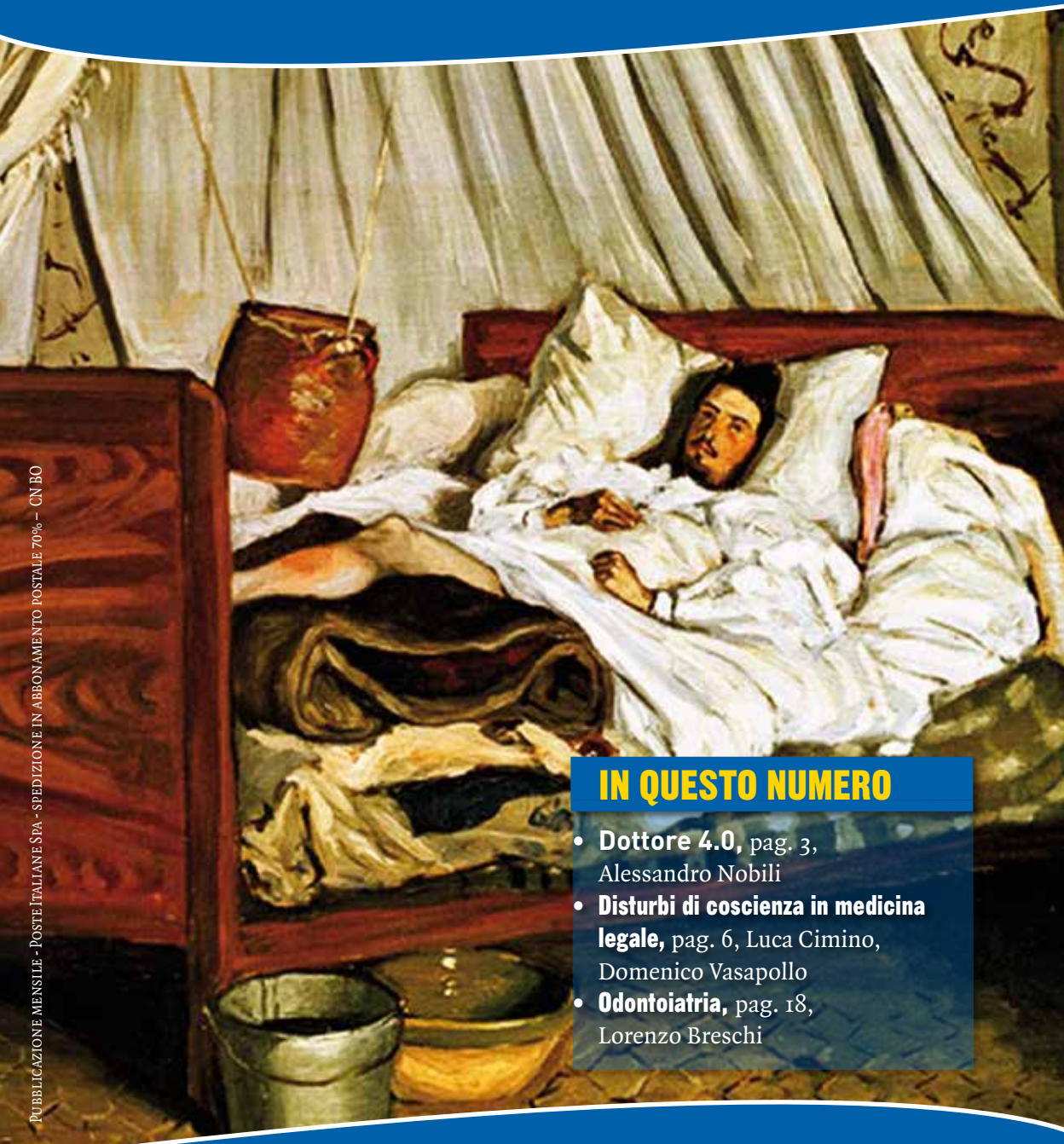
Bollettino Notiziario

anno XLVIII - N° 11 novembre 2017



IN QUESTO NUMERO

- **Dottore 4.0,** pag. 3, Alessandro Nobili
- **Disturbi di coscienza in medicina legale,** pag. 6, Luca Cimino, Domenico Vasapollo
- **Odontoiatria,** pag. 18, Lorenzo Breschi

Pubblicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% – CN BO

contiene I.R.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

SANITÀ

COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

Ospedale Privato Accreditato
Villa Bellombra

Attività di ricovero:
Riabilitazione Intensiva neurologica ed ortopedica anche post-operatoria.
Team multiprofessionale.
Progetti riabilitativi individuali.
Percorsi riabilitativi integrati
Laboratorio analisi certificato ed accreditato. Radiologia.

Direttore sanitario
Dott. Pedone Vincenzo, Medico-Chirurgo
Specialista in Medicina Interna, Malattie dell' Apparato Cardiovascolare, Gerontologia e Geriatria.
Aut. San. PG n. 121388 del 13/05/2010

Via Bellombra, 24 · 40136 Bologna.
Tel. 051/58.20.95 · Fax 051/33.81.03
info@villabellombra.it - www.villabellombra.it

COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

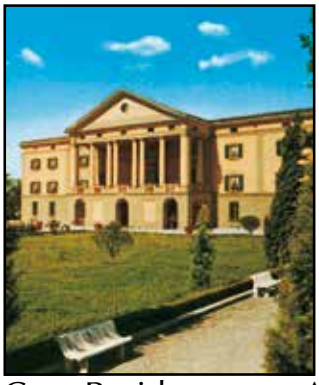
Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

Attività di ricovero:
Riabilitazione Estensiva ortopedica e neurologica (stroke), Lungodegenza, Post Acuzie, Disordini della Coscienza, Radiologia, Ecocardiocolordoppler.

Direttore sanitario
Dott. Pedone Vincenzo, Medico-Chirurgo
Specialista in Medicina Interna, Malattie dell' Apparato Cardiovascolare, Gerontologia e Geriatria.
Aut. San. PG n. 121388 del 13/05/2010

Via della Ferriera, 10 · 40133 Bologna
Tel. 051/38.38.24 - Fax 051/41.41.266
info@ospedaleprivatosantaviola.com
www.ospedaleprivatosantaviola.com

SOCIALE



COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ
EMILIA ROMAGNA

Casa Residenza per Anziani
Villa Ranuzzi

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti. Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolor-doppler, apparecchiature di diagnostica per per immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Casteldebole, 12 · 40132 Bologna Tel. 051/61.37.611
Fax 051/61.37.619 - info@villaranuzzi.it · www.villaranuzzi.it

COLIBRÌ®

ASSOCIATA A UNINDUSTRIA BOLOGNA

UNI EN ISO 9001:2008
G. N. 8540

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ
EMILIA ROMAGNA

Casa Residenza per Anziani
Villa Serena

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti, Mini appartamenti Protetti, Medico di notte presente in struttura tutto l'anno. Apparecchiature: ecocardiocolor-doppler, apparecchiature di diagnostica per-immagini (RX), emogasanalisi in reparto.

Via Toscana, 219 · 40141 Bologna - Tel. 051/47.70.11
Fax 051/48.12.01 - info@villaserena-bo.it - www.villaserena-bo.it

Bollettino Notiziario

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE
Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE
Abbati dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale 70% – CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di Ottobre 2017 è stato consegnato in posta il giorno 20/10/2017

Contiene I.R.

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745
www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO XLVIII - NOVEMBRE 2017 N° 11

ARTICOLI

Dottore 4.0 • **00**

Consiglio Provinciale dell'Ordine: i risultati elettorali • **5**

I disturbi di coscienza in ambito medico-legale e le aspettative di vita nei gravi cranio-lesi • **6**

Le malattie a trasmissione sessuale oggi e domani • **10**

Al Senato della Repubblica e a Montecitorio si parla di Donne e Cancro: prima e dopo • **14**

Le professioni sanitarie: facciamo chiarezza • **16**

Odontoiatria: Intervista al professor Lorenzo Breschi • **18**

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **21**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **21**

CONVEGNI E CONGRESSI • **22**

CONVEGNI E CONGRESSI (relazioni) • **31**

PICCOLI ANNUNCI • **32**

Frederic Bazille "L'improvvisato Ospedale da campo" 1865, olio su tela

L'opera di Bazille parte da una matrice realistica courbettiana, senza però uno sviluppo in tematiche storiche. La sua pittura è viva, i personaggi ci guardano, benché filtrati da un raffinato romanticismo. L'artista fu molto vicino agli amici impressionisti Monet, Renoir e Sisley, ma si discosta nella ponderazione della pittura al fine di "restituire ad ogni cosa il suo peso ed il suo volume". Come nell'"improvvisato Ospedale da campo", dove niente in realtà è improvvisato ma tutto è ponderato, come lo spazio allestito nei particolari dell'ambiente e degli oggetti, in una resa vivida del malato che ci guarda creando una comunicazione immediata.

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

Consiglieri Medici
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. LUIGI BAGNOLI
Dott. MASSIMO BALBI
Dott. FRANCO BENETTI
Prof. DAVIDE FESTI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. ALESSANDRO NOBILI
Prof. STEFANO PILERI
Dott. ANTONIO SANTORO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. LUCA ORTENSI
Dott. SEBASTIANO PANTALEONI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Segretario:	Dott. SEBASTIANO PANTALEONI
Componenti:	Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI
	Dott. LUCA ORTENSI
	Dott. GIOVANNI RUBINI

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ALESSANDRO ZATI
Componenti:	Dott. SANDRO ACCIARRI
	Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Supplente:	Dott. ILARIO RIGANELLO

Dottore 4.0

Alessandro Nobili

Sera inoltrata. C'è un malato ricoverato in ospedale, in un reparto di degenza. È stato operato qualche giorno prima, un intervento di media complessità, che ha avuto esito considerato positivo. Dopo il risveglio dall'anestesia il paziente si è rapidamente ripreso, e le sue buone condizioni generali hanno fatto decidere di riportarlo direttamente nel reparto di provenienza. Certo non si tratta di un giovincello, anzi direi piuttosto avanti con gli anni, ed anche con alcune comorbidità, peraltro di frequente riscontro nell'ormai sempre più ampia fascia dei ricoverati anziani. Un problema sono i diversi farmaci che assume: quelli che già prendeva più quelli per la profilassi post-operatoria. Effetti collaterali e potenziali interazioni a iosa, a sentire le linee guida. Per fortuna succede molto di rado... Il medico di guardia dà un'ultima occhiata al paziente, che pare già assopito. Beato lui...Certo respira in modo un po' rumoroso, anzi si può dire che russa proprio. Altro che assopito, se la dorme della grossa! Oppure...il medico si rivolge all'infermiera : "Vediamo pressione e temperatura...pressione minima leggermente ridotta e temperatura appena sopra la norma, ma in fondo è stato operato solo due giorni fa...". Peraltro proprio all'ultimo congresso si è posto sotto la lente d'ingrandimento l'aumento esponenziale di casi di sepsi, i cui sintomi d'esordio sono spesso questi. E ripensa a quanto è stato spiegato dalla direzione sanitaria nell'ultimo briefing*: si provvederà ad allestire una organizzazione tetra-ramificata per la gestione delle emergenze intra-ospedaliere, con lo scopo di intercettare tempestivamente i malati che stanno andando incontro ad un deterioramento potenzialmente critico delle condizioni. Ci sarà un* braccio afferente*, costituito dal personale medico e paramedico del reparto (ricorda di avere sorriso vedendosi ricompreso sotto questa nuova definizione) che ha il compito di intercettare un peggioramento sensibile delle condizioni del malato. Poi un* braccio efferente*, rappresentato da un medico anestesiologo e da un infermiere di area critica, che in seconda battuta dovrà stabilire se il paziente necessita cure e vigilanza di livello più alto (tipo terapia pre-intensiva o intensiva). Infine ci saranno due nuclei, uno deputato all'analisi dei dati emergenti e l'altro a stabilire ed aggiornare le linee direzionali ed organizzative. Il tutto, ed è stato sottolineato in modo fermo, facendo la massima attenzione a ridurre al minimo gli errori valutativi, al fine di non appesantire la già fragile gestione economica dell'ospedale. Eh già – pensa il dottore – detto così suona bene. Ma poi la realtà pratica è in gran parte l'espressione di casi* border line*. E serpeggia in lui il conflitto tra la paura di sottostimare una seria complicanza, potenzialmente letale, ed il disappunto di essere considerato dalla direzione sanitaria come* uno che se la fa sotto *e per questo fa spendere all'azienda soldi inutili... "La complessità della medicina oggi va oltre la capacità della mente umana". Così scriveva l'editorialista del* New England Journal of Medecine *nel pezzo intitolato "The limits of Human Mind and the Future of Medecine". Sui computer dei medici arrivano centinaia di dati, i pazienti sono sempre più complessi e multipatologici, ogni giorno arrivano nuovi farmaci e le aziende sanitarie chiedono di fare "scelte coerenti con la politica e l'organizzazione sanitaria stabilite dai consigli di amministrazione". Impossibile dunque che il medico non sbagli. Ed a poco servirà l'imposizione di algoritmi e linee guida, in quanto sia i primi che le seconde saranno inevitabilmente redatte sulla base dei dati* umani*, che sono all'origine degli errori che si pretenderebbe di eliminare di default. Per una volta lasciamo dunque stare gli informatici ed i loro computer, che potranno aiutarci, ma non certo prendere il posto dei medici di fronte alle infinite zone di grigio da cui è costellato il firmamento di questa bella ma difficile professione. Si pensi piuttosto a formare al meglio i dottori, evitando che vengano risucchiati dalla routine degli ospedali. Lasciandogli e riconoscendogli tempo ed energie per acquisire sempre maggiori competenze e, perché no, per parlare e confrontarsi meglio con i malati. E chissà che non si arrivi a capire che il primo e miglior investimento è uno solo: quello sui medici.*

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

È obbligatoria la prescrizione del medico

SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama lo 051.644.00.55 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - 800100670

051.644.00.55 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA

Aut.San. PG.N. 25139/2017

Consiglio Provinciale dell'Ordine: i risultati elettorali

Di seguito si riportano, per opportuna informativa agli iscritti, i nominativi dei medici risultati più votati nella consultazione elettorale per il rinnovamento degli Organi ordinistici.
Si precisa che per il Consiglio Direttivo e per il Collegio dei Revisori dei Conti risultano eletti rispettivamente i primi 15 e i primi 4 più votati, opportunamente rilevati in grassetto. Colgo l'occasione per ringraziare tutti i Colleghi per la straordinaria partecipazione alla consultazione elettorale.
Cordialmente

Il Presidente
Giancarlo Pizza

RISULTATI ELETTORALI

PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO:

Pizza Giancarlo	1326
Pileri Stefano	1252
Dugato Andrea	1249
Lodi Vittorio	1246
Lumia Salvatore	1238
Arcieri Margherita	1237
Fini Oscar	1232
Bolondi Luigi	1229
Iafelice Giuseppe	1219
Benetti Franco	1216
Masotti Massimo	1211
Cosentino Eugenio Roberto	1210
Marcacci Maurilio	1208
Esquilini Anna	1190
Schlich Giuliana	1167
Festi Davide	1092
Santoro Antonio	1068
Bernardi Filippo	1049
Gasbarrini Alessandro	1049
Di Pasquale Giuseppe	1032
Frascaroli Guido	1026
Baietti Anna Maria	1022
Berardi Domenico	1018
Mondini Sandra	1016
Magnani Mirco	1013
Morini Mara	1013
Matacena Corrado	1009
Gaggioli Andrea	1006
Giordani Rosanna	1002
Franchino Giuseppe	990

PER LA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

Bondi Corrado	292
Rubini Giovanni	276
Cicognani Simoncini Francesco	267
Ortensi Luca	261
Avanzini Giampaolo	256

PER IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Zati Alessandro	1514
Pieralli Roberto	1494
Mele Mario	1487
Riganello Ilario (Supplente)	1498
Farruggia Patrizia	1091
Masara' Maria Cristina	1080
Ravaioli Federico	1080
Marko Tedi (Supplente)	1039

I disturbi di coscienza in ambito medico-legale e le aspettative di vita nei gravi cranio-lesi

Luca Cimino, Domenico Vasapollo

In un nostro precedente lavoro[1] abbiamo riportato alcune considerazioni sui disturbi della coscienza e sulla loro importanza in ambito medico-legale. Come sottolineato trattasi di un tema particolarmente complesso e dai numerosi risvolti soprattutto in ambito civilistico in merito alla valutazione del danno biologico nelle sue varie declinazioni.

