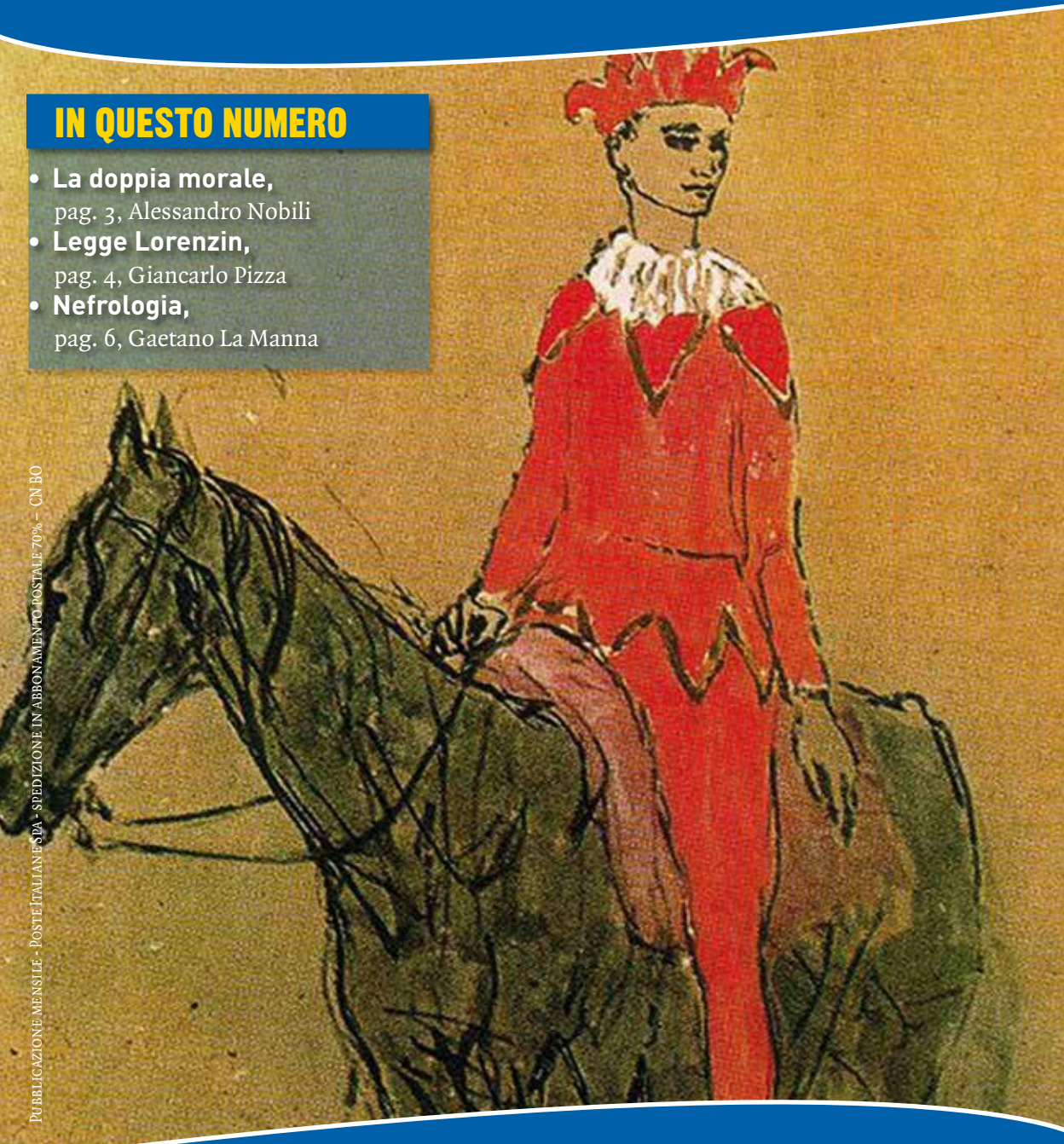
Bollettino Notiziario

anno XLIX - N° 2 febbraio 2018



IN QUESTO NUMERO

- **La doppia morale,** pag. 3, Alessandro Nobili
- **Legge Lorenzin,** pag. 4, Giancarlo Pizza
- **Nefrologia,** pag. 6, Gaetano La Manna

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

contiene I.P.

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

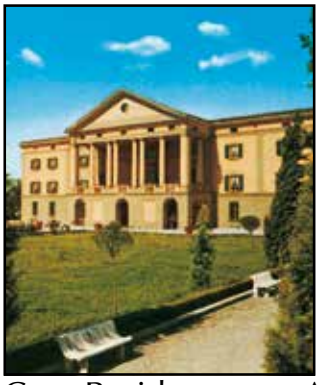
Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

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
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 GENNAIO 2018 è stato consegnato in posta il giorno 10/1/2018

Contiene I.P.

SOMMARIO

ANNO XLIX - FEBBRAIO 2018 N° 2

ARTICOLI

La doppia morale • 3

Legge Lorenzin: per i medici Ssn il Codice deontologico non vale più? • 4

Nefrologia, dialisi e trapianto al Policlinico S. Orsola-Malpighi • 6

CHETCH - China and Europe Taking Care of Healtcare Solutions: il contributo dell'Associazione Medici Agopuntori Bolognesi (AMAB) • 14

L'influenza "*spagnola*" a Bologna (1918-1919) • 16

Empatia in ambulatorio: la relazione che cura • 20

Corsi FAD per l'anno 2018 • 23

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 25

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 25

CONVEGNI E CONGRESSI • 26

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI] • 28

PICCOLI ANNUNCI • 32

PICASSO, *ARLECCHINO A CAVALLO* (Washington, collezione Mellon)

L'arte di Picasso è estremamente giovane. Dotato di uno spirito d'osservazione che alle debolezze della gente non perdona, egli riesce a cogliere bellezze perfino dall'orribile, e le nota con la sobrietà di colui che disegna perché vede e non perché sa fare i nasi di maniera.

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

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745
www.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. FRANCO BENETTI
Prof. LUIGI BOLONDI
Dott. EUGENIO ROBERTO COSENTINO
Dott.ssa ANNA ESQUILINI
Dott. GIUSEPPE IAFELICE
Dott. SALVATORE LUMIA
Prof. MAURILIO MARCACCI
Dott. MASSIMO MASOTTI
Prof. STEFANO PILERI
Dott.ssa GIULIANA SCHLICH

Consiglieri Odontoiatri
Dott. COORADO BONDI
Dott. GIOVANI RUBINI

Commissione Albo Odontoiatri

Presidente:	Dott. CORRADO BONDI
Segretario:	Dott. GIOVANI RUBINI
Componenti:	Dott. GIAMPAOLO AVANZINI
	Dott. FRANCESCO CICOGNANI SIMONCINI
	Dott. LUCA ORTENSI

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente:	Dott. ALESSANDRO ZATI
Componenti:	Dott. MARIO MELE
	Dott. ROBERTO PIERALLI
Supplente:	Dott. ILARIO RIGANELLO

