioni positive, anche se sono state percepite difficoltà di comunicazione durante la fase organizzativa dello studio. Conclusioni. L'intervento è stato efficace nel migliorare le conoscenze in ambito sessuale degli adolescenti. Questa ricerca ha evidenziato che in Italia l'educazione sessuale è ancora trascurata: ciò potrebbe favorire disinformazione e comportamenti sessuali a rischio per la salute. I giovani sentono il bisogno di una seria azione di promozione della salute in cui poter avere parte attiva, diffondendo messaggi educativi con metodi interattivi organizzati.

## AVVICENDAMENTO ALLA VICEPRESIDENZA DELL'ORDINE

**D**urante il Consiglio Direttivo tenutosi lo scorso 1° settembre, il dr Elvio Russi ha presentato le dimissioni dalla carica di Vicepresidente, motivate da impegni personali. Tutti i consiglieri presenti hanno appreso con rammarico la decisione, esprimendo al dr Russi il proprio ringraziamento per il suo prezioso contributo al buon funzionamento del nostro Ordine.

A norma di legge, è stata convocata una riunione straordinaria del Consiglio – tenutasi lunedì 5 settembre – che ha eletto Vicepresidente il collega Giuseppe Guerra, al quale rivolgiamo i migliori auguri per l'incarico, assunto "in corso d'opera" (i mandati consiliari scadranno alla fine del 2017), quindi in un delicato momento.

### MEDICI PRIMA ISCRIZIONE

Dott.ssa BARRICELLA Ilaria	CAIRO MONTENOTTE
Dott.ssa GIRIODI Maddalena	ALBA
Dott. LEONARDI Enrico	TORINO

### MEDICI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Dott. FIRULLO Gianluca	CUNEO
Dott. SITO Gabriele	PIASCO

### MEDICI CANCELLATI SU RICHIESTA

Dott. TARAMASSO Maurizio	CEVA
--------------------------	------

## PROSSIMI CORSI DI FORMAZIONE PER L'UTILIZZO DI DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI ESTERNI (DAE)

**L**a Commissione Emergenze e Urgenze dell'Ordine di Cuneo ha organizzato in quest'anno nei mesi di gennaio, marzo e maggio 3 corsi di formazione per l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici esterni (DAE) per i Medici e Odontoiatri della provincia di Cuneo. I Colleghi sono stati addestrati ad eseguire il BLS-D per adulto, bambino e lattante secondo le più recenti raccomandazioni internazionali (European Resuscitation Council Guidelines 2015), in accordo con la deliberazione della Giunta Regionale 2.2.15, n. 16-979. Considerando l'interesse e la soddisfazione espressa dai partecipanti ai corsi, l'Ordine ha deciso di organizzare altre 2 edizioni del corso, che sarà svolto, come i precedenti, dalla squadra di formatori del 118 provinciale.

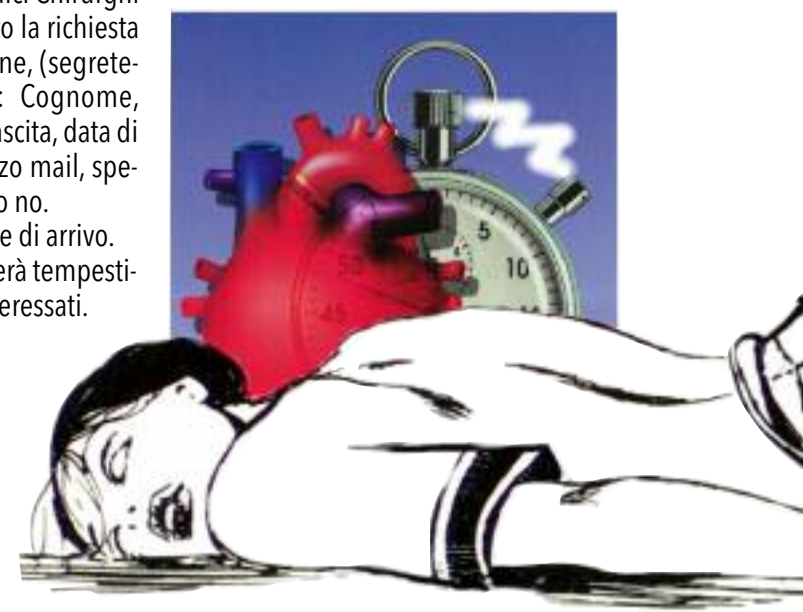
Il prossimo corso (il quarto del 2016) si terrà la mattina di **mercoledì 23 novembre ad Alba, presso la sala Belli dell'Ospedale S. Lazzaro, via Belli 26 dalle ore 9 alle 13.**

L'ultimo corso dell'anno si svolgerà a **Saluzzo, nella sede del 118 (via Volontari del Soccorso n. 2) la mattina di giovedì 15 dicembre dalle ore 9 alle 13.**

Anche questi due corsi, saranno gratuiti, in quanto l'Ordine si farà carico del costo, mentre i locali saranno offerti rispettivamente dal 118 e dall'ASL CN2. Per partecipare invito i Colleghi Medici Chirurghi e Odontoiatri ad inviare al più presto la richiesta per e-mail alla Segreteria dell'Ordine, ([segreteria@omceo.cuneo.it](mailto:segreteria@omceo.cuneo.it)) segnalando: Cognome, Nome, Comune o Paese estero di nascita, data di nascita, sesso, codice fiscale, indirizzo mail, specificando se si è in possesso di AED o no. Le richieste saranno accolte in ordine di arrivo. La Segreteria dell'Ordine comunicherà tempestivamente l'accettazione ai singoli interessati.