Vogliamo in questo contesto affrontare un aspetto particolarmente importante, che condiziona poi il momento valutativo-risarcitorio dei postumi permanenti nei gravi cranio-lesi, ovvero quello inerente le aspettative di vita. A riguardo ricordiamo infatti come in questo particolare ambito, per la peculiare natura clinica del quadro lesivo e delle sue conseguenze menomative, la tematica del risarcimento del danno all'integrità psicofisica, in caso, ad esempio, di successivo decesso del soggetto, può configurare in relazione all'evento morte, due particolari situazioni di danno: l'una afferente alla perdita della vita (c.d. "danno biologico terminale" o "danno biologico *iure successionis*") e l'altra attinente alle conseguenze che la morte può provocare sui congiunti (c.d. "lutto patologico").

In particolare riguardo al c.d. "danno biologico terminale" costante giurisprudenza di merito e di legittimità ha ormai sottolineato come la risarcibilità di tale fattispecie di danno sia ancorata non solo all'intervallo di tempo ricompreso fra l'evento lesivo e la morte, ma soprattutto all'entità della percezione più o meno cosciente che il soggetto leso ha di rappresentare il suo stato, ovvero l'estrema gravità della situazione in cui si trova, con il prodursi di una sofferenza psichica tale da tradursi in un vero e proprio danno psichico risarcibile ai famigliari della vittima *iure hereditatis*. Tali rilevanti questioni verranno da noi esaminate in un successivo lavoro, ma già evidenziano l'importanza che la valutazione delle aspettative di vita assume in questo particolare contesto valutativo.

A tale riguardo preme innanzitutto sottolineare come per «Grave Cerebrolesione Acquisita» (GCA) si intende una patologia cerebrale acuta che provoca stato di coma documentato da *Glasgow Coma Scale* (GCS) < 8 per una durata superiore alle 24 ore. Le GCA, sono principalmente rappresentate da traumi cranioencefalici (TCE), patologie cerebrovascolari (emorragiche o ischemiche) ed encefalopatie post-anossiche; nel loro insieme costituiscono una della più importanti cause di severa disabilità acquisita nel mondo occidentale, con tutte le conseguenze che ne derivano sul piano individuale, economico, della programmazione sanitaria, e del potenziale impatto sulla società che è chiamata a riaccogliere queste persone, con le loro fragilità residue. Proprio la compromissione dello stato di coscienza costituisce nel contempo un indice di gravità, la causa di ulteriori danni secondari sia a livello cerebrale che a carico di tutto l'organismo e un indice di severità prognostica: quanto maggiore è il periodo di alterazione della coscienza, tanto più importante sarà il livello atteso di disabilità residua.

Questi pazienti sono quasi sempre persone con quadri clinici molto complessi in cui menomazioni di carattere sensitivo-motorio, cognitivo e comportamentale interagiscono tra di loro in modo tale che la disabilità finale risulta spesso superiore e più severa di quanto ci si potrebbe attendere dalla semplice somma delle singole componenti. A tale riguardo è, infatti, importante sottolineare come la maggior parte dei lavori della letteratura internazionale valuta gli esiti del trauma cranico in termini di disabilità fisica e neuropsicologica, più raramente di disabilità sociale, mentre è noto come difficoltà di reinserimento sociale sono determinate da deficit cognitivi e comportamentali oltre che motori. Proprio in relazione alla rilevanza sociale della problematica, negli ultimi anni ha acquisito sempre più importanza il concetto di "qualità di vita", intendendo con tale termine fare riferimento alla dimensione sociale e culturale del soggetto. In una prospettiva interdisciplinare è in-

[1] Cimino L., Vasapollo D. *Riflessioni medico-legali sui disturbi della coscienza*. Bollettino Notiziario, 8: 12, 2017.

fatti di fondamentale importanza ai fini prognostici correlare gli esiti neuromotori, neurosensoriali e neuropsicologici con la qualità di vita del traumatizzato cranico così come viene percepita dal paziente e dal suo *caregiver a medio e lungo termine*.[2]
Dalla disamina della letteratura si evince che, con l'eccezione della cerebropatia anossica, in cui l'assenza bilaterale dei potenziali evocati somatosensoriali e l'assenza di reattività pupillare costituiscono indice prognostico negativo precoce[3], non sono ad oggi disponibili indagini strumentali o indici prognostici attendibili, soprattutto in fase precoce, in grado di predire quale sarà l'*outcome* di questi pazienti. Sulla base di tali considerazioni, si può ritenere che la prognosi di recupero migliore avviene: 1) nei casi a eziologia traumatica rispetto a quelli di natura vascolare e anossica[4]; 2) per minor gravità iniziale del coma, misurato con la *Glasgow Coma Scale* (GCS), in particolare il sub-item motorio[5]; 3) in caso di minor intervallo di tempo evento/ricovero riabilitativo; maggiore, infatti, è il livello funzionale al ricovero (DRS) e l'entità del cambiamento funzionale (delta DRS) nelle prime 2 settimane di ricovero, migliore sarà la prognosi di recupero favorevole; 4) nei casi in cui vi sia stata una minor durata del periodo di non responsività (coma e SV) e di (PTA); 5) nei casi di pazienti in MCS rispetto a quelli in SV[6]; 6) nei soggetti di età inferiore rispetto ai più anziani, con un'età *cut-off* intorno ai 40-45 anni, con l'eccezione dei primi anni di vita.
Sulla base di questi elementi si evince che il progressivo aumento dell'età media dei pazienti e la prevalenza delle GCA non traumatiche sono due elementi indicativi di una maggior complessità clinico-assistenziale e di una peggior prognosi di recupero dei pazienti che accedono nei reparti di riabilitazione intensiva, con tutte le conseguenze

[2] Rigon J., Bivone U., Longo E. et al. Dalla valutazione neuropsicologica alla qualità di vita del paziente con trauma cranio-encefalico (TCE). In: Taggi F., Marturano P. (a cura di) Salute e sicurezza stradale: l'Onda lunga del trauma. CAFI Editore, Roma, 2007.
[3] Zandbergen E., Prediction of poor outcome within 3 days of post-anoxic coma, 2006. In: Neurology; 66(1), pp. 62-68.
[4] MSTF Multi-Society Task Force on Persistent Vegetative State, Statement on medical aspects of the persistent vegetative state, 1994. In: New England Journal of Medicine; 333, pp. 1499-1508.
[5] Lee et al., Accuracy of clinical signs, SEP and EEG in predicting outcome of hypoxic coma. A meta-analysys, 2010. In: Neurology; 74, pp. 572-580.
[6] Taylor C.M., Aird V.H., Robyn L., Tate R.L., Lammi M.H., Sequence of Recovery During the Course of Emergence From the Minimally Conscious State, 2007. In: Arch Phys Med Rehabil; vol. 88, April, pp. 521-525.

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

BOLOGNA - VIA DELL'OSSERVANZA, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Reparti degenza:
- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Ambulatorio Centro Nuove Dipendenze
(gioco d'azzardo patologico, Internet, ecc.)
Tel. 329.0887517
Coordinatrice Dott.ssa Arianna Torroni
Medico Chirurgo Specialista in Psichiatria

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

organizzative, economiche e sociali che ne derivano, anche quelle a lungo termine, tanto che risulta in aumento il numero di persone con grave/gravissima disabilità residua che necessitano di accoglienza in strutture extraospedaliere ad alta valenza assistenziale, non potendo essere riaccolti a domicilio. La conferma del fatto che non disponiamo di indici prognostici precoci in grado di fornirci una previsione attendibile delle possibilità di recupero del singolo paziente conferma, inoltre, anche sul piano etico, la raccomandazione della Giuria della prima Conferenza di Consenso di Modena, nel 2000, secondo cui occorre garantire a tutti i pazienti con GCA, salvo poche controindicazioni maggiori, almeno una prima fase di ricovero in strutture riabilitative di alta specialità, per evitare che la decisione di una prognosi precoce troppo negativa e una altrettanto prematura sospensione di terapie si traduca in una profezia negativa che si autoavvera. Rispetto al rischio di decesso in seguito a GCA, tutti gli autori concordano sul fatto che c'è una prima fase precoce con probabilità di decesso per i pazienti con TCE, tra il 51 e il 19%[7]. Dopo tale periodo le probabilità che il decesso avvenga in fase tardiva tendono a ridursi di quattro-cinque volte rispetto al periodo precedente. Tuttavia, i dati attuali sulla mortalità in fase "tardiva" sono poco affidabili, vista l'assenza di *follow up* a lungo termine e il dato che le moderne tecnologie di nursing favoriscono la buona gestione a lungo termine e quindi progressivamente aumentano le aspettative di sopravvivenza anche dei più gravi. Da queste premesse appare pertanto evidente che le problematiche medico-legali inerenti la tematica relativa alla presumibile aspettativa di vita dei soggetti gravemente traumatizzati a livello encefalico risultano assai complesse, come peraltro evidenziato dagli autori che si sono occupati di questo difficile tematica[8] e cui si rimanda per un approfondimento del tema. Infatti, come abbiamo già sottolineato, il problema del tempo di sopravvivenza rappresenta uno di quei difficili aspetti medico-legali che merita particolare attenzione per i riflessi risarcitori.

È di tutta evidenza che l'aspettativa di vita dei soggetti affetti da gravissime disabilità è sicuramente inferiore a quella media dei soggetti di pari età ed anche che la gravità del quadro è inversamente proporzionale alla sopravvivenza, nel senso che maggiore è la compromissione delle capacità del soggetto, minore è la sua aspettativa di vita. Tuttavia è importante sottolineare che tale valutazione non si identifica con il giudizio prognostico della persona esaminata e, quindi, con la sopravvivenza reale nel caso specifico, giudizio che è impossibile dare; essa si riferisce, invece, al numero medio di anni di vita che una persona di una certa età statisticamente ha, con riferimento alle sue specifiche condizioni e ad un gruppo altrettanto statisticamente significativo di soggetti di pari età e in pari condizioni cliniche. I principali parametri di riferimento dal quale dipende l'aspettativa di vita sono rappresentati oltre che dall'età del soggetto, dalle capacità funzionali di base (capacità motorie e di alimentarsi) e dalle capacità cognitive, ma, in ogni caso, il giudizio, per quanto indirizzato alle caratteristiche del soggetto esaminato, non potrà essere esattamente e concretamente personalizzato. La immobilità (o la residua mobilità), come detto, rappresenta il più importante singolo fattore statistico predittivo del rischio di mortalità; inoltre, se un soggetto immobile è in grado di essere alimentato da altri la sua aspettativa di vita raddoppia, se è presente qualche capacità motoria seppure residuale, la aspettativa di vita raddoppia ancora.

I tempi di sopravvivenza sono stati ricalcolati (dagli stessi studiosi) rispetto a ricerche condotte anni prima[9], stante la maggiore coscienza scientifica su tali questioni per cui oggi la sopravvivenza dei grandi disabili è maggiore rispetto a decenni orsono, ragion per cui i diversi autori che si sono occupati del difficile tema hanno aggiornato i loro dati rispetto a precedenti studi mantenendo, tuttavia, il riferimento ai parametri più significativi rap-

[7] Danze F., Veys B., Lebrun T. et al., Prognostic factors of post-traumatic vegetative states: 522 cases, 1994. In: Neuro-Chirurgie; 40, pp. 348-357.

[8] Mastroroberto L., Mela F., Aspettativa di vita nel traumatizzato cranico in Il Risarcimento per le macrolesioni. Aspetti giuridici, medici e assicurativi (a causa di Cannavò G. e Liguori M.) Maggioli 2010; Ronchi E., Mastroroberto L., Genovese U., Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente, Giuffrè, 2015.

[9] Hutton J.L., Cooke T., Pharoah, P. Life expectancy in children with cerebral palsy, British Medical Journal, 309, 431, 1994; Strauss D., Shavelle R.M. Life expectancy of person s with chronic disabilities, J. Insur. Med., 30, 96, 1998; Hutton J.L., Pharoah, P. Effects of cognitive, motor, and sensory disabilities on survival in cerebral palsy, Archives of Disease in Childhood, 86, 84, 2002; Strauss D., Shavelle R.M., et al. Life expectancy in cerebral palsy: an update, Developmental Medicine & Child Neurology, 50. 487, 2008; Brooks J., Strauss D., et al. Recent trends in cerebral palsy survival. Part I: period and cohort effects, Developmental Medicine & Child Neurology, 55, 1059, 2014; Brooks J.C., Strauss D., et al. Recent trends in cerebral palsy survival. Part II: individual survival prognosis, Developmental Medicine & Child Neurology, 56, 1065, 2014.

presentati, come detto, dall'età (e dal sesso), dalle funzioni motorie residue, dalle modalità di alimentazione, dall'insorgenza di complicanze, dalle residue capacità cognitive, ecc.; sono importanti, inoltre, le qualità delle cure e il tipo di assistenza praticato. In definitiva, l'analisi della letteratura degli ultimi anni che si è occupata del calcolo delle aspettative di vita dei soggetti affetti da *impairment* cerebrale fornisce al medico legale gli strumenti per giungere ad una valutazione sulle aspettative di vita di tali soggetti e, dunque, sul numero di anni di cui occorre legittimamente tener conto per capitalizzare le spese future di assistenza. Infatti lo studio della letteratura sottolinea il fatto che, pur discutendosi dello stesso gruppo di pazienti, all'interno del quale la maggior parte dei soggetti sono portatori di gravissimi handicap e, dunque, di danni permanenti biologici elevatissimi, vi è la possibilità di analizzare alcune caratteristiche della condizione menomativa che hanno implicazioni prognostiche *quoad vitam* di maggiore rilievo rispetto ad altre, fino a consentire la identificazione di quei soggetti che hanno attesa di vita maggiore e, dunque, necessità per più tempo di supporti assistenziali e terapeutici. Corre l'obbligo di segnalare, tuttavia, che i numerosi studi presentano molti limiti metodologici importanti, rappresentati dal numero ridotto dei pazienti, l'elevato numero di casi persi al follow-up, mancanza di "blind assessors"; inoltre, i contesti in cui sono eseguiti sono i più diversi e con molti elementi confondenti. Anche l'indicazione di alcuni case-report è un altro dato confondente, così come i casi segnalati di tanto in tanto dai mass-media che indicano con clamore una sopravvivenza per molti decenni. A volte la popolazione oggetto di studio non è del tutto omogenea sia per quanto riguarda l'età dei pazienti sia con riferimento alla causa che ha determinato la menomazione cerebrale. In conclusione la stima dell'aspettativa di vita in questi pazienti è difficile da valutare in modo scientificamente rigoroso. La difficoltà di applicare i metodi dell'Evidence Based Medicine al tema in esame è la medesima per tutti gli studi prognostici ed è una difficoltà che deriva principalmente dalla mancanza di chiarezza nell'indicizzare questo tipo di studi (che si traduce in una difficoltà di idonea ricerca bibliografica), dalla bassa qualità complessiva degli studi derivante principalmente dal loro disegno e dal basso numero di pazienti coinvolti, dal modo in cui gli studi vengono illustrati, dalla difficoltà di estrarre dati da studi condotti in diversi contesti e di diverso disegno ed analisi.

Medicina Tradizionale Cinese Accademia

ACCADEMIA DI MEDICINA TRADIZIONALE CINESE BOLOGNA

(Direttore Dr. Giorgio Di Concetto)

SO-WEN

In cooperazione con il centro collaborante dell' O.M.S dell'Università di Milano

• CORSO TRIENNALE DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE A NUMERO CHIUSO

• FREQUENZA AMBULATORIALE INTENSIVA
(max 3 allievi a giornata)

• FORMAZIONE CONTINUA CON FREQUENZA AMBULATORIALE
(per Medici già diplomati)

25 Crediti E.C.M. ogni anno di corso.

Per informazioni: Segreteria SO-WEN Tel. 02 40098180
e-mail: giorgio.diconcetto@libero.it
www.accademia-mtc.eu

Le malattie a trasmissione sessuale oggi e domani

Valeria Gaspari, Antonietta D'Antuono

Le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST), o Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) sono costituite da un vasto gruppo di malattie infettive diffuso in tutto il mondo, il cui contagio si verifica attraverso rapporti e/o contatti sessuali. Gli agenti eziologici sono numerosi, circa una trentina (tabella 1).