La doppia morale

Alessandro Nobili

Sono passati poco più di due anni. Era l'inizio dell'autunno, direi. La visita del Ministro della Salute all'Ordine dei Medici di Bologna destava grande interesse ed euforia. Quasi entusiasmo. Era la prima volta che il Capo del Ministero, che per legge sovrintende tutti gli ordini del Paese, entrava fisicamente nei gloriosi locali di via Zaccherini Alvisi, e si metteva disposizione per dialogare con tutti i medici e gli odontoiatri che lo desiderassero. Ricordo bene quel pomeriggio. E quell'atmosfera. Un misto di emozione ed orgoglio. La sensazione che quella distanza, tra l'apice dell'impero ed una piccola ma combattiva sede periferica (in realtà non così piccola e periferica) non esistesse più, colmata da una virtuosa condivisione di intenti. Certo i problemi non mancavano: la legge sulla definizione dell'atto medico, l'emanando decreto sull'appropriatezza prescrittiva, le condizioni di lavoro dei medici negli ospedali. Tanto per fare qualche esempio. Ma l'atmosfera era comunque carica di energia positiva e di speranza. E la Ministra, affabile e preparata, riuscì ad instaurare un rapporto empatico con tutti. Per così dire poco politico, *e piuttosto* umano. *Quando alla fine se ne andò si ebbe la sensazione che non si trattasse del solito burocrate che altre volte la politica ci aveva designato, ma piuttosto "uno di noi". Che comprende, condivide e spera sinceramente di cambiare in meglio il mondo, almeno quello sanitario. Ma perché questa premessa? Perché la stessa Ministra, non più tardi di qualche settimana fa, ha fatto licenziare in chiusura di legislatura la legge di riordino delle discipline ordinistiche. Che tra le altre cose contiene un passaggio apparentemente marginale, ma in realtà, temiamo, tutt'altro che tale. Si tratta di una frasetta alquanto cervellotica. Avete presente quelle frasi o quegli articoli di legge o di un contratto dove mancano (sarà un caso?) le virgole, e a seconda di dove si mette l'ipotetica virgola può cambiare il senso? Oppure dove le cose non vengono chiamate con il nome a tutti noto e comprensibile, ma con pseudosinonimi più o meno allusivi. Frasi come "salvo quando ricorrano le esimenti ovvero le condizioni contrarie previste…". Ma previste da chi? E quando? Frasi che portano in sé, quasi ontologicamente, ambiguità e confusione… Mi riferisco al comma della legge che* accarezza *il codice deontologico ed il relativo obbligo di osservanza da parte di tutti i medici. Lo* accarezza, *per l'appunto, ma non lo* afferra. *Ci gira intorno, insomma. Si dice e si ribadisce che detto obbligo vale per tutti i medici, autonomi o dipendenti che siano. Tuttavia con una potenziale eccezione: qualora il comportamento del medico sia condizionato da disposizioni derivanti da convenzioni o contratti aziendali. L'ho tradotto in termini forse un po' brutali ma chiari. Il concetto infatti sembra questo, a prescindere dai bizantinismi lessicali del dettato originale. Se così fosse si prospetterebbe una doppia morale professionale. Una per alcuni medici ed odontoiatri, che dovranno continuare a rispondere alla loro coscienza ed a chi, senza fini di lucro (gli ordini), è preposto alla tutela della salute del cittadino. L'altra per i medici dipendenti, che dovrebbero invece rispondere ai precetti dettati dalle logiche (necessariamente utilitaristiche) delle aziende. Da una parte Ippocrate, dall'altra un bilancio aziendale (rigorosamente a partite contrapposte)… Sarebbe agghiacciante, se così fosse, e speriamo di sbagliarci. Speriamo davvero che si tratti solo di un potenziale equivoco, e che la Ragione (con la a) sgombri il campo da inopportune suggestioni politiche. Vero Signor Ministro?*

Legge Lorenzin: per i medici Ssn il Codice deontologico non vale più?

Giancarlo Pizza*

24 DIC - Gentile Direttore,
relativamente all'approvazione da parte del Senato della legge "Lorenzin" chi Le scrive concorda con quanto asserito dalla Presidente del Comitato Centrale della Fnomceo, dott.ssa Chersevani e dal dott. Renzo, Presidente della Commissione Nazionale Albo Odontoiatri, riportato in questi giorni dal Suo eccellente Giornale online.
Inoltre, chi Le scrive è stato uno dei 106 Presidenti di Ordine che ha sempre espresso contrarietà all'approvazione definitiva della cosiddetta "Lorenzin" – nella veste definitiva presentata all'approvazione due giorni orsono al Senato della Repubblica in un incontro con i Consigli Nazionali (CN) dei Farmacisti e dei Veterinari. Contrarietà ribadita anche in un CN tenutosi presso il Ministero della Salute, cui ebbe modo di partecipare anche l'On.le Donata Lenzi, Deputata del Partito Democratico della mia circoscrizione.
La mia personale contrarietà ha avuto modo di estrinsecarsi anche in altri due CN della Fnomceo tenutisi negli ultimi mesi, anche in quello in cui si decise di "uscire" da tutti i Tavoli Istituzionali interrompendo ogni collaborazione vista la totale assenza di ascolto da parte della componente politica che stava discutendo sulla "Lorenzin". Quest'ultimo sussulto della Fnomceo ha solo provocato un'audizione "informale" da parte della XII Commissione del Senato durante la quale il nostro Rappresentante, nell'occasione il Segretario dott. Sergio Bovenga, ha ribadito – inutilmente – le nostre perplessità.
Gentile Direttore, Le chiedo scusa per questo lungo e certamente noioso preambolo ritenuto comunque necessario per ribadire l'inutilità dell'espressione delle perplessità da parte di chi si occupa giornalmente della salvaguardia della salute della cittadinanza rivestendo quel ruolo di garanzia costituzionale che alla nostra professione è stato conferito dalla nostra Carta nell'art. 32.
Dal mio personale punto di vista l'argomento che sto per sottoporle sarebbe stato ampiamente sufficiente per proporre il procrastinamento, a fini emendativi, della legge appena approvata.
Infatti l'articolo 4 (*Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie*) così espressamente recita al punto "l) (gli Ordini) vigilano sugli iscritti agli albi, in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, **tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale e regionale vigente e dalle disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro**".
Naturalmente la sottolineatura del testo è stata fatta da chi le scrive. L'impressione che si potrebbe trarre in conseguenza di ciò e che ragionevolmente, a mio avviso, si potrebbe inferire dal sottolineato è che potrebbe verificarsi – nella sua applicazione – che i medici italiani possano ormai essere considerati distinti in due categorie: 1) Medici operanti nel settore privato sottoposti all'osservanza del Codice di Deontologia Medica; 2) Medici Dipendenti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e Medici Convenzionati con il SSN entrambi sottratti al Codice in virtù di deliberazioni regionali, nazionali o da accordi stipulabili nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL).
Questa interpretazione, forse eccessivamente pessimistica per chi crede nella medicina ippocratica e nell'importanza dei Codici di comportamento autoregolati a

garanzia del Cittadino, potrebbe essere un grande successo per gli amministratori nazionali e regionali della sanità perché potrebbe essere loro concesso di "amministrare" la medicina amministrando i medici con delibere contenitive di qualunque genere: interventi sull'organizzazione, interventi sul contenimento della spesa. Ad esempio, così verrebbe rimesso in pista il famoso decreto sull'appropriatezza (prescrittiva?).

Per quest'ultimo basterà dire che bisogna dare il farmaco preselezionato dalle commissioni ospedaliere. E ancora, basterà una delibera regionale per dire che i medici del 118 possono delegare atti medici a personale non medico perché così, per esempio, si potrebbe risparmiare?

Il successo per i Cittadini però sarebbe difficilmente individuabile vista il crollo dell'autonomia della professione: il rapporto medico-paziente è così condizionato da fattori esterni e lontani dall'interesse clinico del paziente.

Cosa vuole Direttore, la lingua batte dove il dente duole. Il timore è che il Codice Deontologico venga svuotato del suo valore intrinseco (ben sottolineato da Cavicchi in un suo recente intervento su QS) e a nulla varranno le coraggiose sentenze della Cassazione o della CCEPS sulle fattispecie pertinenti. Mi chiedo: ma i medici che siedono in Parlamento si sono accorti di questo autogol? O forse era proprio questa la loro intenzione: sottrarsi al Codice Deontologico? Chissà se qualcuno di loro, o qualche uomo politico che ha approvato la legge vorrà tentare di dare una risposta a questi semplici quesiti!

(quotidianosanita.it, 24 dicembre 2017)

*** Presidente OMCeO di Bologna**

A.M.A.B. – Associazione Medici Agopuntori Bolognesi
Scuola Italo Cinese di Agopuntura
Scuola accreditata dalla Regione Emilia-Romagna
con Determina n. 5050 del 05/04/2017

32° Congresso Internazionale dell'A.M.A.B.
L'AGOPUNTURA E LA MEDICINA TRADIZIONALE CINESE
NELLE PATOLOGIE NEUROLOGICHE

Domenica 18 Febbraio 2018, Centro Congressi Savoia Hotel Regency, Via del Pilastro, 2 Bologna.

Segreteria scientifica: dott.ssa M.L. Barbanera, dott. M. Devecchi, dott.ssa G. Farella, dott. C.M.Giovanardi, dott.ssa E. Marchi, dott. U. Mazzanti, dott. E. Montanari, dott.ssa A. Poini.

Argomenti: Verranno trattate le indicazioni dell'utilizzo dell'Agopuntura nel campo delle principali patologie neurologiche e loro evidenze scientifiche.

ECM: l'evento rilascia 1,8 Crediti Formativi ECM.

Sezione Poster: possibilità di presentare un poster che verrà esposto durante tutta la giornata del Congresso: saranno premiati i due migliori posters.

Iscrizione: partecipazione gratuita, iscrizione obbligatoria.

IInformazioni: Segreteria AMAB Cell. 340-9553985

e-mail: segreteriascuola@amabonline.it

Sito web: www.amabonline.it

Nefrologia, dialisi e trapianto al Policlinico S. Orsola-Malpighi

Intervista di Alessandro Nobili a Gaetano La Manna, Direttore dell'U.O. di Nefrologia, Dialisi e Trapianto del Policlinico S. Orsola-Malpighi.

Crediamo che dietro ad ogni bravo medico ci sia per forza una storia di maestri. Ci puoi rievocare la tua storia professionale ed accademica, con particolare riferimento alla storia della Nefrologia bolognese?