Livio Perotti



**Venerdì 14 ottobre 2016**

Cuneo - Centro Congressi della Provincia

**INSIEME PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA ASSISTENZIALE:  
RESPONSABILITÀ E COMPETENZE**

**Destinatari:** Medico, Odontoiatra, Fisioterapista, Infermiere, Infermiere pediatrico, Logopedista, Ostetrica, Tecnico di Laboratorio, Tecnico di Radiologia.

La giornata di studio ha lo scopo di approfondire il significato di responsabilità in un'ottica di governo della complessità organizzativa nell'attuale contesto sanitario. "L'organizzazione è l'elemento di costruzione sociale prima di esserne il risultato".

La giornata si propone di:

- Riflettere sui valori fondanti relativi al ruolo e alla responsabilità agita dai diversi professionisti.
- Individuare le aree di complementarietà e cooperazione, alla luce dell'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari ed in considerazione del concetto euristico e di resilienza

**Provider:**  
ASL CN1

**Crediti ECM:** 5  
**Direttore del corso:** Dr.ssa Maria Grazia Alberico  
Direttore S.C. OSRU ASL CN1

**Segreteria organizzativa:**  
S.S.D. Formazione ASL CN1 Cuneo - formazione.cuneo@aslcn1.it

**Scadenza iscrizioni:** 9 ottobre 2016 (salvo esaurimento posti)  
L'iscrizione è gratuita ma obbligatoria e deve essere effettuata on-line all'indirizzo [www.ecmpiemonte.it](http://www.ecmpiemonte.it):

**AVVISO SCADENZE CONGRESSI E CONVEGNI**

Le notizie su convegni e congressi vengono pubblicate in questa sezione. Ricordiamo a tutti i colleghi che, date le scadenze di pubblicazione del Notiziario (di norma, intorno al giorno 15 dei mesi di febbraio, aprile, giugno, agosto, ottobre e dicembre), è indispensabile che queste notizie vengano inviate almeno tre mesi prima dell'evento. In caso contrario, potrà accadere che i dati del congresso appaiano in ritardo o debbano essere cassati.

**Sabato 15 ottobre 2016**

Palaterme - via Cav. Barisione - 12088 Lurisia Terme (CN)

**ACUFENI: AGGIORNAMENTI SU RICERCA DIAGNOSI E TRATTAMENTI**

L'Acufene è un disturbo dell'udito che si manifesta come un fischio o un rumore percepito in assenza di una stimolazione sonora, associato spesso ad Iperacusia. Si stima che questa invalidante sintomatologia affligga dal 12% al 15 % della popolazione, in molti casi con una importante ricaduta sulla qualità della vita. La gestione clinica e terapeutica dei pazienti che soffrono di acufene si presenta come tema complesso e problematico. La finalità dell'evento formativo è di riportare le principali attualità nella diagnosi e nel trattamento degli acufeni per un migliore approccio diagnostico, terapeutico e riabilitativo con beneficio per il paziente e risparmio della spesa sanitaria. Il convegno si aprirà con un aggiornamento sulle ricerche in tema di acufene nel campo delle scienze neurologiche ed otiatriche, e sullo stato di avanzamento del progetto europeo COST-TINNET volto a predisporre entro il 2018 un protocollo condiviso di gestione clinica. La successiva sessione vedrà una tavola rotonda e una discussione interattiva aperta alle domande dei pazienti. Nel pomeriggio saranno presentati 2 studi clinici e, a seguire, l'aggiornamento su tecniche accreditate (TRT), nuove tecnologie ed approcci terapeutici (Mindfulness, Neurofeedback) per il trattamento degli acufeni. L'interdisciplinarietà nell'approccio diagnostico e terapeutico sarà uno degli argomenti ricorrenti della giornata, per promuovere miglioramento della qualità, efficacia ed efficienza dall'azione sanitaria. Uno degli scopi del convegno, in fase di dibattito, è mettere a confronto i punti di vista delle varie figure professionali (otorinolaringoiatri, audiologi, neurologi, psicologi, audioprotesisti) coinvolte nella gestione degli acufeni, focalizzando le più recenti acquisizioni scientifiche. Altra finalità perseguita è dare voce ai pazienti, al loro disagio, alla loro pressante richiesta di chiarimenti e informazioni, e alle associazioni che, in virtù di un forte spirito di unione e condivisione, svolgono da un lato un insostituibile ruolo di sostegno psicologico, dall'altro assicurano un sostanziale contributo all'informazione e sensibilizzazione pubblica su questo invalidante sintomo.