Esse possono essere sintomatiche (acute o croniche) o anche completamente asintomatiche, possono determinare complicanze a lungo termine e, interessando milioni di persone ogni anno, impegnano ingenti risorse finanziarie per i servizi sanitari ad esse preposte. Oltre che tramite rapporti sessuali, la trasmissione può verificarsi anche mediante sangue (trapianti di tessuti e organi) o dalla madre al feto in corso di gravidanza e/o mediante passaggio del nascituro dal canale del parto. La dinamica di trasmissione è caratteristica all'interno di una popolazione: vi è una fase iniziale limitata a gruppi ad alto rischio con elevati tassi di infezione ed alta frequenza di partners sessuali. Da questi gruppi la malattia si trasmette a popolazioni a rischio "minore" e, da quest'ultima, alla popolazione generale. La vulnerabilità della trasmissione delle MTS è influenzata dall'infettività della singola patologia, dalla sua durata e dalle interazioni tra l'ospite ed il patogeno.

Perché nel 2017 è così importante continuare ad aggiornarsi sulle MTS? Per le "epidemie" emergenti di malattie che si consideravano debellate: la sifilide ed il linfogranuloma venereo (LGV), in particolare negli Uomini che fanno Sesso con Uomini – Men who have Sex with Men (MSM) – e nei paesi occidentali in generale; per l'incremento dei tassi di sifilide in gravidanza; per la diffusione di ceppi di gonococco resistenti; per gli HPV oncogeni (sempre di più considerati responsabili, oltre che del carcinoma della cervice uterina, anche del carcinoma anale e del cavo orale). Le MST rappresentano, inoltre, la principale causa prevenibile di infertilità, soprattutto femminile (i patogeni responsabili sono Neisseria gonorroheae e Chlamydia trachomatis). Di grande attualità sono, infine, i nuovi determinanti di rischio (social network ed Internet in generale) e tutto il cosiddetto "sommerso": si calcola che siano 40.000 gli italiani HIV-positivi non a conoscenza del loro stato sierologico, che la sifilide in Italia sia sottostimata del 150-400% e che siano inconsapevoli di essere affetti da Clamidia 5 ragazzi e 7 ragazze su 10. Quanto appena detto porta a chiederci se la prevenzione attuale sia, pertanto, realmente efficace, o se, piuttosto, si debbano trovare delle nuove strategie di prevenzione di tali malattie.

Non dimentichiamo, inoltre, che le MST rappresentano anche un importante indicatore di rischio per l'infezione da HIV, condividendone le modalità di contagio (trasmissione sessuale, ematica e placentare). Inoltre le MST (specie quelle ulcerative) costituiscono una porta d'ingresso per il virus HIV e l'infezione da HIV può talora condizionare l'andamento delle MST. Per questi motivi le strategie di prevenzione devono essere integrate ed è importante proporre l'esecuzione del test HIV a tutte le persone affette da una MST.

Da un punto di vista epidemiologico, se per la sifilide ed il LGV possiamo parlare di vere e proprie epidemie, possiamo anche affermare che vi è un'incidenza in crescita di tutte le MTS in tutto il mondo. La World Health Organization (WHO) ha stimato nel 2013 la presenza di 498,9 milioni nuovi casi di MST curabili/anno/mondo (sifilide - gonorrea - infezione da Chlamydia - trichomoniasi). Di questi, 2/3 colpivano soggetti

di età < 25 anni, ed il 53% erano maschi. L'epidemiologia delle MST si basa su dati eterogenei, che non permettono una valutazione univoca della loro diffusione. Alcuni paesi dispongono infatti di Sistemi di Sorveglianza dedicati, altri ne sono privi. I dati italiani si basano sulle notifiche, spesso disattese, ma obbligatorie per legge, che pervengono agli uffici di igiene pubblica, e sui dati provenienti da un Sistema di Sorveglianza Sentinella (costituito dai centri di sanità pubblica a cui affluisce la maggioranza dei casi), elaborati e pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Su scala mondiale, si basa invece sulle stime prodotte dall'WHO e dal Center of Diseases Control (CDC) di Atlanta (tabella 2).
Le problematiche presentate dalle MST non sono soltanto sanitarie, ma anche economiche e sociali, con un forte impatto sulla collettività e sui singoli. Per questi motivi, è giustificata l'esistenza di strutture dedicate, quali i Centri MST, istituiti nel 1991 dall'ISS dalle ceneri dei vecchi "dispensari dermo-celtici", o dispensari per malattie veneree. I "moderni" Centri MTS, localizzati per lo più presso strutture dermatologiche, si occupano di diagnosi e cura, ma anche, a fronte delle attuali esigenze, di prevenzione, epidemiologia e counselling delle MST. Il centro MTS di Bologna afferisce all'U.O. di Dermatologia del Policlinico S. Orsola - Malpighi, diretta dalla Prof. ssa Annalisa Patrizi. Il team è composto da 2 specialisti in dermatologia e venereologia (Dr.ssa Antonietta D'Antuono e Dr.ssa Valeria Gaspari) e da un infermiere professionale (IP Rita Adragna). Il servizio prevede un accesso libero (senza impegnative e appuntamenti), gratuito, anonimo, dal lunedì al venerdì, dalle 7:30 alle 11. Effettuiamo circa 4.000 prime visite l'anno e circa 30.500 visite l'anno. Le visite specialistiche possono prevedere, a seconda della patologia, una diagnosi clinica (ad esempio per l'HSV, l'HPV), o una diagnosi sia clinica che eziologica, basata su esami di laboratorio, sia ematici che su tampone per colturale e/o PCR. A seguito della visita, ha luogo l'atto terapeutico che non prevede una mera prescrizione o somministrazione di un farmaco. Essa prevede, infatti, anche un'attività estremamente accurata di counselling. Essendo, infatti, le modalità di contagio legate alla sessualità, la MTS pongono notevoli problematiche personali, relazionali e psico-sociali. Pertanto l'approccio che, nella nostra quotidianità, teniamo verso il paziente non è di tipo esclusivamente clinico. È per noi imprescindibile, nell'atto terapeutico, dedicare in corso di visita un momento di "colloquio" che si configura come una vera e propria azione di supporto terapeutico alla decisione del paziente, il cosiddetto counselling. Tale momento rappresenta una tappa fondamentale dell'informazione al paziente, serve per alleggerire il peso della malattia, per far meglio comprendere e accettare diagnosi e terapia, nonché per aiutarlo nelle scelte e accrescere la percezione del rischio.
Per ciò che concerne l'attività di prevenzione, essa riguarda lo screening delle principali MTS, in particolare dell'HPV, della Chlamydia, e delle principali MTS negli adolescenti, nelle donne e negli MSM.
Il principio che muove ogni attività nel nostro Centro è il controllo delle MST come priorità di salute pubblica (WHO).
Ricordiamo infine, che come centro afferente ad una clinica universitaria, svolgiamo attività di ricerca, in collaborazione con l'UO di Microbiologia, e agli altri Centri MTS italiani. Tale attività, al momento, è dedicata alle problematiche emergenti sovra-enunciate: l'epidemia di LGV e le proctiti, in particolare negli MSM; gli HPV oncogeni; i ceppi di gonococco resistenti (assieme all'ISS), la tipizzazione dei ceppi di Treponema pallidum circolanti in Italia.
Andando un po' più nel dettaglio, le MST di più frequente osservazione nel nostro Centro MTS e/o di più significativo impatto sono quelle di natura batterica o virale.
Tra le batteriche ricordiamo alcune caratteristiche cliniche della sifilide. È provocata da un batterio, il Treponema pallidum ed evolve attraverso tre stadi caratteristici: fase primaria, con le "ulcere" (sifilomi), a livello genitale e in tutte le sedi in cui è avvenuto il contagio, che insorgono dopo 10-90 giorni dal contagio; fase secondaria, con le tipiche

Tabella 1 – Patogeni sessualmente trasmissibili

BATTERI	VIRUS	PROTOZOI	FUNGHI	ECTOPARASSITI
Neisseria gonorrhoeae Treponema pallidum Chlamydia trachomatis Haemophilus ducreyi Klebsiella granulomatis Ureaplasma urealyticum Mycoplasma genitalium Gardnerella vaginalis Shigella spp Campylobacter spp	Human immunodeficiency virus Herpes simplex virus Herpes virus tipo 8 Cytomegalovirus Poxvirus Human papillomavirus Virus epatite A, B, C	Trichomonas vaginalis Entamoeba histolytica Giardia lamblia	Candida albicans e spp.	Phthirus pubis Sarcoptes scabiei

Tabella 2

MST EPIDEMIOLOGIA NEL MONDO	EPIDEMIOLOGIA MST IN EUROPA	MTS EPIDEMIOLOGIA IN ITALIA
– 498.9 milioni nuovi casi di MST curabili/ anno/mondo (sifilide - gonorrea - Chlamydia- trichomoniasi) - – 75% adulti di 15-49 anni – 53% maschi	– 46.8 milioni nuovi casi/anno – 39% nella fascia 15-24 – 70% uomini – infezioni da Chlamydia le più segnalate – gonorrea: 2° IST più segnalata – sifilide 22.237 casi – 830 LGV	– 103.028 casi incidenti dal 1991 al 2013 – 20% dei casi giovani di 15-24 anni – 70.4% uomini – condilomi 35.9% del totale IST – Chlamydia prevalenza 2.3% – gonorrea maschi 2.2%; femmine 0.1% – sifilide I-II > tra giovani maschi spec. omosex (7585 casi, il 9.6% del totale delle infezioni); 800% dal 2006 al 2008
EPIDEMIOLOGIA INFEZIONE DA HIV NEL MONDO	**EPIDEMIOLOGIA INFEZIONE DA HIV IN EUROPA**	**EPIDEMIOLOGIA INFEZIONE DA HIV IN ITALIA**
-35 milioni di persone viventi con HIV al 2013	-29.157 nuove diagnosi nel 2013	-3695 nuovi casi nel 2014 -95.000 persone viventi con HIV

"macchie" (roseola) o papule (sifiloderma), localizzate in particolare al tronco, a mani e piedi e ai genitali; fase terziaria, in una minoranza dei casi, con specifiche lesioni cutaneo-mucose e con patologie d'organo (neurologiche, cardiache, ecc.). La diagnosi di sifilide è basata sull'esperienza dello specialista, sia a livello clinico, che di capacità di interpretazione degli esami di laboratorio specifici, che vanno sempre eseguiti e controllati nel tempo. La terapia consiste nella somministrazione di penicillina (salvo allergie) per via iniettiva. La sifilide, a torto considerata una "malattia d'altri tempi" è molto diffusa e si associa spesso all'infezione da HIV.

Tra le malattie batteriche ricordiamo ancora le patologie da Neisseria gonorrhoeae e da Chlamydia trachomatis, che possono provocare uretriti, cerviciti, proctiti e faringiti, a seconda del sesso e delle modalità di contagio. In particolare, la gonorrea può, soprattutto nell'uomo, provocare secrezioni purulente abbondanti (il classico "scolo"). Hanno un'incubazione breve (da pochi giorni a un mese). Se non trattate, possono indurre complicanze, come le prostatiti nell'uomo e la Malattia Infiammatoria Pelvica (MIP) nella donna. La diagnosi va fatta con test di laboratorio specifici, tenendo conto che molti casi possono essere asintomatici. La cura si effettua con antibiotici mirati.

Più difficile è l'approccio alle MST virali, in particolare da herpes virus (HSV) e da papillomavirus (HPV), che possono essere presenti senza mostrarsi e le cui manifestazioni cliniche visibili possono recidivare, anche per lunghi periodi, o slantentizzarsi in corrispondenza di "cali" immunitari. L'herpes genitale si manifesta con le classiche vescicole disposte a grappolo, o con erosioni e croste e con interessamento linfonodale. La guarigione è spontanea, o accelerata dall'uso di antivirali specifici. Il virus HPV, con i suoi numerosi ceppi, può essere responsabile delle verruche genitali (dette anche condilomi o "creste di gallo"), per lo più associate agli HPV di tipo 6 e 11, considerati benigni; oppure possono dare alterazioni alla cervice uterina, che vanno trattate dal ginecologo, che potrà stabilire

la necessità di identificare il ceppo responsabile (gli HPV 16 e 18, in particolar modo, sono riscontrati nella quasi totalità delle neoplasie del collo dell'utero). La terapia delle verruche genitali può essere chirurgica o avvalersi dell'uso di topici specifici, prescritti dallo specialista. Si tratta di virus estremamente diffusi a livello di popolazione generale. Si calcola, infatti, che l'80% della popolazione sessualmente attiva sia venuto a contatto almeno una volta con l'HPV.

In conclusione, le MST, lungi dall'essere malattie del passato, rappresentano una problematica di grande attualità e di forte impatto sanitario, sociale ed economico, con alcuni aspetti emergenti.

Le MST rappresentano la principale causa prevenibile di infertilità, soprattutto femminile, nel mondo; soprattutto per le infezioni da Chlamydia, molto comuni in giovane età, si prospetta la necessità di approntare programmi di screening per le adolescenti, già in corso in alcuni paesi europei. Una particolare attenzione va dedicata ai casi sempre più frequenti di resistenze antibiotiche nelle infezioni gonococciche. Un altro problema emergente riguarda l'attuale andamento epidemico della sifilide, con le ricadute che può avere sulla gravidanza, o sull'infezione da HIV. Anche le infezioni virali, in particolare quelle da HPV, sono significative, in particolare sul fronte della prevenzione oncologica. Infine, non dimentichiamo tutti i casi che non vengono diagnosticati, perché asintomatici, misconosciuti, o trascurati, che continuano a mantenere elevato il potenziale di diffusività e che giustificano l'incremento delle risorse per diagnosi, prevenzione e counselling delle MST.

BIBLIOGRAFIA

Saurat J. - H. Dermatologia e malattie sessualmente trasmesse edizione III. Milano: Hoepli; 2006.

Treatment guidelines for sexually transmitted diseases. CDC's Division of STD Prevention; 2015.

UNAIDS Global Report; 2013.

ECDC Europa; 2014.

Not Ist Super Sanità 28: 3-47; 2015.

ATTENZIONE: BOLLETTINO NOTIZIARIO CARTACEO AL PROPRIO DOMICILIO!

Egregi Colleghi desidero informarVi che il Consiglio Direttivo ha deciso di allestire il Bollettino Notiziario di questo Ordine, a partire dal 1° gennaio 2018, solamente in formato digitale e sarà posto mensilmente sul sito www.odmbologna.it

COLORO CHE VORRANNO CONTINUARE AD AVERE IL BOLLETTINO IN FORMATO CARTACEO SPEDITO AL PROPRIO DOMICILIO DOVRANNO INOLTRARE FORMALE RICHIESTA ALLA SEGRETERIA all'indirizzo segreteria@odmbologna.it o per Fax al n. 051/303864, con scritto: BOLLETTINO STAMPA.

Questa decisione si è resa necessaria per la riduzione delle spese di stampa e spedizione.