Credo di avere avuto una grande fortuna nel potermi inserire nella straordinaria storia che la Nefrologia bolognese ha avuto in un percorso di oltre 50 anni. All'indomani della grande intuizione che il prof. Campanacci ebbe nel nobilitare i tanti percorsi specialistici che la Medicina moderna dovette poi formalizzare per fare fronte all'aumento delle conoscenze e della complessità dei pazienti, inizia con il prof. Bonomini la storia della Nefrologia bolognese. Il "Professore" come poi tutti lo chiameranno, è un maestro straordinario per l'entusiasmo, la grande intensità umana e culturale che seppe imprimere a tutta la realtà bolognese, avviando quel percorso clinico-diagnostico-terapeutico che ancora oggi rappresenta il modello di riferimento vincente in questo settore: la visione unitaria tra la Nefrologica clinica, la Dialisi e il Trapianto di rene. Al prof. Bonomini, al quale sono stati attribuiti prestigiosi riconoscimenti tra cui la medaglia d'oro dell'American Kidney Foundation, l'Archiginnasio d'argento, il Nettuno d'Oro della città di Bologna e numerose lauree honoris causa, vanno riconosciuti meriti straordinari tra cui aver portato, sul finire degli anni Cinquanta, la biopsia renale in Italia dal Regno Unito e aver portato a compimento nel 1967 insieme al prof. Martelli, a distanza di qualche mese dal primo, il secondo trapianto di rene in Italia. Parallelamente alla grande storia della Nefrologia diretta dal prof. Bonomini si apre a Bologna, quasi come una costola che si autonomizza e si erge al pari livello, la storia dell'altro grande gruppo nefrologico,

Il professor Gaetano La Manna (a sinstra) con il Direttore del Bollettino Alessandro Nobili.

quello del prof. Pietro Zucchelli, anch'egli straordinario interprete della branca, che solo per ricordarne un elemento caratterizzante tra i tanti, andò a Lione per imparare a usare la macchina per dialisi e quando tornò, nel 1964 la rese operativa, portando così a Bologna i primi trattamenti depurativi. Da quel momento inizierà a Bologna una storia di ideale e straordinaria competizione tra due gruppi che saranno capaci di esprimere una leadership nazionale e internazionale fatta di leale competitività ed al contempo da una seria volontà di primeggiare e distinguersi. In tale periodo per noi giovani di grande entusiasmo e fortemente educativo, io imparai a *volare alto*, a pensare che i nostri interlocutori fossero le grandi scuole internazionali, con cui confrontarci e con cui poter collaborare. Ricordo con grande piacere la presenza a Bologna di grandi maestri di Nefrologia come Brenner da Boston, Massry da Los Angeles, Shreirer da Washington, ed altri, portati nelle corsie dei nostri reparti, dai quali con ammirazione e stupore imparavamo movenze e vision. Ricordo anche le quotidiane interrogazioni al letto del malato, che il prof. Bonomini era usuale fare in una

visita che durava quasi quattro ore e durante la quale fui certamente e per molti anni uno dei suoi bersagli preferiti, uscendone quasi sempre *malconcio e con le ossa rotte*. Oggi ricordo con grande piacere quei momenti, perché ad essi devo tanta parte della mia base culturale. A questi grandi maestri ne sono succeduti altri, in sostanziale continuità. Il prof. Stefoni è stato un direttore capace di mantenere l'alto livello assistenziale e universitario della struttura, dal quale ho appreso l'attenzione al minimo dettaglio, la rilevanza del costruire le cose con estrema cura, l'importanza del paziente come figura centrale, di fronte alla quale la concretezza di un approccio attento e motivato fosse la chiave della professione, ed infine, la voglia di non demordere mai, ponendosi obiettivi realizzabili ed accettando sempre le conseguenze della responsabilità assunta, con un dettaglio aggiuntivo, il sapersi guardare con ironia, senza prendere troppo sul serio sé nel proprio ruolo. Il prof. Santoro era la controparte del prof. Stefoni. A lui Bologna deve tantissimo allora come oggi. Il prof. Santoro, che è un maestro di Nefrologia, noto per la cura delle nefropatie, con particolare riferimento alle problematiche di frontiera ipertensive cardiovascolari e nella malattie renali rare, ha avuto intuizioni straordinarie nel riuscire a far comprendere in anticipo il carico di morbilità contenuto nella *malattia renale cronica* e nelle sue conseguenza cardiovascolari, riuscendo nella realizzazione di un progetto nazionale con valenza mondiale quale è il progetto *PIRP*. È questo un risultato che lo rende una tra le figure di maggior rilievo che la Nefrologia abbia avuto sul piano nazionale, tuttora riferimento nei tavoli istituzionali. Pur non avendo avuto una quotidianità diretta con questa grande figura della Nefrologia, ne ho colto la vision innovativa, la capacità di far diventare la Nefrologia un interlocutore strutturalmente fondamentale nei rapporti con le altre branche in contiguità professionale, le Rianimazioni e le Terapie Intensive, la Cardiologia e l'Urologia, e sottolineo anche con le Istituzioni che grazie a questo approccio hanno ben presente a livello regionale e nazionale la grande importanza di questa branca. A lui si devono passi fondamentali legislativi, ottenuti durante il periodo di presidenza della Società Italiana di Nefrologia, come l'inserimento della malattia renale cronica nel Piano Nazionale delle Cronicità e quindi il riconoscimento di tale contesto clinico nei Piani Strategici Assistenziali riconosciuti dal nostro Sistema Sanitario.

Però, senza più scomodare gli autorevoli nomi della storia bolognese, come maestro personale devo ricordare una figura a cui devo tantissimo, perché nella concretezza di tutti giorni ha saputo insegnarmi un modo di guardare il paziente e soprattutto di trattarlo, fatto di abilità tecnica, conoscenza scientifica e rispetto per la persona sofferente. Si tratta di Luigi Colì, oggi scomparso. Con lui si poteva fare tutto, non lo spaventava nulla e la sua tipica frase di fronte ai fallimenti di noi più giovani era "qual è il problema?", in poche abili mosse risolveva tutto – è questo il ricordo un po' mitizzato che ne ho –, senza mai umiliare o intimorire il giovane inesperto! A lui debbo tantissimo per l'essermi stato guida autorevole, capace di correggere gli errori, di indurre prospettive e fiducia nel futuro. Si trattava di una persona che metteva al centro e insegnava l'importanza della conoscenza. Ricordo i tanti pomeriggi con lui, seduti ad un tavolo a leggere articoli e a confrontarci sulle cinetica del sodio o del potassio, nel soggetto normale e patologico, o nel leggere una emogasanalisi. Con lui la cosa bella era che il parere di un giovane inesperto, timido e talora un po' sprovveduto poteva interrogarlo esattamente come il parere di chi era sopra di lui. Da lui ho imparato una grande lezione: l'intuizione non è sempre figlia dell'esperienza ma tante volte i più giovani, soprattutto nei casi più critici, ti danno la possibilità di uscire e di superare il già visto o il già noto. Da tutti questi Maestri ho raccolto qualcosa, anzi spero di aver preso qualcosa, non spetta a me dirlo. Posso solo dire che si tratta di una eredità complessa, alla quale dedico tutte le mie risorse mentali e professionali.

In ogni reparto di ogni ospedale l'organizzazione è un elemento fondamentale. Viene da pensare che lo sia a maggior ragione in un reparto di Nefrologia, Dialisi e Trapianto data la necessità di monitoraggio ed assistenza costante ed a lungo termine dei pazienti. Come è dunque organizzata la Nefrologia del S. Orsola?

Con questa domanda hai colto un tema par-

ticolarmente importante. La Nefrologia è una specializzazione che implica molti contesti patologici. In primis il paziente con patologia renale senza insufficienza renale, poi pazienti che hanno riduzioni più o meno gravi della funzione renale in forma acuta o cronica, poi ancora persone che sono senza una funzione vitale e che vivono grazie a tecnologie che simulano il ruolo del rene, ed infine, pazienti in cui la abolita funzione renale è stata superata con il trapianto di un nuovo organo.

Si tratta quindi di una branca della Medicina che unisce pazienti con patologia cronica a pazienti in condizioni in cui il danno è acuto e si sviluppa in pochi giorni. Pazienti affetti da patologie molto frequenti come l'ipertensione arteriosa ed il diabete o altri che si trovano in contesti patologici molto complicati e particolarmente difficili da contrastare (vasculiti, collagenopatie, glomerulonefriti rapidamente progressive, nefrotossicità acute, ecc.). In sostanza il Nefrologo ha di fronte sia il paziente acuto che quello con danno renale cronico, per una presa in carico del paziente completa ed unitaria, in collaborazione con molti altri specialisti (rianimatore, cardiologo, endocrinologo, infettivologo, urologo, genetista, chirurgo, ecc.). L'organizzazione a Bologna è a mio avviso e non per "merito mio" stata pensata in maniera straordinaria. Un ospedale hub, che è il S. Orsola, e una rete ad esso collegata, che arriva fino alla più periferica delle comunità. È il Nefrologo che si reca dal malato e non viceversa, e la capillarità della presenza nefrologica avviene attraverso ambulatori collocati in tutti i Presidi territoriali. L'attività di consulenza è puntuale ed appropriata presso ogni realtà di ricovero delle due aziende bolognesi, attraverso un modello che non ha mai puntato su una collocazione strutturale del Nefrologo nelle varie sedi territoriali, ma un polmone unico dal quale partono le competenze di alto livello, sia che si tratti della Nefrologia S. Orsola che della Nefrologia Malpighi sempre mantenute all'interno del Policlinico. Questa è stata la chiave del governo clinico dei processi! Gli specialisti nefrologi valutano se il paziente possa essere trattato nella sede oppure necessiti di essere centralizzato nel reparto di Nefrologia specialistica per accertamenti o trattamenti terapeutici mirati.