**Responsabile Scientifico:**

Dr Claudio Fantino - S.O.C. Otorinolaringoiatria- Ospedale di Cuneo

**Per informazioni ed iscrizioni:**

Dr Massimo Gestro - [m.gestro@termedilurisia.it](mailto:m.gestro@termedilurisia.it)  
Istituto Idrotermale di Lurisia, Sig.ra Colombo 0174683421  
[info@termedilurisia.it](mailto:info@termedilurisia.it)

Il programma dettagliato della giornata di lavoro è scaricabile dal sito dell'Istituto ([www.termedilurisia.it](http://www.termedilurisia.it)) o dal sito dell'agenzia nazionale per ECM ([ape.agenas.it](http://ape.agenas.it))

**Destinatari:**  
Medico di tutte le specialità

**Crediti ECM:**  
8,5

**Posti disponibili:**  
60

**Martedì 8 novembre 2016**

ASO Santa Croce e Carle - Via Michele Coppino, 26 - Cuneo  
S. C. Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo - Collegio dei Primari

**THYROID NODULE UPDATE**

Lettura del prof. Hossein Gharib

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota (USA)

**ISCRIZIONE:**

La partecipazione è gratuita e dovrà essere effettuata mediante trasmissione della scheda debitamente compilata alla Segreteria Organizzativa entro il 17 ottobre 2016. L'ammissione è subordinata al parere favorevole del Responsabile Scientifico.

Messa a punto di una problematica clinica molto frequente da parte di una figura di grande autorevolezza internazionale, alla luce delle più recenti linee guida sull'argomento.

**Responsabile scientifico:**

Dr. Giorgio BORRETTA

Direttore SC Endocrinologia Diabetologia e Metabolismo e Direttore del Dipartimento di Medicina 1- ASO Santa Croce e Carle di Cuneo

**Direttore del corso:**

Dr. Piergiorgio BENSO

Responsabile SS Formazione e Valutazione degli Operatori - ASO Santa Croce e Carle di Cuneo

**Segreteria organizzativa:**

SS Formazione e Valutazione degli Operatori

ASO Santa Croce e Carle di Cuneo

Tel. 0171/616373 - Fax 0171/616371

e-mail: giraudofa@ospedale.cuneo.it

**Sabato 12 novembre 2016**

BRA - Albergo dell'Agazia - Pollenzo

**LA MORTE CARDIACA IMPROVVISA: DALLO STATO DELL'ARTE, ALLA SOSTENIBILITÀ POLITICA ED ECONOMICA AL PROGETTO EDUCATIVO NELLE SCUOLE**

Una vittima ogni mille abitanti, è il dato relativo alla morte cardiaca improvvisa. Come si evince dal titolo del convegno, gli argomenti in programma sono molti e coprono un'ampia gamma di tematiche, senza ignorare le criticità che coinvolgono questo panorama.

Come sottolineano gli organizzatori, ossia le Cardiologie delle ASL CN1 - CN2 e ASO S. Croce e Carle, il convegno si propone di fare una rassegna delle principali novità in campo cardiologico, attraverso il ricordo del Prof. Pier Federico Angelino, fondatore proprio a Cuneo del reparto di cardiologia e di una delle prime Unità Coronariche strutturate d'Italia.

Un omaggio a una figura cardine della medicina piemontese, ma anche - come ricorda il dottor Baldassarre Doronzo, Direttore della Cardiologia di Savigliano - "l'occasione per trattare alcuni dei principali argomenti in ambito cardiologico: dalla cura dei pazienti adulti portatori di cardiopatia congenita operata con persistenti problemi aritmici, alle novità sul trattamento dei pazienti con Sindrome di Brugada, ai nuovi aspetti della terapia anticoagulante orale con NAO (alla luce dei nuovi studi clinici), dei dati di vita reale e dei reversal agents".

Ma la scienza deve sempre fare i conti con le disponibilità economiche. E, in questo senso, assume un'importanza rilevante la Tavola Rotonda "Spese poco sostenibili per un sistema sanitario sostenibile - Impatto delle nuove tecnologie", in cui si confronteranno i punti di vista della Regione Piemonte con il dottor Fulvio Moirano, delle Istituzioni con l'ex Ministro Renato Balduzzi, dell'Università con Fiorenzo Gaita ed altri illustri ospiti.

L'iniziativa, inoltre, costituirà l'occasione per presentare il progetto di prevenzione e soccorso attivato in alcune scuole medie superiori.

**Segreteria organizzativa:**

Comunicare - Torino - Tel. 011 660.42.84

adesionicongressicomunicare@gmail.com

www.educazioneprevenzionosalute.it

Il convegno è promosso dalla Cardiologie ASL CN1 - CN2 ASO S. Croce Carle in collaborazione con l'Associazione Angelino.

**Presidente:**

Margherita Di Leo, Torino

**Comitato Scientifico:**

Baldassarre Doronzo, Savigliano  
Claudio Bruna, Mondovì  
Antonio Dellavalle, Alba  
Guido Rossetti, Cuneo  
Mauro Feola, Fossano

**Per l'Associazione Angelino:**

Paolo Angelino, Rivoli