I risparmi ottenuti saranno destinati all'organizzazione di eventi ECM.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
(Dott. Giancarlo Pizza)

Al Senato della Repubblica e a Montecitorio si parla di Donne e Cancro: prima e dopo

di Silvia Pogliaghi

Nei giorni scorsi, Roma è stata la capitale delle Donne: si sono tenuti infatti, due importanti convegni che avevano come tema comune il cancro al seno.
A Montecitorio, il 12 settembre si è svolto il Convegno "*Il reinserimento nel mondo lavorativo e sociale delle donne operate al seno*" – Risultati dello studio su 1442 donne condotto da AUSL Bologna e Associazione Onconauti. Onconauti si definiscono persone che, terminati i trattamenti per una malattia oncologica, hanno iniziato il lungo viaggio verso la guarigione. Negli Stati Uniti vengono chiamati Cancer Survivor. L'Associazione Onconauti, con sede principale a Bologna, ha come mission il promuovere cambiamenti delle abitudini e degli stili di vita degli Onconauti al fine di favorire uno stato di benessere mente-corpo e una possibile riduzione del rischio di recidive.
Stefano Giordani, direttore scientifico dell'Associazione Onconauti ha esposto la relazione conclusiva dello studio: 1578 le donne selezionate (negli anni 2011-2012) età media 52 anni, 841 quelle che hanno accettato di rispondere al questionario, 540 quelle occupate al momento dell'intervento, 95% erano donne italiane, 75% diplomate o laureate, 78% sposate, 219 rientrate al posto di lavoro con disturbi fisici e psicologici, 37 donne non rientrate al posto di lavoro. Lo studio ha permesso l'identificazione dei principali fattori 'predittivi', o 'indici di fragilità' delle problematiche di non rientro al lavoro: la necessità di trattamenti più mutilanti costituisce fattore predittivo importante, 'il vivere da sola' è indice di fragilità, in misura maggiore per le divorziate rispetto alle vedove, e inoltre sono sintomi di fragilità, ulteriori trattamenti chemioterapici, disturbi fisici prima della diagnosi e disturbi psicologici dopo i trattamenti (dolori, fatigue, depressioni), assenza prolungata dal posto di lavoro e età superiore ai 55 anni. Questi fattori predittivi sono meno accentuati nelle donne con istruzione superiore, e minori anche in donne che svolgevano lavori di tipo impiegatizio piuttosto che lavori da operaia. In conclusione, il rientro al lavoro per donne operate di cancro al seno è risultato problematico e lo studio ha rilevato che ad un anno dal rientro i sintomi di malattia cronica persistevano. *Ciò ha delineato l'importanza di un programma riabilitativo personalizzato* – ha illustrato il Prof. Giordani – *fatto di alleanze: cittadino, struttura pubblica e centro, comunità o casa della salute che possa promuovere sani stili di vita, per poter contrastare i disturbi fisici e psichici e* – conclude Giordani – *la conseguente disabilità che colpisce il 50% delle donne che rientrano al lavoro dopo un intervento al seno.*
Ulteriori dati scientifici promuovono il 'ritorno al ben essere' con l'intervento di programmi di riabilitazione che passa anche attraverso la promozione della cultura, migliorando gli stili di vita e il benessere, può quindi facilitare il reinserimento lavorativo. Yoga, alimentazione, arteterapia, come riabilitazione oncologica integrata, supporto psicologico per le donne operate e per i famigliari, il recupero di una buona immagine di sé attraverso trattamanti cosmetici specifici costituisce un primo passo verso il benessere. *Lo sport e l'esercizio fisico inoltre, dovrebbe costituire parte integrante della ricetta del medico* – afferma il Prof. Luca Maria Neri del Dip. di Morfologia , Chirurgia e Medicina Sperimentale dell'Università di Ferrara. Il convegno è stato patrocinato da Asso-

ciazione Onconauti, Società SIMLII, Associazione Nazionale Medici d'Azienda, Fare Rete InnovAzione BeneComune, Federfarma e dalla Camera dei Deputati, alla presenza di Paola Boldrini – componente della XII Commissione Affari Sociali e Sanità della Camera dei Deputati, che ha auspicato *in una riabilitazione basata sulla necessità di migliorare l'efficienza fisica e ritrovare la propria identità.* Il giorno successivo, 13 settembre al Senato della Repubblica ONDA – Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna – ha portato l'attenzione sul TEST BRCA: Call to Action per la prevenzione e cura del carcinoma ovarico e alla mammella. Si è parlato del test che consente di identificare una specifica mutazione genetica che aumenta la probabilità di ammalarsi di cancro al seno o all'ovaio fino all'80% e tuttavia, dal convegno, è emerso che viene proposto solamente a 6 donne su 10 e dopo la diagnosi di cancro a 1 donna su 3. Il messaggio di attenzione sull'argomento è stato lanciato da Onda e dalle Associazioni di Donne e patrocinato da Sigu - Società Italiana di Genetica Umana, Fondazione Aiom, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica, Acto Onlus, l'Alleanza Contro il Tumore Ovarico, aBrcAdaBrA Onlus, Associazione Senonetwork Italia Onlus e Anisc, l'Associazione Nazionale Italiana Senologi Chirurghi. Il forte auspicio è quello, soprattutto quando si parla di prevenzione, è che dalle parole si passi ai fatti.

COLIBRÌ®

Ai Colli

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Servizio di Etnopsichiatria e Consultazione Culturale

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

Le professioni sanitarie: facciamo chiarezza

Le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della Salute sono le seguenti:

PROFESSIONI SANITARIE

Odontoiatra	L. 24.07.1985, n. 409 (G.U.13.08.195, n. 190, S.O.)
Veterinario	L. 08.11.1984, n. 750 (G.U. 10.11.1984, n. 310)
Psicologo	L. 18.02.1989, n. 56 (G.U. 24.02.1989, n.46)
Altri riferimenti normativi: – T.U. delle leggi sanitarie del 1934; – D.M. 28.11.2000, Determinazione delle classi delle lauree universitarie specialistiche, pubblicato nella G. U. 23.01.2001 n.18, S.O. – Direttiva comunitaria 2005/36 del 07.09.2005 – D.L.vo 09.11.2007 n. 206	
Professione	**Rif. normativo Profilo**
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA	
Infermiere	D.M. 14.09.1994, n. 739 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 77/452/CEE e 77/453/CEE L. 18.12.1980, n. 905 (G.U. 31.12.1980, n. 356)
Ostetrica /o	D.M. 14.09.1994, n. 740 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 80/154/CEE e 80/155/CEE L. 13.06.1985, n. 296 (G.U. 22.06.1985, n. 146)
Infermiere Pediatrico	D.M. 17.01.1997, n. 70 (G.U. 27.03.1997, n. 72)
Professione	**Rif. normativo Profilo**
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	
Podologo	D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Fisioterapista	D.M. 14.09.1994, n. 741 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Logopedista	D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Ortottista – Assistente di Oftalmologia	D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115)
Terapista Occupazionale	D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119)
Educatore Professionale	D.M. 08.10.1998, n. 520 (G.U. 28.04.1999, n. 98)
PROFESSIONI TECNICO SANITARIE	
Area Tecnico - diagnostica	
Tecnico Audiometrista	D.M. 14.09.1994, n. 667 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	D.M. 14.09.1994, n. 745 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	D.M. 14.09.1994, n. 746 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Tecnico di Neurofisiopatologia	D.M. 15.03.1995, n. 183 (G.U. 20.05.1995, n. 116)

Area Tecnico - assistenziale	
Tecnico Ortopedico	D.M. 14.09.1994, n. 665 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Audioprotesista	D.M. 14.09.1994, n. 668 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare	D.M. 27.07.1998, n. 316 (G.U. 01.09.1998, n. 203)
Igienista Dentale	D.M. 15.03.1999, n. 137 (G.U. 18.05.1999, n. 114)
Dietista	D.M. 14.09.1994, n. 744 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	
Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	D.M. 17.01.1997, n. 58 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Assistente Sanitario	D.M. 17.01.1997, n. 69 (G.U. 27.03.1997, n. 72)

Altri riferimenti normativi:
- D. Lgs. 02.05.1994, n. 319;
- D. Lgs. 27.01.1992, n. 115;
- Art. 6, comma 3, D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- L. 10.08.2000, n. 251;
- L 26.02.1999, n. 42;
- L. 08.01.2002, n. 1;
- D.M. 29.03.2001, Definizione delle figure professionali, ecc., pubblicato nella G. U. 23.05.2001, n. 118;
- D.M. 02.04.2001, Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato sul S. O. n. 136, G.U. 05.06.2001, n. 128.
- Direttive comunitarie 89/48 CEE, 92/51/CEE e 2001/19/CE

OPERATORE DI INTERESSE SANITARIO

Profilo professionale	Riferimenti normativi
Massofisioterapista	Legge 403/71 Art. 1 c.2 Legge 1 febbraio 2006 n. 43

ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

ARTE AUSILIARIA	Riferimenti normativi
Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici	R.D. 31.05.1928, n. 1334, art. 1.
Ottico	R.D. 31.05.1928, n. 1334, art. 12.
Odontotecnico	R.D. 31.05.1928, n. 1334, art. 11.
Puericultrice	L. 19 luglio 1940, n. 1098

Altri riferimenti normativi:
- D.M 28.10.1992, pubblicato nella G.U. 11.11.1992, n. 266;
- D.M 23.04.1992, pubblicato nella G.U. 18.06.1992, n. 142.

ALTRE FIGURE

	Riferimenti normativi
Operatore socio-sanitario	Acc. Stato – Regioni 22.02.2001 G.U. 19.04.2001, n. 91

Odontoiatria: Intervista al professor Lorenzo Breschi

Intervista di Alessandro Nobili a Lorenzo Breschi, Professore Ordinario, Responsabile dell'insegnamento e del Reparto di Conservativa della Clinica Odontoiatrica dell'Università di Bologna

Ci puoi rievocare la tua storia professionale ed accademica?
La mia storia professionale è cominciata proprio qui, presso l'Università di Bologna dove mi sono laureato. Quindi è proseguita con un Dottorato di Ricerca presso l'Istituto di Anatomia durante il quale ho avuto l'opportunità di frequentare prestigiose università americane come la University of Minnesota (Minneapolis), la University of Texas Health Science Center (San Antonio) e la University of Northwestern (Chicago). Questa esperienze americane hanno premesso di completare la mia formazione. Rientrato stabilmente in Italia, ho insegnato presso l'Università di Trieste per 11 anni, per poi tornare a Bologna con l'insegnamento di conservativa. Oggi, oltre all'attività didattica nel Corso di Laurea e alla Direzione del Master in Odontoiatria Conservativa Estetica, ho l'onore di essere Presidente della Federazione Europea di Conservativa e dell'International Academy of Adhesive Dentistry e Presidente Eletto per il biennio 2018-19 dell'Accademia Italiana di Conservativa e Restaurativa (AIC).

Durante gli ultimi 2-3 decenni l'odontoiatria ha fatto passi da gigante. Quali secondo te i progressi più significativi?
A mio avviso vi sono due aspetti fondamentali che hanno caratterizzato la nostra professione negli ultimi anni: adesione smalto-dentinale ed impianti osteointegrati. In entrambi i casi, si è passati da un'applicazione saltuaria e non riproducibile a definire protocolli standardizzati, tecniche riproducibili e soluzioni altamente durevoli ed estetiche.

Per la tua formazione ed il tuo percorso accademico immagino che avrai avuto modo di conoscere diverse realtà odontoiatriche estere. Come vedi l'odontoiatria italiana a confronto con quella degli altri paesi?
Le realtà odontoiatriche estere dipendono principalmente dal sostegno o meno del sistema sanitario pubblico o dalla presenza di coperture assicurative. In tal senso, l'assistenza odontoiatrica al cittadino è molto differente nei vari paesi, si passa infatti da un sistema "scandinavo" prevalentemente pubblico e basato sulla prevenzione, ad un sistema assicurativo misto tipo Germania, Francia ed Inghilterra fino uno principalmente privato come quello italiano, spagnolo e svizzero. Per quanto riguarda invece la qualità odontoiatrica erogata, certamente l'Italia è vista come paese di grandissima professionalità, non solo per la presenza di una platea di relatori di eccellenza e fama internazionale, ma anche per una media qualitativa altissima delle prestazioni erogate. Inoltre, in relazione alla conservativa diretta e restaurativa, l'Italia rappresenta da sempre eccellenza in conservativa estetica.

Restauri diretti in composito versus intarsi in composito o ceramica. A che punto siamo?
Vi sono vantaggi e svantaggi in entrambe le soluzioni: in generale i fattori discriminanti cruciali nella scelta sono l'elemento antagonista e l'impegno funzionale dell'elemento dentale oggetto del restauro. Provando a generalizzare, in caso di paziente di giovane età, con dentatura naturale o presenza di restauri in resina composita può essere indicato l'intarsio in composito che garantisce versatilità, riparabilità e maggiore economicità. In caso invece di elemento antagonista in ceramica o presenza di numerosi pregressi restauri ceramici può essere consigliabile l'intarsio in ceramica al fine di ottenere un'usura uniforme nel cavo orale.
Unica puntualizzazione da farsi per gli intarsi in composito riguarda il fatto che le resine composite in blocchetti pre-polimerizzati per uso CAD-CAM hanno caratteristiche biomeccaniche nettamente superiori ai materiali compositi da laboratorio.

Si va sempre di più verso i manufatti protesici metal free. Meglio disilicato di litio o zirconia?
La scelta tra zirconia o disilicato di litio è complessa

e prevede differenti indicazioni protesiche. Mi preme comunque raccomandare che i valori di adesione del disilicato di litio alle strutture dentali (molto elevati) non hanno niente a che vedere con i valori di adesione della zirconia (molto bassi) dovuti alla impossibilità di mordenzarne la superficie.

Le aziende commerciali tempestano di novità (vere o presunte) e relative offerte di cosiddetti cementi-resina. Come districarsi in questo "circo Barnum"? Ed ha ancora senso l'utilizzo del vecchio cemento all'ossifosfato di zinco?
Non credo abbia alcun senso continuare ad utilizzare il cemento all'ossifosfato di zinco. Tale formulazione ha innumerevoli problematiche (tra cui quelle legate alla miscelazione), oggi ampiamente superati da cementi resinosi a più recente formulazione. In particolare i cementi vetroionomerici rinforzati con resina ed i cementi self-adhesive hanno completamente sostituito tale materiale, garantendo eccellenti performance a lungo termine nelle medesime indicazioni cliniche.

Serve davvero un materiale apposito (tipo IRM o ZOE) per le otturazioni provvisorie su denti vitali?
Un materiale da restauro provvisorio necessita di alta capacità di sigillo e possibilmente di rinforzo della struttura cavitaria residua per evitare contaminazione e fratture. La prima scelta resta il restauro immediato in resina composita. Non vedo vantaggi ed indicazioni cliniche nell'eseguire restauri provvisori su denti vitali.

Perni endocanalari per ricostruzioni di denti devitalizzati: carbonio, silicio, vetro, metallo, etc... Quali consiglieresti?
Il vero problema nel restauro post-endodontico è l'adesione alla dentina intracanalare, che è nettamente inferiore a quella alla dentina coronale. In presenza di una buona quantità di tessuto dentale residuo coronale, è bene valutare se vi siano davvero le indicazioni per impiegare un perno, soprattutto se si esegue un restauro adesivo indiretto tipo *overlay*. Se si impiega un perno, tuttavia consiglierei l'utilizzo di un perno in fibra di vetro o di carbonio al fine di garantire il rinforzo della struttura dentale residua con materiali a modulo di elasticità simile a quello della dentina.

Sempre le aziende spingono molto sui nuovi mezzi iper-tecnologici: impronte ottiche, scanner intraorali, stampanti 3D per protesi, Laser di vario tipo... Tutte cose peraltro piuttosto costose. Secondo te questo è già il presente, oppure si tratta di marketing spinto che va oltre le attuali reali esigenze ed opportunità?
Sicuramente le nuove metodiche ipertecnologiche rappresentano un'innovazione per il *workflow* nello studio odontoiatrico permettendo una gestione digitale a 360 gradi del piano di trattamento. Tuttavia i costi ancora elevati limitano la loro diffusione, specialmente in realtà medio-piccole che avrebbero difficoltà a sostenerne l'ammortamento dei costi. Considerando l'innovazione digitale pensiamo quanti importanti cambiamenti abbiamo assistito in questi anni attraverso fotografia e radiografia digitale, digitalizzazione dei modelli, pianificazione digitale, e tecnologie CAD/CAM con livello di precisione inaspettati fino a qualche anno fa. In tal senso, a mio avviso l'impronta ottica può essere già considerata il presente, viste le caratteristiche di affidabilità e semplicità, mentre ritengo ci sia tanto ancora da innovare nel campo del software per la progettazione e realizzazione e nella fase di finalizzazione del manufatto protesico.