Nello stesso modo, è organizzato il servizio di Dialisi che vede sedi centrali, dove il malato è più complesso e soprattutto dove viene centralizzato il paziente acuto, e sedi territoriali nelle quali in convenzione con AUSL, vengono seguiti i pazienti in trattamento dialitico cronico. Esistono anche dei presidi con funzioni hub intermedie, l'Ospedale Maggiore e l'Ospedale Bellaria. In questi presidi al pari del Sant'Orsola sono presenti nefrologi strutturati e competenze infermieristiche di alto livello.

A questo riguardo voglio ricordare che l'infermiere di dialisi ha un ruolo essenziale fondamentale nell'assistenza ad una condizione patologica come quella del dializzato. Senza dimenticare l'importanza dell'infermiere nella degenza nefrologica, nella terapia intensiva nefrologica o negli ambulatori di presa in carico dei tanti pazienti con malattie renali, dove competenze su trattamenti depurativi, accessi vascolari per dialisi e conoscenze su condizioni terapeutiche come la dialisi peritoneale o il trapianto rappresentano degli skill specializzativi importanti e chiave nella gestione del nefropatico.

Infine va ricordato il campo dei trapianti. Il modello bolognese si basa sulla collaborazione quotidiana tra nefrologi e chirurghi del trapianto, che condividono le responsabilità clinico terapeutiche sul paziente. Bologna è l'hub regionale per la lista d'attesa per il trapianto di rene. La Terapia Intensiva Nefrologica riceve il paziente nei giorni successivi l'atto chirurgico e rappresenta un grande valore aggiunto. È il luogo dove, dopo l'importantissima parte chirurgica, viene intrapreso l'ambizioso obiettivo della tolleranza dell'organo e della stabilizzazione del percorso per il successivo reinserimento nella vita quotidiana.

Quello del trapianto è un settore nel quale la collaborazione tra chirurghi e nefrologi rappresenta il cuore pulsante, ma non bisogna dimenticare lo stretto legame con infettivologi, cardiologi ed intensivisti. Da questi elementi emerge il cardine di un corretto approccio clinico in nefrologia che trova nella interdisciplinarietà delle relazioni e dei trattamenti di cura il metodo più efficiente ed efficace in termini di adeguatezza terapeutica.

In conclusione la nefrologia è una branca che si fa carico di pazienti che si possono trovare

nella loro vita in uno dei tanti *step* di un percorso ideale che va dalla prevenzione della malattia renale fino ad arrivare a tutte le proposte terapeutiche (dialisi e trapianto) che oggi si è in grado di offrire, scenari che talora si affacciano in maniera sequenziale e ciclica nel percorso di vita dello stesso paziente. La costante integrazione tra i tre grandi ambiti, Nefrologia, Dialisi e Trapianto rappresenta la carta vincente nel mantenimento di elevate competenze e al contempo di una efficace continuità assistenziale.

Quali sono le nefropatie con cui più frequentemente vi dovete confrontare?

Lo dice la nuova normativa sulle malattie rare!! Le nefropatie primitive sono malattie rare, però non così rare per un centro hub che riceve pazienti da tutta Italia. Le biopsie effettuate nel 2017 sono oltre 200 ed esse hanno un ruolo chiave. Si tratta di quadri patologici sottostimati e sottovalutati perché sovente hanno inizi subdoli, e percepiti dal paziente in maniera poco chiara e poco problematica. Ma oltre alle nefropatie primitive vanno messe in conto tutte le nefropatie secondarie: vasculiti, glomerulonefriti, quadri tossici da sostanze endogene (bilirubina, mioglobina, ecc.) ed esogene (farmaci, droghe, le cosiddette *erbe naturali*, etc). In realtà si tratta molto spesso di pazienti giovani, o di media età, con quadri patologi fortemente invalidanti, in cui l'intervento del Nefrologo è fondamentale e particolarmente necessario per preservare la funzione renale. A questa tipologia di pazienti va aggiunta tutta la galassia delle problematiche legate alle patologie dell'anziano. L'incremento della vita media, l'aumentata potenzialità e complessità terapeutica, le nuove terapie oncologiche ed infettivologiche, le terapie di supporto al paziente diabetico, ecc., rappresentano una fonte importante di condizioni in cui si rileva un alto tasso di morbilità renale. Non vanno dimenticate altresì le alterazioni renali in corso di patologia linfoproliferativa quali sono le varie manifestazioni del mieloma multiplo o delle sue forme precoci a incerto significato patologico. Ma innanzitutto è il danno renale cronico che consegue alle patologie cardiovascolari ed ipertensive e alla malattia diabetica a rappresentare epidemiologicamente il contesto di riferimento numericamente più rilevante, coinvolgendo quasi il 9% della popolazione in vario grado di complessità. Tutti questi elementi fanno sì che la necessità di appropriatezza di cure su queste tipologie di pazienti facciano prevedere un incremento progressivo della necessità di competenza nefrologica sul territorio.

Hai detto che la biopsia renale rappresenta una opzione diagnostica molto importante nell'ambito della tua struttura. A quali pazienti viene riservata e che ruolo gioca ora nell'era della TAC, della risonanza magnetica, della PET e dei numerosi test di laboratorio sempre più affinati?

Ringrazio per questa domanda. Permettimi di partire un po' da lontano. Mi sono sempre ritenuto uno specialista fortunato. Se penso a quando fin dal 1935 Shannon postulò, a seguito degli studi di numerosi scienziati tra cui Myers e Rebberg intorno agli anni Venti, il valore della creatinina come marker di funzione renale. Non c'è organo che possa disporre di un marcatore così efficace e puntuale, non esiste per il fegato, non esiste per il cuore, non esiste per il cervello. Si tratta di una proteina in grado di fornirci una rappresentazione matematica della funzione dell'organo. È incredibile se ci si pensa, alla fortuna di dover analizzare e curare un organo chiave che abbia una tale opportunità! Ha un solo difetto: si alza a seguito di un danno, non sempre durante e lo fa spesso in maniera tardiva rispetto alla necessità di intervenire, grazie ad una importante "riserva funzionale". Il suo incremento è successivo talora a eventi puramente emodinamici, talora a un danno cronico, talora ad un evento acuto che in pochi giorni porta il paziente alla abolita funzione renale. Insieme alla creatinina possiamo avere sicuramente tante informazioni dalla ecografia, dalla TC, dalla risonanza, da tanti altri indici di laboratorio emergenti come la cistatina-c o come le cosiddette tossine tubulari, la B2-microglobulina, i piccoli incrementi aspecifici delle catene leggere k e l ma, nonostante tutti questi strumenti che certamente hanno un valore specifico fondamentale, la biopsia non ha perso il suo significato. Ritengo fondamentale arrivare ad una diagnosi esatta della nefropatia sia nel paziente acuto sia in quello affetto