Di qui a dieci anni quali saranno le principali innovazioni in odontoiatria?
Domanda difficile, anche se certamente i margini di crescita nella programmazione digitale del piano di trattamento e nella navigazione tridimensionale sono immensi. Pensare a bracci robotizzati che eseguono trattamenti odontoiatrici di precisione non è detto che sia un futuro così lontano ed inverosimile.

Nell'epoca di internet e dei franchising odontoiatrici, con cui piaccia o no dobbiamo fare i conti, come è cambiato il rapporto tra il medico odontoiatra ed i pazienti?
A mio avviso il rapporto medico-paziente resta cruciale nel piano di trattamento e nella gestione a lungo termine del successo della terapia odontoiatrica. I pazienti sono esposti a molteplici messaggi, spesso controversi e discordanti, e proprio per questo la centralità del rapporto di fiducia con il proprio odontoiatra resta un punto di forza dell'attività quotidiana. Tuttavia nella realtà dei franchising odontoiatrici che vedono spesso il ricambio di operatori sanitari, questo aspetto può mancare, limitando l'attenzione esclusivamente sulla gestione "tecnica" del paziente.

FondoSanità

Il tuo **Futuro** *sereno*!

LA FUTURA PENSIONE

che le casse previdenziali private potranno garantire, in base all'attuale normativa, non potrà superare il ***50/60% dell'ultimo reddito professionale.***

Si riuscirà a mantenere lo standard di vita abituale dopo aver cessato l'attività lavorativa?

***FondoSanità** è la risposta!*

CHI PUO' ADERIRE

- Medici e Odontoiatri iscritti ENPAM
- Infermieri iscritti ENPAPI
- Farmacisti iscritti ENPAF
- Infermieri, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia iscritti IPASVI
- Veterinari iscritti S.I.Ve.M.P.
- Famigliari fiscalmente a carico dell'iscritto

PER ADERIRE

Vai sul sito www.fondosanita.it compila il modulo di adesione ed invialo a FondoSanità, contestualmente alla copia del bonifico della quota associativa, tramite Pec o posta ordinaria.

I costi direttamente a carico dell'associato sono:

- la quota associativa (una tantum) di ***26,00€***
- la quota (annua) di gestione amministrativa di ***60,00€***

PER INFORMAZIONI

Contattaci ai seguenti recapiti:
Tel. ***06.42150.589/591/574/573***
Fax: ***06.42150587***

Scrivici una E-Mail a:
info@fondosanita.it
segreteria@fondosanita.it
a.troiani@fondosanita.it
l.moroni@fondosanita.it
j.loscrudato@fondosanita.it
fondosanita@pec.it

Vieni a trovarci in:
via Torino 38 – 00184 – Roma

Consulta il sito:
www.fondosanita.it
Seguici su:

Fondo Sanità

(Fondo Pensione Complementare a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie)

FondoSanità, approvato dalla Covip il 26 luglio 2007, è un'associazione senza fini di lucro il cui obbiettivo è quello di offrire un valido strumento di previdenza complementare agli esercenti le professioni sanitarie.

FondoSanità (***Fondo chiuso*** riservato ai lavoratori del settore) si fa preferire ai numerosi ***Fondi "aperti"*** disponibili sul mercato per evidenti e concreti vantaggi:

- ***Associazione senza fini di lucro, quindi nessuna spesa*** per pubblicità e **nessuna commissione** da corrispondere a venditori o agenti.
- Commissioni di gestione (***tra 0,26 e 0,34%) nettamente inferiori*** a quelle dei fondi aperti (tra 0,60% e oltre il 2%), con sensibili differenze nei rendimenti accumulati e, quindi, nel capitale e nella rendita vitalizia (v. COVIP: indicatore sintetico dei costi).
- ***Influenza sulla governance del Fondo*** attraverso l'elezione dei componenti dell'Assemblea dei Delegati e conseguentemente, del Consiglio di Amministrazione.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 2 ottobre 2017

Cognome-Nome	Telefono	Cognome-Nome	Telefono
ARGAZZI NICOLA	328/12.77.853	MARTELLI GIULIA	339/80.88.116
ASSIRELLI CARLOTTA	333/33.21.300	MURATAJ AULONA	327/56.53.502
BELLAROSA CHIARA	349/00.86.479	NOUBEU NOHAM MIREILLE	324/59.33.086
BOSCHETTI LAURA	338/22.23.320	PARPANESI MARCO	331/78.73.556
CHIARINI VALENTINA	349/00.60.601	PELONI AGNESE	333/67.42.699
CIMINO ANNAMARIA	393/45.19.584	PICOTTI ELEONORA	346/35.21.932
CONSOLINI SILVIA	338/26.69.165	SCOZZARELLA ANDREA	347/09.88.659
CUCU SILVIA	380/79.39.244	SUPPRESSA STEFANIA	328/36.22.888
DEL PLAVIGNANO SILVIA	349/57.06.211	TARGA ELENA	335/17.62.161
DONDI RICCARDO	348/92.26.755	TRONCONI GRETA	339/54.50.876
GHELLI IACOPO	334/10.45.893	UGHI MATTIA EFREM	333/27.95.708
GNINGAYE KENGNI FAUSTINE LINDA	327/921.15.94	UZODINMA RAPHAEL IZUCHUKWU	339/74.84.431
KINTRILI ARTEMISIA	392/02.01.009	VALLI VITORIO	337/59.10.23
LAI EMANUELE	347/68.39.429	VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
MAYA GIRALDO PAOLA	380/43.20.438	VENTOLA MATTEO	320/72.49.728
MALDINI MARIO	333/13.12.008	VITTORI ANTISARI GIULIA	348/40.32.512
MANCUSO KATIA	320/48.57.810		

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
AKKAWI IBRAHIM	Ortopedia e Traumatologia	327/70.65.246
BACCINI MARGHERITA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	339/67.55.727
CARDELICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	335/62.20.145
		051/49.29.16
DI LORETO SIMONA	Pediatria	347/06.40.609
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
KINTRILI ARTEMISIA	Microbiologia e Virologia	392/02.01.009
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina Generale	051/44.32.41
		339/48.19.676
NAZIONALE IMMACOLATA	Gastroenterologia	347/36.29.125
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
TESTA GABRIELLA	Pediatria	392/18.18.049
VALLI VITTORIO	Chirurgia Generale	337/59.10.23
VILLALTA VIRGINIA	Odontoiatra	333/83.06.119

PROBLEMATICHE FEMMINILI NELLE DIVERSE FASI DELLA VITA - 3ª edizione

10-11 Novembre 2017

Palazzo Grassi - Circolo degli Ufficiali - Via Marsala 12

Siamo giunti alla terza edizione del percorso formativo dedicato alle "Problematiche femminili nelle diverse fasi della vita". Il convegno si propone di fare il punto attuale sulla gestione clinica, diagnostica e terapeutica della paziente con patologie e problematiche ginecologiche nelle fasi critiche della vita della donna.
Molteplici saranno le tematiche affrontate: dalla contraccezione alla menopausa, al trattamento delle neoplasie ginecologiche eredo-familiari e non ed il relativo approccio psicofisico che da queste deriva, all'incidenza dell'atrofia vulvovaginale nella popolazione femminile "over 40". Ampio spazio sarà dato alla Tavola Rotonda ove saranno discussi i discomfort psicofisici e le ripercussioni nella vita sociale e di relazione nella donna in menopausa e i diversi momenti di discussione permetteranno la partecipazione attiva da parte dell'audience.
Il convegno rappresenterà un momento di aggiornamento, formazione e di incontro nella bellissima città di Bologna. Vi aspetto come sempre numerosi.

Stefania Alfieri

RELATORI & MODERATORI
Dr.ssa Stefania Alfieri (Bologna) - Prof. Marco Gambacciani (Pisa)
Dr. Ezio Bergamini (Reggio Emilia) - Prof. Giovanni Gasbarrini (Roma)
Prof. Guido Biasco (Bologna) Dr.ssa Maria Caterina Manca (Bologna)
Prof.ssa Gloria Bonaccorsi (Ferrara) Dr.ssa Elli Martini (Pavia)
Dr. Gian Luca Bracco (Lucca) - Prof.ssa Anna Maria Paoletti (Cagliari)
Prof. Carlo Bulletli (Cattolica, RN) - Prof. Renato Pasquali (Bologna)
Dr.ssa Isa Canducci (Rimini) - Dr.ssa Lucia Polpatelli (Bologna)
Prof. Mauro Cervigni (Roma) - Dr. Gianni Saguatti (Bologna)
Dr. Diego Ettore Cuzzocrea (Bologna) - Prof.ssa Donatella Santini (Bologna)
Prof. Andrea De Censi (Genova) - Dr. Luca Savelli (Bologna)
Prof. Pierandrea De Iaco (Bologna) - Dr.ssa Cristina Tarabbia (Ferrara)
Dr.ssa Manuela Farris (Roma) - Prof. Stefano Venturoli (Bologna)
Dr. Giovanni Fattorini (Bologna) - Prof. Claudio Zamagni (Bologna)
Prof. Carlo Flamigni (Bologna)

VENERDÌ 10 NOVEMBRE 2017
13:30 Registrazione partecipanti
14:00 Saluto di benvenuto
SESSIONE I - ORMONI E PROBLEMATICHE CORRELATE NELLE FASI CRITICHE FEMMINILI
Moderano: S. Alfieri, S. Venturoli
14:30 Lectio Magistralis "Passato e futuro della biologia femminile" - *Prof. Carlo Flamigni*
15:00 Modificazioni fisiologiche e disfunzionali dell'endometrio: diagnosi clinica ed approccio terapeutico - *C. Bulletti*
15:30 Management ecografico, diagnostico e terapeutico dei sanguinamenti uterini anomali in premenopausa - *L. Savelli*
16:00 Contraccezione dall'adolescenza alla premenopausa - *M. Farris*
16:30 Microbiota per la salute della donna - *G. Gasbarrini*
17:00 Il nuovo obiettivo della medicina attuale: l'approccio di genere - *M.C. Manca*
17:30 Discussione
18:00 Termine della prima giornata

SABATO 11 NOVEMBRE 2017
TAVOLA ROTONDA: DISCOMFORT PSICOFISICO E RIPERCUSSIONI NELLA VITA SOCIALE E DI RELAZIONE NELLA DONNA IN MENOPAUSA CON ALTERAZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO
Moderano: S. Alfieri, D.E. Cuzzocrea
8:30 Menopausa e sessualità: ruolo del pavimento pelvico femminile. Terapie ormonali e trattamento laser Erbium Yag - *M. Gambacciani*
9:00 Disfunzioni del pavimento pelvico e loro impatto nel quotidiano femminile - *G.L. Bracco*
9:30 La chirurgia ricostruttiva e restitutiva nella terza età: nuove tecniche chirurgiche - *M. Cervigni*
10:00 Discussione interattiva
10:30 Coffee break
SESSIONE II
"SICCITA' VULVARE E VAGINALE": il Sahara nelle donne. Epidemiologia, cause, trattamento
Moderano: E. Bergamini, G. Fattorini
11:00 Incidenza dell'atrofia vulvovaginale nella popolazione femminile "over 40" - *E. Martini*
11:20 Atrofia vaginale in donne con neopla-

sia mammaria: è possibile recuperare benessere e qualità della vita? Le evidenze scientifiche - *C. Zamagni*
11:40 Modificazioni istopatologiche della mucosa vaginale nella donna in menopausa spontanea e indotta - *D. Santini*
12:00 Trattamenti alternativi alla terapia ormonale - *I. Canducci*
12:20 Discussione
13:00 Light lunch
SESSIONE III
MENOPAUSA: COME CONTRASTARNE LE SUE CONSEGUENZE PIÙ O MENO SERIE!!
Moderano: S. Alfieri, P. De Caco
14:00 Sfatiamo il mito degli estrogeni cattivi - *M. Gambacciani*
14:20 Steroidi sessuali e cervello: quando l'alleanza si spezza - *C. Tarabbia*
14:40 Nuove frontiere farmacologiche per il benessere in menopausa - *G. Bonaccorsi*
15:00 Menopausa e patologie autoimmunitarie: possibili interazioni - *A.M. Paoletti*
15:20 Aspetti metabolici in menopausa: ormoni sessuali, diabete e menopausa - *R. Pasquali*
15:40 Discussione
16:00 Coffee break
SESSIONE IV
LA NEOPLASIA GINECOLOGICA: PROBLEMATICA DALLE MILLE SFACCETTATURE
Moderano: A. De Censi, D. Santini
16:15 Incidenza e diagnostica del tumore mammario in post menopausa, quadri radiologici controindicanti la TOS - *G. Saguatti*
16:35 Step diagnostici pre-operatori in onco-ginecologia: casi clinici - *P. De Iaco*
16:55 BRCA: conoscerla per combatterla - *G. Diasco*
17:15 TOS e rischio oncologico: il punto di vista dell'oncologo - *A. De Censi*
17:35 Supporto psicologico nel difficile viaggio della malattia - *L. Polpatelli*
17:55 Discussione
18:30 Test di verifica ECM
19:00 Chiusura del Convegno

A.M.A.B. – Associazione Medici Agopuntori Bolognesi
Scuola Italo Cinese di Agopuntura
Scuola accreditata dalla Regione Emilia-Romagna

CORSO DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Il corso è patrocinato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, in convenzione con l'Azienda USL di Bologna e in collaborazione con la Facoltà di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino.
Sede: Bologna, Policlinico Sant'Orsola.
Inizio corso: 16 dicembre 2017
Direzione scuola: Dott. Carlo Maria Giovanardi e Dott. Umberto Mazzanti
Durata: 3 anni, lezioni teorico-pratiche annuali che si svolgono in 9 weekend
Tirocinio clinico pratico presso strutture pubbliche e possibilità di stage presso ospedali e università cinesi.
Titolo rilasciato: Attestato Italiano della Federazione Italiana delle Società di Agopuntura (FISA). L'Attestato ha valore legale su tutto il territorio nazionale e ha la stessa valenza del "Diploma di Master Universitario in Agopuntura" in quanto entrambi ottemperano ai requisiti richiesti dall'art. 4 comma 2 lett. b dell'Accordo Stato - Regioni e soddisfa i requisiti per l'iscrizione ai Registri degli Agopuntori istituiti presso gli Ordini dei Medici Chirurghi provinciali.
Destinatari: Laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatri
Ecm: la partecipazione al corso riconosce "l'esonero dall'obbligo di formazione continua nella misura di 4 crediti per mese di frequenza" in ottemperanza a quanto stabilito dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua.
Quota: € 1.960,00; € 1.360,00 per il primo anno di corso ai neo laureati del 2015-2016-2017.
Segreteria organizzativa: segreteriascuola@amabonline.it, Tel. 3409553985, sito web www.amabonline.it

OTTAVO CONVEGNO DI TRAUMATOLOGIA CLINICA E FORENSE - 15° Corso di Ortopedia, Traumatologia e Medicina Legale - IL TRAUMA. DAL SOCCORSO ALLA PERIZIA

17-18 Novembre 2017

Palazzo dei Congressi - Salsomaggiore Terme (PR)

Presidenti: F.M. Donelli, M. Gabbrielli, G. Varacca

CON IL PATROCINIO DI:
A.I.F.I. - Associazione Italiana Fisioterapisti
A.I.T.O.G. - Associazione Italiana Traumatologia ed Ortopedia Geriatrica
COMLAS - Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale
F.A.M.L.I. - Federazione delle Associazioni Medico-Legali Italiane
FIOTO - Federazione Italiana degli Operatori in Tecniche Ortopediche
G.L.M.M.S. - Groupement Latin et Mediterraneen de Medecine du Sport
ORDINE DEI MEDICI ODONTOIATRI DI PARMA
Gradimento scientifico O.T.O.D.I.
Ortopedia e Traumatologi Ospedalieri d'Italia
S.I.B.O.T. - Società Italiana di Biomeccanica in Ortopedia e Traumatologia
SIGASCOT - Società Italiana del Ginocchio Artroscopia Sport Cartilagine Tecnologie Ortopediche
S.I.M.F.E.R. - Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione
S.I.M.L.A. - Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni
S.L.O.T.O. - Sodalizio Lombardo Ortopedici Traumatologi Ospedalieri

PATROCINI RICHIESTI:
S.I.S.M.L.A. - Sindacato Italiano Specialisti di Medicina Legale e delle Assicurazioni
Nuova A.S.C.O.T.I. - Associazione Sindacale Chirurghi Ortopedici Traumatologi Italiani

Venerdì 17 Novembre 2017 - Sala Congressi
08:00 Registrazione dei Partecipanti
08:20 Inaugurazione del Convegno e Saluto delle Autorità
PRIMA SESSIONE: MECCANISMI PATOGENETICI
Moderatore: F. M. Donelli
08:40 Fisiopatologia del trattamento - *S. Cimbanassi*
08:50 Evidence based surgery - *G. Zanoli*
09:00 Discussione
SECONDA SESSIONE: IMAGING
Moderatori: R. Musumeci, F. Praticò
09:20 Radiodiagnostica del Pronto Soccorso - *A. Vanzulli*
09:30 Cosa fare dopo? - *M. Gallazzi*
09:40 Discussione
1° SESSIONE CHIRURGICA: L'urgenza
Presidente: V. Zottola
Moderatore: E. Mazza
Presidente: B.M. Marelli
10:00 Organizzazione sistema trauma - *S. Cimbanassi*
10:10 Rianimatore - *G. Bassi*
10:20 Trauma cranico - *C. Iaccarino*
10:30 Damage control ortopedico - *F. Bove*
10:40 Valutazione secondaria. Timing di conversione - *D. Tigani, S. Comitini*
10:50 Le lesioni pelviche: trattamento in urgenza - *R. Pascarella, R. Politano*
11:00 Traumi estesi devastanti dell'arto inferiore - *M. Cavanna, M. Berlusconi*
11:10 Amputazioni traumatiche: quando il reimpianto? - *P. Tos*
11:20 Il politraumatizzato dall'ingresso in pronto soccorso alle dimissioni: Profili di rischio clinico - *G. Landi, G. Gualtieri, F.M. Donelli*
11:30 Profili di responsabilità medico legale nell'urgenza - *A. Verzeletti*
11:40 Discussione
12:30 Lunch
2° SESSIONE CHIRURGICA: La stabilizzazione
Presidente F. Ceccarelli
Moderatore: R.G. Angeloni
Discussore: A. Corradi
14:00 Frattura terzo prossimale d'omero. Trattamento protesico - *D. Aliani, M.A. Verdano, E. Vaienti*
14:10 Fratture sovracondiloidee - *R.G. Angeloni*
14:20 Complicanze nelle fratture dell'avambraccio - *R. Adani*
14:30 Instabilità e lussazioni di polso - *F. Torretta*
14:40 Le fratture toracolombari - *P. Giorgi*
14:50 Le lesioni dell'acetabolo - *V. Zottola*
15:00 Fratture prossimali e distali di femore - *E. Sabetta, M. Cappa*
15:10 Il trattamento degli esiti di frattura del piatto tibiale - *S. Romagnoli*
15:20 Le lesioni legamentose del ginocchio - *P. Randelli, R. Compagnoni, L. Pulici*
15:30 Terapie innovative nella riparazione delle lesioni della cartilagine articolare - *G. Peretti, L. Mangiavini*
15:40 Fratture di gambe - *P. Maniscalco*
15:50 Sindrome compartimentale - *A. Corradi, T. Villa*
16:10 Esiti delle lesioni del complesso articolare di Lisfranc - *F. Ceccarelli, A. Corolla*
16:20 La rigenerazione tessutale negli esiti

traumatici - *G.M. Calori, E. Mazza, A Colombo, S. Mazzola, V. Monzani, M. Colombo*
16:30 Discussione
TAVOLA ROTONDA: TECNICHE DI RICOSTRUZIONE NEGLI ESITI DI POLITRAUMA
Presidente: R. Capanna
Moderatore: F. Benazzo
16:50 Le megaprotesi: indicazioni e complicanze - *R. Capanna*
17:00 Le fratture nei tumori - *P.A. Daolio*
17:10 Reimpianto protesico nei fallimenti di artroprotesi d'anca - *M. d'Imporzano*
17:20 La protesi di ginocchio nel trattamento dei traumi acuti e cronici. Indicazioni e risultati - *F. Benazzo*
17:30 Stimolazione con mezzi fisici della osteogenesi riparativa: quale evidenza - *R. Cadossi*
17:40 Problematiche medico legali: la differenza tra errore e complicanza – *A. Osculati*
17:50 Discussione
SESSIONE DI RIABILITAZIONE
Moderatori: F.M. Donelli, G. Varacca, T. Villa
18:10 La gestione della complessità nella riabilitazione - *F. Zaro*
18:20 La gestione riabilitativa nel mieloleso - *M. Spinelli*
18:30 Idrokinesiterapia nella gestione del traumatizzato - *G. Varacca*
18:40 La riabilitazione nel post-acuto - *R. Saggini*
18:50 Il ricondizionamento del gesto lavorativo dell'infortunato sul lavoro - *A. Miccio*
19:00 Efficacia ed efficienza dei dispositivi medici erogati dal tecnico ortopedico - *N. Perrino*
19:10 La criticità nel trattamento fisiatrico e l'eventuale responsabilità produttiva di danno - *M. Lancia, G. Gualtieri, G. Landi, F.M. Donelli*
19:20 Discussione

Venerdì 17 Novembre 2017 - Sala Circolare
CORSO DI AGGIORNAMENTO SPECIFICO IN TRAUMATIOLOGIA DELLO SPORT – La ripresa agonistica
Presidente: F.M. Donelli
Moderatori: A. Calicchio, G. Gualtieri
Discussore: H. Schoenhuber
10:30 Il concetto di idoneità sportiva - *E.M. Rosa*
10:40 Il calcio - *A. Calicchio*
10:50 La pallavolo - *G. Varacca*
11:00 Lo sci - *H. Schoenhuber, P. Capitani*
11:10 L'amputato agonista - *A. Amoresano*
11:20 La tutela dello sportivo in polizza infortuni - *A. Masti, R. Raimondi*
11:30 La tutela dello sportivo in ambito INAIL - *E. Savino*
11:40 Valutazione del danno post-traumatico nelle disarmonie posturali nello sportivo - *F.M. Donelli, R. Saggini, D. Capano, G. Gualtieri*
12:00 La responsabilità del medico sportivo nella concessione della idoneità alla ripresa della pratica sportiva - *A. Migliorini, A. Amadasi*
12:10 Discussione
SESSIONE SPECIALIZZANDI - Ortopedia e Traumatologia
Presidente: T. Corsini
Moderatore: F. Bove
Discussore: E. Mazza
14:00 Presentazione e discussione di relazioni degli specializzandi in ortopedia e traumatologia
16:00 Conclusioni

Sabato 18 Novembre 2017 - Sala Congressi
SESSIONE MEDICO LEGALE
Presidenti: A. Farneti, G. Sessa
Moderatori: P. Fedeli, E. Mazza, L. Nocco, M. Tavani
Discussore: G. Dell'Osso
9:00 Presentazione di un caso clinico - *F.M. Donelli, L. Solimeno*
9:15 SIMULAZIONE DI UN PROCESSO
Attore: D. Vasapollo
Convenuto: R. Zoia
INAIL: L. Polo
Avv. Attorio: L. Isoppo
Convenuto e INAIL: M. De Riso
CTU: M. Gabbrielli, M. Benvenuti
Magistrato L. La Battaglia
Il rischio della medicina difensiva dopo la legge Gelli in questo caso - *M. Saccomanno*
11:00 Coffee Break
11:30 Tavola Rotonda
Il contenzioso nelle menomazioni di interesse traumatologico
Presidenti: F. De Stefano, N.M. Di Luca, A. Tagliabracci
Moderatori: F.M. Avato, M. Martelli, A. Osculati
La nuova legge e la responsabilità dei professionisti sanitari - *F. Gelli*
Gestione del rischio clinico - *M. Martelloni*
Le linee guida - *F. Marozzi*
Nuove procedure per la valutazione del danno - *A. Tagliabracci*
13:00 Lunch
SEMINARIO DI TRAUMATOLOGIA FORENSE
Presidente: M. Gabbrielli, F.M. Donelli
Moderatori: R. Cecchi, M. Benvenuti, L. Nocco
Discussore: G. Dell'Osso
Obiettivazione del danno:
14:00 Semeiotica del traumatizzato nella stabilizzazione clinica - *G. Basile*
14:10 La caduta del paziente anziano: aspetti assicurativi e valutazione dei rischi - *L. Pastorelli*
14:20 Utilità degli accertamenti strumentali invasivi - *A. Aliprandi*
14:30 Il trauma nel minore: aspetti medico legali - *M. Di Paolo*
14:40 Discussione
Aspetti particolari:
15:00 Il trattamento antibiotico nelle fratture esposte: problematiche - *P. Costigliola*

15:10 Necrosi avascolare: terapia rigenerativa. Implicazioni medico legali - *A. Osculati*
15:20 La via giudiziaria dell'errore in traumatologia - *P.G. Macrì*
15:30 La liquidazione del danno terminale - *M.R. Galletti*
15:40 Discussione
Valutazione del danno post-traumatico:
16:00 Danno biologico in ambito RCA - *C. De Rosa*
16:10 La valutazione dello stato anteriore e danno differenziale - *F. De Stefano*
16:20 Valutazione di ulteriore danno nel macroleso con patologia pregressa - *M. Gabbrielli, M. Benvenuti, G. Nucci*
16:30 Valutazione del danno psichico - *M. Gabbrielli, G. Nucci*
16:40 Valutazione medico legale del danno in ambito INPS - *F. Favalli*
16:50 Valutazione medico legale del danno in ambito INAIL - *P. Rossi*
17:00 Discussione
17:20 Conclusione dei lavori

Sabato 18 Novembre 2017 - Sala Circolare
CORSO DI AGGIORNAMENTO SPECIFICO IN TERAPIA RIABILITATIVA
La riabilitazione post acuta e indicazioni alle ortesi
Presidenti: G. Varacca, G. Cortese
Moderatori: R. Malberti
09:00 Appropriatezza della modalità operativa - *A. Bortone*
09:10 I LEA e l'appropriatezza del Progetto di un ausilio - *M. Tavarnelli*
09:20 La riabilitazione nel paziente con frattura vertebrale - *C. Sconza, M. Monticone*
09:30 Le indicazioni alle ortesi e alla scelta delle ortesi - *S. Crippa*
09:40 L'ortesi nella colonna - *C. Testi*
09:50 Analisi Biomeccanica e sistemi preventivi per le piaghe da decubito - *S. De Lisio*
10:00 L'idoneità alla guida nell'amputato di arto superiore - *D. Nicita*
10:10 La rieducazione della colonna nelle disarmonie posturali - *L. Celico, S. Ferrari*
10:30 La responsabilità del fisioterapista e del tecnico ortopedico - *M. Gabbrielli, D. Piergiovanni*
10:50 Valutazione del rischio fratturativo nell'anziano - *S. Callioni, F. Cornacchia, R. Costa*
11.00 Tromboembolia e profilassi. Aspetti medico-legali - *D. Capano, I. Mercurio, L. Fidenzi*

SESSIONE CONSULTA NAZIONALE DEI GIOVANI MEDICI LEGALI UNIVERSITARI
Il giovane Medico Legale e la Legge n. 24/17: tra formazione ed opportunità lavorative
Presidenti: A. Bonsignore, A. Feola
Moderatori: M. Bolcato, S. D'Agati, G. Landi
11:30 Buone pratiche clinico-assistenziali e linee guida
11:40 Responsabilità penale: evoluzione e modifiche alla legge 28 dicembre 2015
11:50 Responsabilità civile del professionista dipendente ed azioni di rivalsa aziendali
12:00 Obbligo di assicurazione aziendale ed estensione della garanzia
12:10 Il medico legale libero professionista e fiduciario di compagnia
12:20 Nomina del CTU e del perito nelle cause e nei processi per colpa medica
12:30 l medico legale nella gestione del rischio clinico
12:40 Sintesi e Conclusioni
14:00 WORKSHOP: IL DOLORE POST-TRAUMATICO
– Il dolore infiammatorio
– Il dolore posttraumatico in ortopedia - *T. Villa*
– Il dolore neuropatico - *M. Perrone*
– Problematiche medico legali - *G. Gualtieri*

SEDE CONGRESSUALE
Palazzo dei Congressi - Salsomaggiore Terme
ISCRIZIONI (IVA compresa)
Medici euro 220,00
Specializzandi euro 80,00
Membri della Consulta Nazionale Giovani Medici legali universitari euro 80,00
Fisioterapisti, Infermieri euro 100,00
Tecnici Ortopedici e Radiologi euro 100,00
Avvocati euro 100,00
Le iscrizioni saranno accettate in base all'ordine cronologico di arrivo e potranno essere effettuate:
– via internet sul sito www.keepinternational.net - pagamento con carta di credito.
– Invio dell'allegata scheda d'iscrizione accompagnata da copia del bonifico effettuato a info@keepinternational.net.
In caso di annullamento, nulla sarà dovuto.

ECM
Crediti Formativi per Anestesisti, Medici di chirurgia toracica, Dermatologi, Epidemiologi, Pneumologi, Medici di medicina del lavoro, Medici dello sport, Fisiatri, Medici di famiglia, Medici legali, Medici di medicina termale, Neurologi, Ortopedici e Traumatologi, Radiologi, Reumatologi, Fisioterapisti, Infermieri, Tecnici Radiologi, Tecnici Ortopedici e Farmacisti.
L'Ordine degli Avvocati di Parma ha riconosciuto per gli Avvocati n. 2 Crediti Formativi per la giornata del 18 novembre

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Keep International S.r.l. - Via G. Vigoni, 11 - 20122 Milano
Tel 02/54122513 - Fax 02/54124871
e-mail: info@keepinternational.net
www.keepinternational.net

V° FORUM DELLA PROFESSIONE ORTODONTICA - Cambio passo della professione: TECNOLOGIA DIGITALE IN ORTODONZIA e non solo

17 - 18 Novembre 2017
Venerdì 17 Sabato 18 Novembre 2017
AC Hotel by Marriott Via Sebastiano Serlio n. 28 Bologna

Programma
CORSO PRECONGRESSUALE VENERDÌ 17 NOVEMBRE
"La Gestione Interdisciplinare in Terapia Orto-Perio"
Ore 14:00 Registrazione ed Iscrizioni
Presidenti di seduta: Andrea Forabosco, Silvia Cuoghi, Matteo Zanarini.
Ore 14:30 Il ruolo dell'Igienista Dentale nell'interdisciplinarietà Ortodontica/Parodontale - *Lorella Chiavistelli*
Ore 15:00 Terapia Ortodontica sui tessuti parodontali: potenziale distruttivo o terapeutico? Cambio di Paradigma - Ortodonzia Distruttiva: i danni ai tessuti dento/parodonto - Ortodonzia Terapeutica / Rigenerativa: il trattamento delle tasche, dei difetti muco gengivali, dei deficit ossei periimplantari - *Carlo Cafiero, Alberto Laino*
Ore 18:00 Question Time con i relatori
Ore 18:30 Chiusura dei lavori