da nefropatia ad andamento cronico. La biopsia è fondamentale perché il quadro clinico della patologia renale è spesso semplificato da quattro grandi sindromi, le forme rapidamente progressive, i reperti urinati minimi, la sindrome nefrosica e quella nefritica, dietro questi grandi simulacri confluiscono innumerevoli e complessi quadri patologici assolutamente diversi uno dall'altro. Senza volermi soffermare nei dettagli si tratta di vasculiti, forme da anticorpi anti-membrana basale glomerulare, malattie da catene leggere o cast nephropathy, glomerulo nefriti di varia tipologia, membranose, a lesioni minime, a depositi mesangiali di IgA, C3 nephropathy, forme post-infettive, amiloidosi, nefropatie a depositi densi, sclerosanti focali di tipo genetico o di tipo adattativo, forme tubulo interstiziali in corso di patologie complesse come la malattia di Sjogren, la sarcoidosi, le nefropatie sodio disperdenti, insomma una moltitudine di quadri patologici che si caratterizzano all'interno di uno dei grandi quadri clinici di riferimento già menzionati.
Il dato saliente di oggi è che non si dispone più dei soli corticosteroidi o della ciclofosfamide/clorambucile ma di una quantità sempre più ampia di nuovi farmaci come il Rituximab, l'Eculizumab, il Bortezomib, l'Ofatumubab. Il Belimumab e molti altri farmaci biologici ed insieme a questi anche farmaci come il Micofenolato mofetile, gli inibitori della calcineurina, gli inibitori di m-Tor che si aggiungono agli stessi farmaci di un tempo per aumentare e diversificare le armi a disposizione del nefrologo nel trattamento di queste patologie. L'aspetto che vorrei sottolineare è che tali presidi farmacologici non sono l'uno sostitutivo dell'altro ma vanno applicati con estrema cautela, con una visione mirata e consapevole della fisiopatologia del danno renale e ovviamente degli elevati costi che implicano per la collettività di cui ne sentiamo tutta la responsabilità. Però è certo che senza biopsia non sapremmo quale opzione scegliere tra le varie e non potremmo identificare quale sia quella potenzialmente più efficace in termini di appropriatezza terapeutica. E qui emerge un altro degli aspetti di interdisciplinarietà della Nefrologia, quello di confronto istopatologico che grazie al gruppo della Prof.ssa D'Errico è possibile effettuare ad altissimo livello. La biopsia è anche fondamentale nel trapianto di rene, nella esclusione della presenza di rigetto cellulare o vascolare, nel follow up del paziente, nelle diagnosi di recidiva della nefropatia e in sostanza nella definizione della prognosi di questi pazienti. È per questa ragione che da quando ho responsabilità di questa struttura siamo passati da meno di 20 biopsie annue a oltre 200 e sono molte le energie investite in termini economici per migliorare la diagnostica sia nel campo della microscopia ottica che in quello della immunofluorescenza per finire all'importantissimo contributo della microscopia elettronica.

Insufficienza renale acuta ed emergenze nefrologiche: quali le cause più comuni e quali gli approcci terapeutici?

Di questo ho già ampiamente detto. Sottolineo solo che i trattamenti dialitici nel paziente acuto si sono molto evoluti nel tempo, ed oggi si avvalgono di strumenti molto più appropriati ed efficaci. Il termine "dialisi" annovera una moltitudine di potenziali trattamenti, che si avvalgono di capacità non solo depurative ma anche adsorbitive di carattere selettivo o aspecifico. Il Nefrologo è coinvolto in molti quadri di patologia organica, funzionale o anche ostruttiva che sarebbe troppo complesso e lungo descrivere nel dettaglio, dalle intossicazioni da farmaci alle insufficienze renali acute oligoanuriche in presenza di squilibri elettrolitici importanti quali iperkaliemia o ipercalcemie resistenti alla terapia medica, o squilibri acido-base, intossicazioni da metformina, mielomi, sepsi e pertanto una molteplicità di contesti clinico-terapeutici di particolare gravità per la vita dei pazienti. Un importante quadro, seppure non frequentemente rilevabile è il campo delle sindromi emolitico-uremiche che sia nelle forme atipiche che in quelle secondarie a quadri tossici, infettivi, oncologici o post-trapianto rappresenta un set patologico su cui si sono fatti passi importanti con la disponibilità dei nuovi anti-C5. In questo ambito va ricordato che con il Servizio di Immunopatologia e Medicina Trasfusionale Metropolitano della Dr.ssa Randi, Bologna è *hub* regionale.

Ipertensione renale: puoi rammentare sinteticamente il meccanismo fisiopatologico? E l'approccio terapeutico qual è oggi? E il diabete?

Non vorrei fare una lezione di fisiopatologia della ipertensione, perché come sappiamo ha un profilo plurifattoriale e non semplicemente sintetizzabile in una intervista. Rammento solo quello che dico tante volte agli studenti come introduzione: in fondo l'ipertensione è l'esito di uno squilibrio del rapporto esistente tra una funzione di pompa e il tono delle resistenze periferiche. Sono tutti meccanismi in feedback relati, dipendenti da vari ormoni o da vari peptidi attivi ma, se vogliamo sintetizzare in maniera semplificata, il rene sovrintende al secondo di questi elementi, il tono delle resistenze periferiche. In questo, il Nefrologo rappresenta certamente, insieme con il Cardiologo e l'Internista, un riferimento importante. Su questo tema esistono Linee Guida ben note ed in fondo l'approccio terapeutico non si è modificato in maniera sostanziale negli ultimi 20 anni, seppure si intraveda la necessità di una revisione alla luce di nuove evidenze. L'impiego di inibitori del sistema renina-angiotensina, comunque, continua a rappresentare dal punto di vista nefrologico uno dei cardini del trattamento, fino a rasentare gli estremi di tolleranza del farmaco che può portare all'iperpotassiemia in maniera molto diversificata da paziente a paziente. Oggigiorno si preferisce usare resine e nel prossimo futuro saranno disponibili ulteriori presidi per controllare l'iperkaliemia e cercare di mantenere il trattamento il più a lungo possibile. Il tema ipertensione però è molto vasto e meriterebbe un approccio più articolato. Segnalo solo l'importanza di nuovi approcci terapeutici come l'impiego di alcuni nuovi antialdosteronici o, nello scompenso cardiaco, le opportunità legate a farmaci come i cosiddetti ARNI, molecole modificate inibenti il recettore dell'angiotensina e contestualmente la neprilisina che forse potrebbero rappresentare per il futuro una ulteriore arma nelle mani del cardiologo e speriamo del nefrologo.

Voglio inoltre segnalare l'utilità nefrologica di nuovi ipoglicemizzanti orali nel diabete come gli agonisti del recettore del glucagone di tipo peptide-1, gli inibitori del cotrasportatore sodio-glucosio di tipo-2 e gli inibitori della dipeptidil peptidasi-4, tutte opzioni che nel futuro modificheranno in maniera sostanziale l'approccio al paziente diabetico con malattia renale cronica.

L'insufficienza renale cronica si presta genericamente a tre linee di cura: conservativa, dialisi e trapianto renale. Anche se mi rendo conto che è un'impostazione semplicistica: qual è il discrimine?

Innanzitutto vorrei correggerti facendoti notare che nelle ultime classificazioni il concetto di insufficienza renale cronica si è ampliato ad un più vasto contesto nosologico, quello della malattia renale cronica. È distinta in 5 classi sulla base del filtrato glomerulare stimato a partire dalla creatinina plasmatica sulla base di varie formule di derivazione matematica di cui la più efficace è quella definita EPI. Le prime due classi rappresentano delle condizioni preliminari di malattia renale. In qualche modo grazie a questa classificazione, si evidenziano condizioni nelle quali il soggetto presenta, nell'ambito molto spesso di un naturale declino della funzione renale, una minore efficacia depurativa e funzionale. La vera insufficienza renale inizia dalla classe terza quando il filtrato glomerulare è stimato inferiore a 60 ml/min. La classe III racchiude sia soggetti con caratteristiche di evolutività verso gli stadi più severi della malattia che soggetti che non hanno tendenza ad una progressione e raggruppa circa il 4% della popolazione generale. La classe IV, che si caratterizza per un filtrato stimato al di sotto dei 30 ml/min e la classe V con VFG al di sotto dei 15 ml/min rappresentano le due condizioni più severe, quest'ultima è caratterizzata dalla imminente necessità di procedere al trapianto di rene o comunque dalla necessità di iniziare il trattamento dialitico sostitutivo.

In realtà perché ho voluto soffermarmi così a lungo nel dettagliare il processo di malattia renale cronica? È ben noto oggi da tutti i report internazionali come la malattia renale cronica rappresenti un fattore indipendente di danno cardiovascolare. Il paziente affetto anche da minime alterazioni funzionali è più esposto ai processi di calcificazione vascolare ed ai processi di invecchiamento precoce. Si tratta di uno stato infiammatorio cronico con squilibri del bilancio elettrolitico e del metaboli-

smo osseo che implica un aumentato rischio di malattie ischemiche, cardiache, cerebrali e vascolari periferiche nonché stati di osteoporosi, fratture ossee spontanee e disfunzioni endocrine di varia tipologia. È su questa base che il progetto PIRP rappresenta una straordinaria innovazione in termini di prevenzione delle complicanze cardiocascolari, rallentamento della progressione della malattia renale e ritardo dell'ingresso in dialisi del paziente. Qualcosa voglio aggiungere sulla dialisi che continua ad essere un trattamento del quale quasi 600 pazienti dell'area bolognese necessitano. In aggiunta ai trattamenti ospedalieri nei prossimi mesi, grazie ad un ben strutturato provvedimento della Regione Emilia-Romagna sarà possibile "riattivare" il percorso di emodialisi domiciliare. Si tratta di una scommessa importante che ripropone oggi in qualche modo le modalità con cui nacque la stessa emodialisi e quindi ci riporta ai tempi del Prof. Bonomini con però le tecnologie di oggi, le conoscenze di oggi, la rete organizzativa che con il supporto dei medici di medicina generale e delle componenti infermieristiche pubbliche e private presenti sul territorio, costituirà il perno su cui tentare di programmare una maggiore autonomia e una minore ospedalizzazione del paziente in trattamento sostitutivo artificiale. Tale prospettiva va ad unirsi alla dialisi peritoneale, trattamento terapeutico che oggi ha raggiunto standard di efficacia e di affidabilità straordinari e che rappresenta una sostanziale opzione terapeutica per mantenere il paziente nel proprio ambiente evitando una inopportuna ospedalizzazione. In entrambe queste opzioni (emodialisi domiciliare e dialisi peritoneale) il paziente non sarà lasciato mai da solo, ma come loro abitudine le componenti mediche ed infermieristiche dell'Unità Operativa di Nefrologia, mi auguro sapranno mettere in atto quella capillarità e quella efficacia che, senza falsa modestia, è loro ampiamente riconosciuta. Infine voglio fare un punto sul trapianto di rene.

Scusa se ti interrompo, volevo proprio chiederti, a che punto siamo per quanto concerne le prospettive dei trapiantati renali, sia in termini quantitativi che qualitativi?

Il trapianto di rene ha subito la stessa evoluzione che ha attraversato tutta la nefrologia. Un tempo i pazienti giungevano alla necessità da fare dialisi in età giovanile in buone condizioni generali. Oggigiorno grazie all'efficacia dei trattamenti di prevenzione il trapianto ha nettamente modificato il suo asset. Ci si rivolge molto spesso a soggetti più anziani, talora pluricomorbidi e molto spesso complessi dal punto di vista immunologico. Mi riferisco ai secondi o terzi trapianti, cioè pazienti che hanno già vissuto l'esperienza di uno o più trapianti e che tornano a fare il trapianto dopo il reingresso in dialisi, a distanza di molti anni dal primo intervento. Anche il donatore d'organo si è modificato in quanto, grazie alla legge sull'obbligo del casco, si tratta di persone decedute sempre più anziane. Però stanno crescendo altre tipologie di trapianto, quello da donatore vivente, procedura sicura che rappresenta la prima opzione per evitare l'ingresso in dialisi o, e su questo devo citare il lavoro della Dr.ssa Sangiorgi del Centro Riferimento Trapianti, i donatori a cuore non battente cioè persone che vanno incontro a decesso non per morte cerebrale ma per morte cardiaca. Si tratta di donatori che un tempo non venivano neanche presi in considerazione ma che, grazie ad esperienze nel Regno Unito e nel Nord Europa, si è iniziato ad utilizzare anche a Bologna con notevole successo. Insomma oggi, se vogliamo sintetizzare in maniera un po' narcisistica la cosa, possiamo dire che non ci ferma di fronte quasi più a nessuna condizione, questo anche grazie al gruppo chirurgico molto forte che vede nel Dr. Matteo Ravaioli il punto di riferimento per il trapianto di rene, senza dimenticare l'equipe anestesiologica del Prof. Faenza. Bologna oggi è grado di effettuare trapianti nei contesti più disparati: ABO incompatibili, iperimmuni, cross over, da donatore a cuore non battente, da donatore vivente, doppi trapianti, trapianto combinati cuore-rene, cuore-fegato, insomma tutto quanto caratterizza i Centri più avanzati dei paesi occidentali e tutto questo con dati di sopravvivenza dell'organo che arrivano al 98% ad 1 anno, al 94% a 5 anni e mediamente il 75% a 10 anni. Inoltre negli ultimi due anni si sono avute medie di oltre 100 trapianti anno. Numeri che si commentano da soli.

Quali ritieni siano stati, nella tua disciplina, i più sostanziali progressi degli ultimi 10-15 anni?

Tante parte di questa intervista risponde a questa domanda e pertanto non aggiungo molto altro se non alcuni aspetti molto importanti. Il primo è certamente quello del primo tentativo terapeutico per la malattia policistica. Sappiamo bene come le malattie genetiche sono un ambito nel quale l'intervento terapeutico è particolarmente complesso e vorrei sottolineare come siano la stragrande maggioranza le malattie ereditarie che non dispongono di nessuna cura. La malattia policistica è la malattia di base di circa l'8% di pazienti in dialisi e normalmente conduce il paziente all'esaurimento della funzione renale nella quinta decade di vita. Non di tratta di una cura facile quella che inizieremo a proporre in casi selezionati e previsti dalla legge, ma di un approccio terapeutico che sfrutta un effetto collaterale di una nuova classe di diuretici, gli antagonisti della vasopressina, i cosiddetti acquaretici. L'imponente effetto diuretico di questi farmaci è associato ad una minore evoluzione delle cisti e quindi ad una più lenta progressione di malattia renale. Se i pazienti tollereranno questo trattamento potremo verificare l'efficacia di rallentamento e ritardarne, speriamo di molto, l'ingresso in dialisi. Insieme con la malattia policistica vorrei citare le malattie orfane renali come la malattia di Fabry per esempio, su cui l'impiego dell'enzima mancante, sottoforma di proteine ricombinanti le algasidasi a o b o l'impiego di un "chaperone", è fondamentale per impedire l'accumulo lisosomiale di globotriaosilceramide e quindi combattere efficacemente lo sviluppo di malattia.

Non voglio dimenticare i grandi progressi fatti nelle tecniche sostitutive artificiali ed in particolare nelle aferesi terapeutiche che vedono oggi l'impiego di resine o di membrane sempre più semplificate con cut-off di membrana ai limiti del peso molecolare dell'albumina o con proprietà adsorbitive straordinarie. Utili sia per paziente acuto che per il cronico.

Nell'ambito del trapianto le novità maggiori sono nella maggioranza dei casi relate alle terapie di induzione che rendono più sicuri trapianti immunologicamente complessi e consentono di prendere in considerazione situazioni un tempo impensabili. Ci sono nuove tecniche di perfusione degli organi per provarne una "rigenerazione". Sono in studio nuovi farmaci (ad esempio anti-CD40) di cui a breve disporremo per studi di fase 2 e 3 che ci auguriamo possano offrire ai pazienti in dialisi nuove opportunità.

Le cellule staminali potrebbero prestarsi alla rigenerazione renale? E più in generale, in quali ambiti della nefrologia vedi le maggiori potenzialità di progressi?

Mah, un certo numero di esperienze nel mondo di efficacia delle cellule staminali come immunomodulatori nel trapianto renale esistono e certamente nel futuro potrebbe diventare pratica clinica l'impiego di cellule staminali in fase di trapianto di rene. È un tema su cui abbiamo grande attenzione, seppure si sia in questo momento in una fase di stallo a causa di una legge europea che ha modificato i criteri di accreditamento delle strutture per le ricerche di fase 1. Stiamo lavorando per adeguarci ai criteri necessari e sono certo che grazie alle Direzioni implicate riusciremo a breve a ripartire negli studi di collaborazione che abbiamo con il Mario Negri di Bergamo e con altre importanti centri nefrologici per poter utilizzare i vantaggi caratterizzanti la staminalità. Per quanto attiene le malattie renali croniche, in termini di inversione di tendenza di processi cronici, le cellule staminali al momento non stanno dando risultati positivi. Più interessante potrebbe rivelarsi il condizionamento del sistema immunitario sfruttando un'altra capacità delle cellule, anche di quelle già differenziate. La possibilità di modificare il proprio fenotipo. Potrebbe trovare spazio l'ipotesi di favorire il trans-differenziamento verso popolazioni cellulari come le cosiddette Treg (CD25 Fox P3+) che sono cellule che producono in maniera naturale fattori antiinfiammatori caratterizzanti lo stato di tolleranza del paziente sempre in ambito trapiantologico. Insomma, le novità ci sono e sono molte. È necessario solo procedere nella strada di innovazione e consolidamento intrapresa presso la U.O. di Nefrologia Dialisi e Trapianto percorrendola con cautela ma con perseveranza sapendo che Bologna in campo nefrologico deve continuare a mantenere quel ruolo centrale che da sempre le viene riconosciuto.

CHETCH - China and Europe Taking Care of Healtcare Solutions: il contributo dell'Associazione Medici Agopuntori Bolognesi (AMAB)

Venerdì 1 dicembre si è svolta nella sede del Committee of the Regions, in Bruxelles, la conferenza finale del CHETCH – China and Europe Taking Care of Healthcare Solutions – presieduta dal Dr. Lambertz, Presidente del Comitato delle Regioni, che ha ringraziato calorosamente i partecipanti la conferenza ricordando l'importanza del progetto nel suo scopo di collaborazione internazionale in ambito sanitario, e auspicando la programmazione futura di progetti simili.

Il CHETCH, partito il 1 gennaio 2014 e durato quattro anni, è un progetto di ricerca facente parte delle azioni Marie Curie finanziato dalla Comunità Europea.