V° FORUM CONGRESSO SABATO 18 NOVEMBRE
"Cambio passo della professione:Tecnologia digitale in Ortodonzia e non solo"
Ore 8:30 Registrazioni ed Iscrizioni
Ore 8:45 Saluto delle Autorità e presentazione "I° Premium SUSO" Presidenti di Seduta: Ersilia Barbato, Mauro Gandolfini, Paola Gandini. Discussant: Damaso Caprioglio
Ore 9:00 Il Digitale 4.0 in gestione Ortodontica - *Giampietro Farronato*
Ore 9:45 Responsabilità Professionale: i confini della nuova legge - *Roberto Longhin*
Ore 10:15 Fotogrammetria 3 D: Le variazioni dei tessuti molli facciali, in terapia Ortodontica - *Eliana di Gioia*
Ore 10:45 Pausa caffè
Presidenti di seduta: Letizia Perillo, Carmen Mortellaro, Corrado Paganelli, Giuseppe Marzo, Stefano Negrini. Discussant: Roberto Deli
Ore 11:15 Il Timing Ortodontico e le nuove Tecnologie - *Luca Levrini*
Ore 11:45 Nuove opportunità di assunzione per il personale di studio - *Marco Lama*
Ore 12:15 Virtual Planning e Splint Operatori in Chirurgia Ortognatica - *Marco Melegari, Alberto Di Blasio, Chiara Di Blasio*
Ore 12:45 Discussione con i relatori
Ore 13:15 Pausa Pranzo
Presidenti di seduta: Maria Grazia Piancino, Giulio Alessandri Bonetti, Luigi Ciaravino, Roberto Giammarini.
Discussant: Domenico Ciavarella.
Ore 14:00 Il Ruolo della comunicazione in Ortodonzia: dalla gestione al paziente - *Pedro Morchon Camino*
Ore 14:30 Ortodonzia in Unione Europea: Opportunità e Prospettive per i giovani - *Roberto Rongo, Gaetano Merone, Emilio Fiorentino*
Ore 15:00 Verifica della Compliance nei dispositivi rimovibili: la tecnologia ci dà una mano - *Pietro di Michele, Michela Ramunno, Roberto Accorsi*
Ore 15:30 La nuova gestione fiscale in Ortodonzia, come farla diventare una Opportunità - *Maurizio Tonini*
Presidenti di seduta: Michele D'Attilio, Raoul D'Alessio, Stefano Negrini.
Discussant: Massimo Ronchin
Ore 16:00 La nuova Ortodonzia linguale: Robot o non Robot? - *Giuseppe Scuzzo, Stefano della Vecchia*
Ore 16:30 La Privacy e la professione Ortodontica: cosa cambia con la Normativa Europea - *Alessandra Leone*
Ore 17:00 Il valore della polizza Assicurativa: Come conoscere la propria - *Gabriella Ceretti*
Ore 17:30 Premiazione: I° Premium SUSO, primi 5 classificati
Ore 18:00 Chiusura dei lavori

CORSO PER IGIENISTI DENTALI E ASSISTENTI ALLA POLTRONA SABATO MATTINA 18 NOVEMBRE
L'Igienista in Ortodonzia: il ruolo della Comunicazione tra Convinzione, Soddisfazione e Fidelizzazione del paziente
Presidenti di seduta: Gianvito Chiarello, Manuela Chiampan, Antonio Cesta
Ore 9:00 *Marino Bindi, Fabrizio Anelli*
Ore 10:00 *Pedro Morchon Camino*
Ore 13:00 Chiusura dei lavori

SEGRETERIA AMMINISTRATIVA
Emmedue Group Formazione
di Marta Traversa & C. Sas
Via Tito Speri, 5 - 10024 Moncalieri (to)
CELL. 366 1736627
ecm@emmeduegroup.it
www.corsiecm.emmeduegroup.it

CONVEGNO 2° EDIZIONE - L'EQUILIBRIO ARMONICO DEL PIANETA UOMO - Le Medicine complementari: supporto per la salute e il benessere

Domenica 26 novembre 2017

Novotel congressi Bologna Fiera Via Michelino 73 - 40127 Bologna

Associazione PROGETTO PIÙ VITA studio-ricerca-formazione OBIETTIVO SALUTE

08:30-09:00 Registrazione partecipanti

09:00-09:10 Saluto di benvenuto e apertura lavori Dr. G. Gianfrancesco

09:15-09:45 Il ruolo delle medicine complementari nell'anziano: supporto terapeutico integrato nella senilità. Il mantenimento cognitivo in ambito geriatrico- il rinforzo costituzionale del terreno biologico come fattore antiossidante: alimentazione corretta, idratazione, movimento, supporti integrativi minerali e vitaminici - *Dr.ssa M. Arcieri*

09:45-10:15 Le ricerche della neuroscienza: supporto olistico psicologico integrato. Il *primum movens* imprescindibile verso la consapevolezza della persona nell'essere padrona del proprio stato di salute psicofisica - *Dr.ssa M. Farinelli*

10:15-10:45 La dolce via: la dinamicità complementare della scienza omeopatica. Il supporto omeopatico: l'approccio "dolce" nella cura, vera e completa dinamicità dell'intervento terapeutico attraverso il colloquio olistico e le strategie naturali per il raggiungimento dello stato di salute e benessere: integrazione e supporto - *Dr.ssa G. Vitelli*

10:45-11:15 Lo sportello olistico in farmacia: un supporto empatico nelle scelte complementari del percorso di cura. L'ascolto e la condivisione: la figura del farmacista olistico come punto di riferimento: la novità in farmacia del punto di ascolto - *Dr.ssa F. Betti*

11:15-11:35 COFFEE BREAK 1 compreso nella quota d'iscrizione

11:40-12:10 Un equilibrio dinamico: il rapporto acido-base della matrice extra cellulare. Il terreno biologico della matrice extra cellulare-equilibrio acido-base: la sua potenzialità come presupposto indispensabile nella visione preventiva dello stato di salute - *Dr. G. Schirripa*

12:10-12:40 Integratori: la qualità delle materie prime - *Dr. L. Tanzi*

12:40-14:00 LUNCH compreso nella quota d'iscrizione

14:15-14:45 La ricerca in fitoterapia e spagyria: la sinergia delle molecole nella prevenzione e nuovi orizzonti terapeutici - *Dr. F. Loparco*

14:45-15:15 L'acqua nell'equilibrio dinamico di salute e la sua biocompatibilità con il sistema uomo: pura, pulita, alcalina e antiossidante - *Dr. P. Salvioli*

15:15-15:45 Nutrizione olistica consapevole- l'aspetto nutrizionale preventivo e terapeutico: cibo, emozioni, mente e comportamenti - *Dr.ssa F. Betti*

15:45-16:15 L'organo aggiunto: il microbiota intestinale e il suo DNA - *Dr. G. Gianfrancesco*

16:20-16:30 COFFEE BREAK 2

16:40-17:40 Discussione interattiva sulle relazioni precedenti

17:40 Test ECM

18:00 Chiusura lavori

Relatori
Margerita Arcieri
Marina Farinelli
Grazia Vitelli
Flaviana Betti
Giuseppe Schirripa
Lorenzo Tanzi
Francesco Loparco
Paolo Salvioli Mariani
Giuseppe Gianfrancesco Resp. Scientifico dell'evento

Comitato scientifico e moderatori
M. Arcieri
G. Vitelli
M. Farinelli
F. Betti
G. Schirripa
G. Gianfrancesco Resp. Scientifico dell'evento

Segreteria organizzativa
Progetto più vita
Via G. Pedretti 204/a Medicina (BO)
E-mail: progettopiuvita@libero.it
Tel. 338 9356778

Evento ECM n° 204958 per tutte le figure professionali riconosciute dal Ministero della Salute
Crediti formativi 7.3 Provider n° 558

CORSO DI AGGIORNAMENTO E COMUNICAZIONE SUL TRATTAMENTO DELLE SCOLIOSI SEVERE AD INSORGENZA PRECOCE ED ASSOCIATE A MALATTIE RARE

4-8 Aprile 2017 - (Dr.ssa Tiziana Greggi)

La scoliosi ad insorgenza precoce eos (early onset scoliosisis) è definita come scoliosi diagnosticata prima dei cinque anni (Figura 1a) . Questi pazienti possono presentare malformazioni della colonna vertebrale congenite, associate a malattie rare con malformazioni toraciche, come coste fuse o mancanti, ma possono anche avere una normale formazione delle vertebre come nelle idiopatiche infantili. È una patologia poco frequente: l'incidenza della scoliosi idiopatica è 1,5% e quella idiopatica infantile rappresenta il 4% di questa popolazione. Tuttavia, la scoliosi ad insorgenza precoce è una questione di salute importante. Questi bambini sviluppano deformità del rachide in giovane età e, se non trattati, sono a rischio di rapida progressione della deformità, con compromissione della crescita fisiologica, dell'aspetto estetico e soprattutto insufficienza polmonare. Viene riportato che, nei pazienti con scoliosi non trattata, il tasso di mortalità aumenta. Ciò avviene più frequentemente nella scoliosi con insorgenza infantile (primi 5 anni di vita), seguita dalle scoliosi giovanile (dai 6 ai 10 anni), a causa soprattutto dell'insufficienza respiratoria. La eos porta counque spesso a gravi deformità in età precoce. Clinicamente si tratta, nella maggior parte, di deformità del rachide con doppie curve principali e alcune hanno una ipercifosi toracolombare importante.

IL TRATTAMENTO

Non esistono linee guida per il trattamento. La maggior parte dei clinici, nei bambini con deformità lievi che presentano curve progressive non congenite, si limita all'osservazione, alla prescrizione di attività fisica o al trattamento con busto ortopedico. Purtroppo è noto che il trattamento con busti ortopedici e gessati, nel trattamento della scoliosi di tipo congenito e neuromuscolare, risulta non efficace. Ciò è particolarmente vero per quei pazienti con un angolo costo-vertebrale (angolo di Metha) > 20 °, indicativo di una curva altamente progressiva. Il busto ortopedico è comunemente utilizzato per curve angolari minori nell'intervallo 20 ° a 30 ° Cobb. Il trattamento con busto ortopedico richiede un utilizzo prolungato, in particolare nei pazienti con scoliosi precoce, e l'efficacia spesso dipende dalla collaborazione dei pazienti e delle famiglie. In molti casi il busto ortopedico non è accettato o è mal tollerato, specialmente quando i piccoli pazienti con curve prossimali toraciche richiedono l'uso di un busto alto tipo Milwaukee.

Trattamento Chirurgico - Artrodesi Vertebrale

La fusione precoce (o artrodesi vertebrale) definitiva è stata sostenuta in passato per i bambini con gravi curve scoliotiche progressive ed in particolare per quelle congenite. Tuttavia, c'è un crescente consenso sul fatto che la fusione spinale precoce produce (ad esclusione di deformità congenite molto selezionate)

Fig. 1 A: S.S. F 26 mesi: severa scoliosi infantile idiopatica, aspetto clinico.

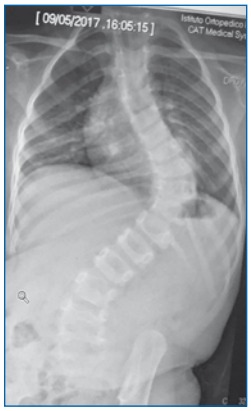


Fig. 1 B: S.S. F 26 mesi: severa scoliosi infantile idiopatica, quadro radiografico pre-op.

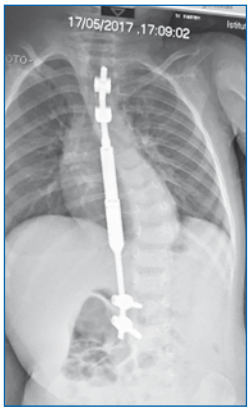


Fig. 1 C: S.S. F 26 mesi: severa scoliosi infantile idiopatica, quadro radiografico post-op. Strumentazione con una barra allungabile magnetica.

Fig. 1 D: S.S. F 26 mesi: severa scoliosi infantile idiopatica, aspetto clinico 3 giorni post-op. dopo intervento mediante mini accesso.

conseguenze polmonari negative. La maggior parte dei chirurghi vertebrali, esperti sulla scoliosi, ora utilizza la fusione come ultima risorsa nei pazienti pediatrici . Esaminato anche in letteratura i risultati a lungo termine della fusione nei pazienti con scoliosi precoce è emerso che dal 37,2% al 39,3% dei casi è stato necessario re-intervenire per la progressione della deformità. Questo si è verificato anche alcuni pazienti trattati con fusione anteriore e posteriore durante la crescita (per ottenere teoricamente una stabilità circonferenziale) . Oltre al fallimento della fusione per controllare la deformità della colonna, la fusione può avere conseguenze negative sulla crescita complessiva del bambino. Il Prof. A. Di Meglio ha eseguito numerosi studi sulla crescita spinale ed ha verificato che il periodo più rapido di crescita spinale si verifica nei primi cinque anni di vita, quando la colonna vertebrale aumenta del 50% della sua lunghezza. È stato inoltre rilevato che tra i cinque anni ei dieci anni la colonna vertebrale continua a crescere, anche se a un ritmo più lento. L'altezza della colonna vertebrale toracica è in media di 11 cm nel neonato, 18 cm dall'età cinque anni e 22 centimetri all'età di dieci anni. Tutto ciò chiarisce perché il trattamento della scoliosi precoce con la fusione spinale in un bambino di cinque anni, può provocare una perdita di crescita spinale di oltre 12,5 cm. Inoltre, la presenza di fusioni costali congenite associate a scoliosi congenita, nei bambini in crescita, possono portare ad un arresto dello sviluppo polmonare . Ciò porta alla sindrome dell'insufficienza toracica, o all'incapacità del torace a sostenere una respirazione normale. È stata osservata La funzionalità polmonare in pazienti che hanno subito una fusione spinale precoce per la scoliosi, ed è stato rilevata l'inibizione della normale crescita toracica. Lo sviluppo normale dei polmoni nel bambino è determinato, infatti, da aumento del numero di alveoli nei primi anni di vita ed un aumento dei volumi polmonari fino all'adolescenza. Per questo motivo la chirurgia con artrodesi definitiva del rachide a questa età può creare una grande limitazione nello sviluppo polmonare.

Chirurgia "Fusionless"

Esistono numerose tecniche chirurgiche, per trattare le deformità del rachide severe ed evolutive, senza bisogno di fusione per controllare la crescita e ritardare la chirurgia definitiva con la fusione. Ricordando che delle fusioni selettive con epifisiodesi o emiepifisiodesi, resezione di emivertebre con fusioni di segmenti brevi possono essere utilizzatie in pazienti selezionati per consentire una graduale correzione di queste curve, bisogna però tuttavia controllare anche l'aggravamento delle defomità estese senza bloccare le crescita della colonna e del torace.

Growing Rods

Per affrontare le limitazioni della spina dorsale o della fusione per la scoliosi precoce, sono state sviluppate, da tempo, delle barre allungabili. Le tecniche di strumentazione includevano inizialmente quelle del secolo scorso impianti come il sitstema di Harrington (ampiamente studiato ed usato come barra allungabile dai Maestri italiani Marchetti e Faldini) , quello di Cotrel-Dubousset o di Luque. Più recentemente, l'amico e Collega Prof. B. Akbarnia (San Diego Center of Spinal Disorders , University of California, già presidente SRS) ha divulgato la tecnica del dual growing rod (prima meccanico poi a controllo magnetico). Il sistema dual growing rod meccanico (che noi usiamo da oltre 10 anni) è costituito da 2 barre allungabili che vengono applicate (secondo la nostra tecnica personale: per via sotto fasciale mini invasiva) ad un segmento spinale con deformità, dove non viene eseguita alcuna fusione. Gli ancoraggi per le barre, sono solo al tratto prossimale e distale del segmento, con uncini o viti peduncolari. La distrazione per gli allungamenti nel tempo, delle barre avviene con accesso chirurgico mininvasivo, di solito ogni sei-otto mesi. Una volta raggiunta la massima crescita spinale o la maturità scheletrica, si esegue l'intervento di fusione definitiva. Con questo approccio, le barre allungabili, controllano la progressione della deformità spinale e correggono gradualmente la deformità. Quando la deformità principale non è quella spinale, ma si associa già ad una importante deformità toracica in età pediatrica, si può usare un paricolare dispositivo spino-costale VEPTR (Vertical Expandable Prosthetic Titanium), messo a punto da R. Campbell nel 2004. Il VEPTR viene poi allungato chirurgicamente con intreventi programmatti come il growing rod. Chiaramente un percorso di trattamento con sistemi allungabili è molto impegnativo per il paziente e per la famiglia, soprattutto per gli interventi chirurgici ripetuti programmati, da sommare a quelli non programmati, causati da fallimenti meccanici (mobilizzazione e rottura delle barre). La necessità di interventi chirurgici ripetuti in anestesia generale è un grave inconveniente. Un numero elevato di interventi determina la possibilità di un maggiori numero di complicanze anestesiologiche e chirurgiche. Inoltre, la tecnica dei sistemi allungabili meccanici è associata a varie preoccupazioni socio economiche, inclusi periodi più lunghi di ospedalizzazione e maggiore tempo lontano dalla scuola per il bambino e tempo lontano dal lavoro per i genitori. Le operazioni ripetute , l'ospedalizzazione e l'aspetto di una cicatrice chirurgica cosmeticamente poco accettabile possono anche influenzare il benessere psicologico del bambino .