Il consorzio vincitore del progetto è costituito dalle seguenti istituzioni universitarie europee e cinesi: Università Politecnica delle Marche, Università di Ferrara, Università di Macerata, Nanjing University of Chinese Medicine, Hunan University, South China University of Technology (Guangzhou), Vrije University (Brussel), East China University of Political Science and Law (Shanghai), Beijing Normal University, University of Chinese Academy of Sciences (Beijing), Fundacion Europea de Medicina Tradicional China (Barcellona) e l'Associazione Medici Agopuntori Bolognesi (A.M.A.B.).

L'obiettivo principale del CHETCH è stato quello di fornire linee guida e proposte ai responsabili europei e cinesi delle politi-

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° luglio 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)

che sanitarie in un ambito interdisciplinare: medico, sociale, economico e legale. Tra le problematiche affrontate durante i quattro anni di progetto, l'invecchiamento della popolazione sia in Europa che in Cina dove, parallelamente all'aumento del numero degli anni vissuti abbiamo un aumento degli anni vissuti con disabilità, le patologie croniche, le principali malattie a forte impatto sociale quali le cefalee e la lombalgia, l'aumento delle spese sanitarie e la conseguente sostenibilità o meno dei Sistemi Sanitari Pubblici.

L'A.M.A.B., in quanto responsabile dell'area di integrazione delle pratiche mediche occidentali e cinesi, ha evidenziato quale possa essere il contributo dell'agopuntura e della medicina tradizionale cinese in questo scenario, in particolare:

– l'Agopuntura ha scarsi effetti collaterali e alla luce dell'EBM è efficace nel trattamento del dolore cronico e in particolare nelle cefalee e nella lombalgia;

– l'Agopuntura può essere utilizzata da sola o integrata alla moderna biomedicina. È particolarmente indicata in pazienti sotto pesante politerapia come avviene spesso nell'anziano e nella cronicità;

– l'Agopuntura ha un profilo costo-efficacia positivo. Se utilizzata in maniera diffusa per le indicazioni che le compete, può far risparmiare risorse economiche che potrebbero essere utilizzate in altri settori della sanità.

Nella conferenza finale, l'A.M.A.B. ha esortato affinché:

– l'Agopuntura sia introdotta nei Sistemi Sanitari Europei per la cura delle patologie dove è stata dimostrata la sua efficacia;

– i medici siano informati sulle indicazioni terapeutiche e i limiti dell'Agopuntura.

Per tutti noi, il progetto CHETCH è stata un'esperienza esaltante: decine di giovani ricercatori dell'A.M.A.B. hanno avuto la possibilità di vivere un'indimenticabile esperienza scientifica, culturale e umana presso le università e ospedali cinesi, altrettanto importante è stato ospitare giovani ricercatori cinesi presso la nostra struttura.

Per noi è stato motivo di orgoglio come unico ente non universitario, partecipare e vincere un bando europeo e avere dato lustro e visibilità alla sanità bolognese.

Carlo Maria Giovanardi
Presidente AMAB
Steering Committee CHETCH

www.chetch.eu
www.amabonline.it

L'influenza "*spagnola*" a Bologna (1918-1919)

Sergio Sabbatani*

La posizione geografica di Bologna sulla via Emilia e snodo ferroviario Nord-Sud, collocava la Città al centro dei collegamenti tra il fronte, la Valle Padana e la penisola che si estendeva oltre gli Appennini. Per questo motivo nel 1918 la Città felsinea era a particolare rischio epidemiologico.

Bologna dopo l'Unità d'Italia era rifiorita, il Piano Regolatore del 1889 aveva rilanciato la sua urbanistica, i quartieri fatiscenti erano stati riqualificati, con la costruzione di nuovi insediamenti residenziali per le classi lavoratrici fuori dalle vecchie mura della città storica. La crescita demografica era stata così indirizzata nelle nuove aree a Nord della via Emilia, mentre nelle zone pede-collinari, a Sud, si era sviluppata un'edilizia residenziale sofisticata, destinata alle classi benestanti. La Città aveva avuto un rilancio della sua storica Università, sul piano sanitario era, rispetto al Paese, sicuramente meglio attrezzata, inoltre poteva contare su una collaudata rete di assistenza di tipo solidaristico, che si era andata consolidando attraverso l'esperienza maturata, nei secoli, nel corso di precedenti epidemie (1,2,3).

Quale fu l'impatto epidemico sulla popolazione in quei mesi che, tra l'estate del 1918 e l'inverno del 1919, vide il flagello della *Spagnola* interessare tutta la penisola, mentre si concludeva la grande guerra e la fame, la miseria e i lutti avevano lasciato in ginocchio la nazione?

Nel grafico rappresentato in figura 1 si può osservare l'andamento dei morti sepolti nel cimitero di Bologna dal 1901 al 1930. Si osservi il picco di decessi nel 1918, con quasi 7.000 bolognesi morti. L'anno seguente si registrò uno strascico, con 4.864 sepolti. La figura 2 consente di apprezzare l'andamento dei decessi per Spagnola e polmonite crupale, definizione che all'epoca veniva data alla complicanza pneumonitica, nel periodo di 18 mesi in cui si osservò l'evoluzione epidemica. La mortalità aumentò bruscamente nei mesi di settembre

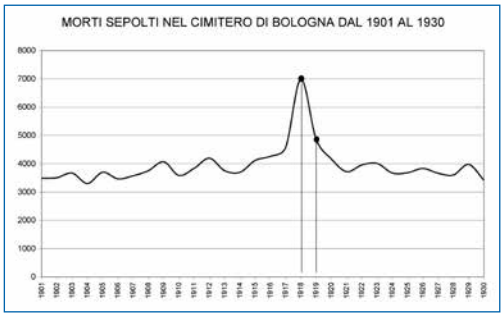


Figura 1 - Andamento dei sepolti nella Certosa di Bologna tra il 1900 e il 1930. (Dati desunti da un tabulato riassuntivo, ritrovato presso l'Archivio della Certosa di Bologna, che elenca i sepolti per anno dal 1801 al 1957).

e ottobre, con un decremento significativo nel mese di novembre, pur osservandosi un'incidenza elevata ancora nei mesi invernali che scese definitivamente in aprile e maggio. Si osservi che tra gennaio e giugno le morti per polmonite crupale oscillarono intorno ai 50 casi e

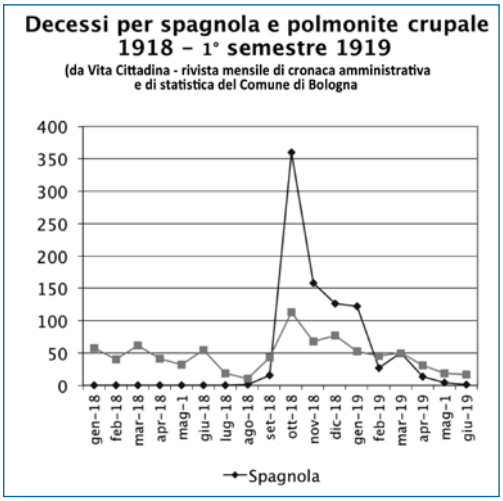


Figura 2 - Andamento dei decessi a Bologna nei 18 mesi di epidemia tra il 1918 e il 1° semestre del 1919. (Dati desunti dai numeri della rivista mensile di cronaca amministrativa e di statistica del Comune di Bologna "Vita Cittadina" relativi agli anni 1918 e 1919).

	1918		I° s. 1919		Tot.
	661		218		
Influenza Spagnola	M. 229	F. 362	M. 96	F. 122	879
Polmonite crupale	M. 318	F. 301	M. 103	F. 112	834

Tabella 1 - Incidenza a Bologna di decessi per Spagnola *e polmonite crupale nel 1918 e nel 1° semestre del 1919. (Dati desunti dai numeri della rivista mensile di cronaca amministrativa e di statistica del Comune di Bologna "Vita Cittadina" relativi agli anni 1918 e I° s. 1919).*

non si determinò nessun decesso per influenza, nella fase primaverile dell'epidemia.
La tabella 1 consente di apprezzare l'incidenza a Bologna di decessi per *Spagnola* e polmonite crupale nel biennio, suddividendo la casistica per sesso. Se è vero che prevalsero complessivamente le femmine sui maschi nel conteggio dei decessi, va però ricordato il fatto che molti giovani uomini erano al fronte. Inoltre escono da questo computo tutti quei giovani uomini che perdettero la vita a causa dell'epidemia fuori dalla città, al fronte o in ospedali militari delle retrovie o nei campi di addestramento militare.
Per colmare questo divario di conoscenza ci viene in aiuto la tabella 2 ove vengono presentati i dati complessivi relativi ai morti della Provincia di Bologna nella I Guerra Mondiale, redatta dall'Ufficio Centrale Notizie di Bologna al termine del conflitto. Nella tabella vengono suddivise le morti per ferite e per malattie. Si osservi che sotto la voce specie della malattia, per l'anno 1918, venne registrato, alla voce polmonite, un numero di casi in assoluto in eccesso rispetto alle altre patologie: furono infatti 1.259, pari all'81,4% dei decessi complessivi per questa causa nel lustro in esame. Nel 1919 i morti per polmonite furono 123 (7,9%). Si tenga presente che sotto la voce polmonite furono considerati nella statistica redatta dai militari, tutti i decessi per polmonite crupale e più in particolare per *Spagnola*, che per altro non risultarono segnalati sotto un'altra voce specifica. Durante l'intero conflitto i militari deceduti, per tutte le cause, di Bologna e provincia furono 10 745, per polmonite perirono 1.546 soldati (14,38%).
Non è possibile stabilire in termini certi quanti di questi militari persero la vita a Bologna e quanti in ospedali fuori della provincia, come non è possibile chiarire il numero dei bolognesi né i deceduti originari della provincia. Alla luce di questi dati possiamo comunque ritenere, con buona approssimazione, che a Bologna