Barre Allungabili magnetiche

A cause delle suddette limitazioni legate all'impiego delle barre allungabili meccaniche, lo sviluppo tecnologico ha portato, nell'ultimo decennio, alla costruzione di impianti che consente allungamenti

senza intervento chirurgico. Si tratta di un sistema che riproduce l'efficacia del growing rod meccanico, controllabile da un magnete esterno. Questa procedura elimina le frequenti ospedalizzazioni di bambini piccoli e frequenti interventi in anestesia generale, riduce quindi le complicazioni delle ferite, ed i problemi psicologici e socioeconomici (Fig. 1). L'allungamento si esegue in ambulatori a paziente sveglio in pochi minuti, in media ogni 2 mesi. L'aspetto negativo del sistema magnetico , al momento, oltre al costo dell'impianto (chiaramente scontabile dalla non necessità di ricoveri ed interventi ripetuti) è la controindicazione ad essere impiegato in pazienti che hanno necessità di controlli RM ad alta intensità (per esempio per malformazioni mieloradicolari associate alla scoliosi).

Conclusione

La scoliosi precoce è una sfida difficile. Questi pazienti sono giovani con significativo potenziale di crescita. Pertanto, a causa di questa scoliosi possono sviluppare deformità progressive, con conseguenze estremamente negative sul loro aspetto estetico-funzionale e cardiopolmonari. Gli strumenti di gestione convenzionali, come il busto ortopedico e la fusione, non sono efficaci. Inoltre, la fusione può anche causare inibizione significativa della normale crescita spinale e toracica. Le barre allungabilii sono attualmente il trattamento sostanziale della scoliosi precoce con la capacità di consentire distrazioni periodiche per permettere la crescita . Tuttavia, la necessità di interventi ripetuti si associa ad un incremento esponenziale delle complicazioni. Con lo sviluppo del sistema allungabile magnetico, possono essere eseguiti allungamenti non invasivi, riducendo la necessità di frequenti interventi e di conseguenza i già citati aspetti negativi per i bambini e genitori. Tuttavia, come per ogni nuova tecnologia, sono necessari ulteriori studi per ridurre ulteriormente le complicazioni e migliorare i risultati nei bambini sottoposti a trattamento per la scoliosi ad insorgenza precoce.

Il Corso dal 4 all' 8 Aprile: Contenuti e Conclusioni

La scoliosi spesso coinvolge precocemente la vita di bambini creando situazioni di disagio ed isolamento, rendendo difficile il trattamento del problema ed aprendo a volte la strada a percorsi difficili ed inefficaci. Confrontarsi con altri esperti e discutere sullo stato dell'arte di patologie superspecialistiche è sempre un'attività scientifica costruttiva. Fornire informazioni ai pazienti, ad altri medici di altri indirizzi specialistici, alle famiglie ritengo possa essere un valore aggiunto per i nostri convegni. Questa è stata l'impostazione del nostro corso, che abbiamo tenuto dal 4 all' 8 Aprile scorso qui a Bologna presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli. Tale iniziativa (pesentata già nel 2016) ha creato notevole interesse e partecipazione di medici dell' Istituto Ortopedico Rizzoli e della Società italiana di Chirurgia Vertebrale- Gruppo Italiano Scoliosi (SICV&GIS) con esperienza sul trattamento della scoliosi ed anche di una vasta gamma di specialisti ed operatori in ambito sanitario non esperti di scoliosi (anestesisti, fisiatri, radiologi, pediatri, radiologi, medici legali, tecnici ortopedici, infermieri, fisioterapisti, tecnici di radiologia). C'è stata una giornata finale, aperta anche al pubblico, con la presenza di un conduttore televisivo, dove la platea poteva ricevere spiegazioni ed informazioni dagli specialisti presenti. Durante le giornate scientifiche tutti i partecipanti hanno potuto assistere, direttamente dall'aula, allo svolgimento di interventi chirurgici per la scoliosi (*live surgery*). Sono stati presentati lavori scientifici ed intavolate discussioni fra esperti su indicazioni e tecniche di trattamento. Il corso ha permesso di confrontare l'eseprienza nel trattamento delle scoliosi severe ad insorgenza precoce anche con 2 dei maggiori esperti internazionali come il Prof G.H.Thompson direttore del Pediatric Orthopaedic Surgery, Rainbow Babies and Children's Hospital University di Cleveland ed il Prof Lofti Miladi dell'ospedale Necker –Enfant Malades di Parigi. Sono state confrontate, in particolare, le tecniche più innovative di "non fusion", che permettono di correggere la scoliosi di un bimbo in età pediatrica, senza bloccarne la crescita (una delle attività peculiari del nostro reparto). È stato affrontato l'argomento delle scoliosi associate a malattie rare: situazioni estremamente complesse che richiedono collaborazioni multidisciplinari ed esperienze specifiche con percorsi dedicati. Il lavoro di queste giornate ci ha portato alla conclusione che: la collaborazione multidisciplinare con la ricerca traslazionale, potrà avvicinare più ambiti specialistici a nuove conoscenze sulle scoliosi ed in particolare su quelle severe ad insorgenza precoce. Lo studio genetico e molecolare delle malattie sindromiche associate a scoliosi rapidamenete evolutive, potrà portare a diagnosi precoci. Anche lo studio della scoliosi idiopatica (sicuramente di natura poligenica) potrà aiutare ad affrontare la situazione pre-sintomatica e a controllarne meglio la severità dell'evoluzione. L'impiego della tecnologia per l'"Imaging" più moderna, come RM dinamica per lo studio del torace ci porterà un passo avanti per la corretta valutazione del coinvolgimento toracico nelle eos.

Le tecniche innovative in campo chirurgico hanno portato importanti cambiamenti positivi nella cura delle scoliosi severe. Anche le tecniche "non fusion" sono attualmente una strada percorribile per il trattamento delle eos. Non bisogna però scoraggiarsi, perché complicazioni sono tuttora rilevanti. Tale situazione fa pensare a quanto accadeva all'epoca iniziale dei "trapianti di organo". Bisogna impegnarsi molto per migliorare i risultati, aggregando forze ed esperienze con collaborazioni Nazionali ed Internazionali.

Bilocale nei pressi di via Bellaria (Bologna) di 50 metri commerciali al 1° piano con possibilità anche di ascensore. Bagno ristrutturato e locali in buono stato, balcone con vista sul giardino pubblico e cantina ciclabile. Riscaldamento condominiale già adeguato alla normativa europea e impianto elettrico a norma di legge. Spese condominiali molto contenute. Contattare con whats app o sms il 340/2825031.

Poliambulatorio medico multispecialistico autorizzato sito in Bologna (zona Toscana) mette a disposizione di medici specialisti ambulatori per giornate o mezze giornate con eventuale servizio di segreteria. Per informazioni Tel. 051.441262 - e-mail: info@studiofavilli.net

Cedesi studio oculistico già da molti anni avviato, completo di tutte le apparecchiature. Per info tel. 348/2926430.

Vendesi trilocale 72mq in via Pizzardi 19: 66mq (buono abitabile, ristrutturato 2001) + 18mq solaio (ristrutturato 2014, parquet, travi a vista). 2° piano luminoso, vista gradevole, affacci a NE e SE. Zona ottimale (vedi quotazioni), alto rendimento. Impianto elettrico certificato. Condominio 33euro/mese. Condizionatori Daikin. Eventualmente ammobiliato. Foto https://www.dropbox.com/sh/dmzzf7amgv784rz/AAAeedDJ3AIAVfgZtD7deazya?dl=0. Richiesta 198.000 euro trattabili. Tel o sms 345/4149349.

Poliambulatorio medico Agorà (ginecologia, odontoiatria, dietologia, flebologia....) autorizzato, dentro porta Lame (Via Giorgio Ercolani n° 10/C-8), offre a colleghi specialisti l'uso di locali con servizi di segreteria per giornate o mezze giornate. In particolare mancano queste branche: neurologia, psichiatria, psicologa, fisiatria, gastroenterologia, pediatria, cardiologia ed urologia. Per informazioni: tel. 051.557366 - Cell 348/6712133 - email: fabrizia.pierini@libero.it - coop.agramedica@gmail.com.

Medico dipendente ASL Bologna, prossimo al pensionamento, presso poliamb. Mengoli cerca mono locale o stanza con uso cucina per due giorni settimana (lunedì e martedì) a partire dal 15 febbraio 2018 e fino al 31 dicembre con possibilità di eventuale rinnovo per il 2019. Nel caso la pensione mi venga posticita. Per info 339/7918870.

Vendesi piattaforma laser Synchro HP in Bologna con modulo ND YAG + manipolo, marca DEKA, come nuova, appena revisionata. Applicazioni principali: fotoringiovanimento cutaneo non ablativo; fotoepilazione laser + luce pulsata; macchie cutanee superficiali; lesioni vascolari. Per info Tel. 051/246824 in orari d'ufficio.

Cerco collega per condivisione studio dentistico Bologna centro - Tel. 331/5850427.

Medico Dentista, specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva, Chirurgia Maxillo-Facciale e Implantologia, esperienza trentennale, cerca preferibilmente in Emilia-Romagna collaborazione per Chirurgia, Implantologia e Protesi. Tel. 331/5850427.

Cerco segretaria amministrativa full-time per Studi Dentistici in Bologna e Sasso Marconi. Inviare breve curriculum a dottpischedda@yahoo.it.

Pietramellara-Stazione Centrale affitto a colleghi signorile studio medico ristrutturato: attesa, bagno, studio. Piano primo con ascensore. Garage pubblico sottostante. Euro 550/mese. Tel. 051/440376 ore ufficio o 348/8126096.

Murri-Chiesanuova: piano terra affitto a colleghi signorile studio medico composto da grande sala di attesa, 4 studi, 2 bagni (120 mq). Non barriere architettoniche, idoneo per odontoiatria, fisioterapia, medicina di gruppo. Posto auto riservato. Tel. 051/440376-348/8126096.

Si ricerca Medico specialista in Cardiologia per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Per informazioni contattare il numero 051.224466 in orario di segreteria dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 17:00 - il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

Si cede studio dentisco appennino bolognese, 2km da Porretta uscita Silla dalla Porrettana. No muri. Attrezzato. A norma. Autorizzato. Ambulatorio, 2 bagni, ufficio (possibile 2° ambulatorio), sala attesa, sala sterilizzazione, piccolo ripostiglio con cassaforte e fotocopiatrice, grande parcheggio, aria condizionata, Riunito Kavo con telecamera intraorale, Autoclave B. Prezzo molto interessante.

Medico-chirurgo dentista, 25 anni di esperienza. Profilassi conservativa-estrattiva, protesi fissa e mobile; collaborerebbe con studi o strutture odontoiatriche a Bologna e provincia, anche direzione sanitaria purché max serietà. Specialista igiene e med. preventiva indirizzo Direzione Ospedaliera. Tel. 339/6973381.

Cercasi ginecologo per incarico trimestrale (rinnovabile) come dirigente reparto di ostetricia-ginecologia nel presidio ospedaliero di S. Severo (FG). Per informazioni contattare il dr. Umberto De Filippis - 368/580513.

Cerco collega per condivisione studio dentistico autorizzato Bologna stazione, 2 sale operative, sala sterilizzazione, 2 bagni, saletta macchine/laboratorio. Tel. 335/8112082.

Vero affare - Vendesi villa ristrutturata in sasso di fiume in Località Jano di Sasso Marconi. Costituita da due unità abitative indipendenti con ascensore e appartamento di 400mq su 3 piani con 3 camere da letto matrimoniali e bagni. Appartamento di 80mq con due camere da letto matrimoniali e bagni. Giardino di 5000 mq con piante e alberi ad alto fusto. Richiesta: 950.000 euro. La villa è ammobiliata con mobili di antiquariato da valutarsi. Tel. 39335475225 e 393484071799.

Affittasi ambulatori a medici, psicologi, laureati area medica, odontoiatri (studio attrezzato ed autorizzato), in studio medico nel centro storico di Bologna, angolo p.zza Galileo, adiacente a garage pubblico con libero accesso Sirio autorizzato. Per info Tel.: 3355431462.

Medico Odontoiatra con esperienza trentennale anche in Implantologia, offre la propria collaborazione preferibilmente a Bologna e Provincia. Tel. 335/5431462.

Struttura accogliente in posizione strategica (vicino Ospedale S. Orsola e ben servita dai mezzi pubblici) mette a disposizione a medici specialisti, stanze uso studio medico per giornate o mezze gironate. I locali sono arredati e dotati di tutti i servizi inclusa segreteria e accoglienza pazienti. Prezzo personalizzato e proporzionato all'effettivo utilizzo. Per info e visite Tel. 051/301977.

Affittasi in studio medico (situato in zona Mengoli, composto da ingresso, 3 stanze uso ambulatorio, sala d'aspetto, bagno, ripostiglio) una stanza arredata uso ambulatorio per 1-2 giornate o mezze giornate. Non ci sono spese di segreteria. Per informazioni telefonare al 339.7716933.

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

Poliambulatorio Privato

Giardini Margherita

Direttore Sanitario: Dr. Maurilio Missere

– ALLERGOLOGIA	***Dr.ssa Parma Maddalena***
– CARDIOLOGIA	***Dr. Drago Gianmarco***
	Dr. Marchetta Fausto
– CHIRURGIA GENERALE	***Dr. Pistorale Antonio***
– DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	***Dr.ssa Orsini Maria Grazia***
– ECOGRAFIA	***Dr. Affinito Domenico***
	Dr. Missere Maurilio
– GINECOLOGIA/OSTETRICIA	***Dr. Cassani Alberto***
	Dr.ssa Alfieri Stefania
	Dr. Guida Gerardo
	Dr. Marino Silvio Antonio
	Dr. Traversa Gabriele
– FISIATRIA	***Dr.ssa Moretti Gianna Laura***
– MEDICINA DELLO SPORT	***Dr.ssa Cavallari Fabrizia***
– OCULISTICA	***Dr. Morinelli Gaudenzio***
	Dr.ssa Manzari Alessandra
	Dr. Galazzetti Muscinelli Alberto
– OTORINOLARINGOIATRA	***Dr. Borghesi Francesco***
	Dr. Giorgi Giuseppe
	Dr. Montanari Fabio
– UROLOGIA	***Dr. Bercovich Eduard***
	Dr. Comerci Francesco
– PUNTO PRELIEVI	
– MEDICINA DEL LAVORO	***Dr. Missere Maurilio***
	Dr.ssa Venturi Silvia
	Dr.ssa Belisario Adele
	Dr.ssa Concordia Alessandra
	Dr.ssa Lo Torto Regina
	Dr.ssa Maggi Sara
	Dr.ssa Sifaky Evangelia

You Tube

Instagram

Google+

Seguici su Facebook

CONTATTI

Personale Segreteria: Alice T. – Michela G.

Sede: Via Santo Stefano 103 – Bologna

Tel/Fax : 051. 48 42 736

segreteria@fondazionectr.it

http://www.poliambulatoriogiardinimargherita.it/

CONVENZIONATI CON LE PRINCIPALI CASSE MUTUE ASSISTENZIALI 2775/GP/cb

Sentire meglio, vivere meglio.
Campagna per il benessere uditivo

PRENOTA GRATIS
UN CONTTROLLO GRATUITO

NUMERO VERDE GRATUITO
800 59 76 55

I nostri Studi Audioprotesici:

- **BOLOGNA** Via Riva di Reno, 53/ d,e,f - Tel. 051 227028
- **BUDRIO** Via Bianchi, 12 - Tel. 051 227028
- **CASALECCHIO DI RENO** Via Piave, 28/2 - Tel. 051 570624

Ci può trovare anche presso i nostri recapiti di Castiglione dei Pepoli - Crevalcore - Lizzano in Belvedere Pianoro - San Giovanni in Persiceto - San Lazzaro di Savena - Silla (Porretta Terme) - Vergato

ACUSTICA BOLOGNESE
Studi Audioprotesici

PROBLEMI D'UDITO?
PROVA UN PROFESSIONISTA.