Complesso delle perdite nel **1915-1920,** *divise* **per anno** *secondo la* **causa** *e il* **luogo della morte.**

ANNO	FERITE						MALATTIA												Infort.		Dispersi		TOTALE GENERALE
							Luogo				Specie della malattie												
	sul campo	sez. sanità, ospe. di c. e di g.	ospedali territoriali	in prigionia	a casa propria	TOTALE	sez. sanità, ospe. di c. e di g.	ospedali territoriali	in prigionia	a casa propria	TOTALE	tifo	enterite	polmonite	tubercolosi	malaria	varie	non specificate	di guerra	non specificate	sul campo	in prigionia	
1915	897	270	51	8	—	1226	278	87	2	9	371	79	165	11	14	2	22	68	3	11	319	—	1930
1916	1057	414	85	15	4	1575	120	203	12	31	366	77	14	38	38	3	102	94	40	16	271	—	2268
1917	967	410	79	29	1	1486	117	285	80	69	531	35	20	93	92	10	169	112	11	32	478	—	2539
1918	344	137	26	24	3	534	639	963	763	211	2576	39	33	1259	361	47	355	482	26	44	108	60	3348
1919	1	6	6	—	—	8	58	252	—	129	439	10	2	123	108	12	72	112	10	18	—	—	475
1920	—	—	1	—	1	2	1	77	—	100	178	2	—	22	92	1	26	35	—	5	—	—	185
Complesso	3266	1233	248	76	9	4831	1208	1847	857	549	4461	242	234	1546	705	75	756	903	90	127	1176	60	10745

Tabella 2 - Morti nella Provincia di Bologna correlati alla 1ª guerra mondiale. (Tabella ripresa dall'elenco de I morti in guerra della provincia di Bologna, *edito nel 1927 dall'Ufficio centrale per le notizie alle famiglie dei militari).*

la prevalenza del sesso femminile rispetto ai decessi per Spagnola non ci sembra confermabile.
Dati ufficiali, comparsi sul "Resto del Carlino" del giorno 1 dicembre 1918, ci dicono che in Città nei mesi di ottobre e novembre furono denunciati 6.926 casi di influenza grave. In ottobre perirono 383 civili e 166 militari. Nel mese di novembre i decessi per Spagnola furono 181 tra i civili e 396 tra i militari. In quel bimestre il giorno più nero fu il 26 ottobre con 25 morti tra i civili e 28 tra i militari.
A parere di Giuseppe Bellei, all'epoca Ufficiale Sanitario del Comune di Bologna, non ci fu una interruzione del quadro epidemico tra l'ondata primaverile e quella ben più grave autunnale. Per sostenere questa tesi, cita il fatto che, conteggiando il numero di decessi per broncopolmonite, nei cinque mesi, tra maggio e settembre del 1917, questi furono 90, mentre nello stesso periodo dell'anno seguente furono 234 (4). Ricordava inoltre che già nel mese di luglio c'era stato un decesso collegabile all'influenza. A suo parere questi dati indirizzano verso l'ipotesi che questi morti in eccesso fossero secondari all'influenza.
Bellei, nella sua relazione, espresse l'opinione che il quadro epidemico a Bologna seppur grave fu, se rapportato a quanto accadde nel paese, relativamente mite. Egli stimava che nel mese di febbraio del 1919, quando ormai l'epidemia era in fase di remissione, si fossero contati circa 2.000 decessi da collegare all'influenza. Questo dato consentiva di stilare un bilancio che, seppur drammatico, era non troppo negativo.
Della stessa opinione erano due illustri clinici bolognesi, Enrico Boschi e Giuseppe Dagnini. Questi medici ammettevano, in una conferenza tenuta a Bologna nell'aprile del 1919, che numerosi casi non gravi non erano giunti all'osservazione dei medici (5). È interessante rilevare che i due clinici, per rendere la relazione il più possibile esaustiva, avevano inviato un questionario a tutti colleghi esercenti nella Città e in provincia, per ottenere risposte che consentissero di delineare, per sommi capi, i caratteri delle febbri occorse nei due periodi primavera-estate e autunno-inverno. I colleghi bolognesi dimostrarono interesse collaborando in buon numero, ciò consentì di delineare in termini soddisfacenti l'andamento clinico dell'epidemia influenzale a Bologna. Per quanto riguarda le misure profilattiche non fu applicata nessuna disposizione particolare contro l'influenza, come la chiusura dei cinema, delle scuole, la limitazione delle rappresentazioni teatrali, ecc. (4). Fu solamente deciso di ricoverare gli influenzati gravi nella Scuola Masi – trasformata in ospedale dall'Autorità militare per i bisogni della guerra – in quanto l'Ospedale Maggiore era insufficiente per il gran numero di malati che facevano domanda di ammissione. Bellei, nella sua relazione, ammise onestamente che nulla era stato fatto "... *che neppure lontanamente possa ritenersi efficace a limitare in qualche modo il diffondersi del malanno*"(4). L'iniziale ritardo di 15 giorni nella riapertura delle scuole a settembre non rivestì, a suo parere, un significato particolare nella riduzione del contagio, anche perché tale provvedimento temporaneo non modificò sostanzialmente l'impatto epidemico. Gli asili altrimenti rimasero sempre aperti perché ospitavano i figli di numerosi militi le cui mogli erano impiegate nell'industria bellica, e che, in caso di chiusura, sarebbero rimasti privi di assistenza. Bellei sottolineava che non si era osservata alcuna differenza nel decorso dell'epidemia a Bologna rispetto le città italiane ove erano stati applicati provvedimenti restrittivi particolarmente rigorosi, anzi ricordava che la mortalità era stata minore rispetto a numerose altre città. Per quanto riguarda l'uso della maschera protettiva, utilizzata largamente all'epoca, a Bologna fu ritenuta inutile in quanto, come ricordava l'Ufficiale Sanitario, "*il virus filtrabile dell'influenza passa attraverso qualsiasi maschera che permetta il passaggio dell'aria*". Tutti i provvedimenti adottati furono in linea con quanto si praticò a livello internazione (6).
Essendo la causa dell'influenza non nota tutti i numerosi vaccini che vennero sperimentati non risultarono efficaci. Furono tentate anche a Bologna terapie con preparati a base di aglio, di tinture di iodio, il chinino, preparati a base di piccole dosi di acido fenico, l'aspirina, la canfora, preparati con olio di cinnamomo (cannella), il salvarsan, l'olio di ricino, il bicarbonato di sodio, il citrato di sodio, ma tutti risultarono infruttuosi. Ricomparve il salasso, ripudiato dai medici sul finire del secolo XIX, con risultati che furono negativi quando venne utilizzato nei pazienti con polmonite secondaria all'influenza (4, 5).

L'impotenza era grande tanto che, dopo la disamina dei provvedimenti adottati con risultati totalmente negativi, Bellei concludeva che gli stessi risultati si erano ottenuti "*con la più semplice delle cure: l'abbondanza d'aria nell'ambiente nel quale i malati si trovano*"(4).

Purtroppo nonostante gli sviluppi scientifici collegati alle scoperte virologiche e immunologiche, oggi, a distanza di poco meno di novanta anni dall'autunno del 1918, la terapia etiologica nei confronti del virus influenzale è ancora confusa.

Nel marzo del 1919 l'Ufficiale Sanitario di Bologna Giuseppe Bellei terminava la sua relazione ricorrendo, per definire le cognizioni che all'epoca erano ritenute attendibili, a una espressione che gli consentiva di ammettere sinteticamente la generale condizione d'impotenza di fronte all'influenza *Spagnola: Ignoramus.*

* *U.O. di Malattie Infettive Policlinico S. Orsola-Malpighi. Bologna*

Bibliografia

1) Sabbatani S. *La sifilide a Bologna nel sedicesimo secolo. L'assistenza sanitaria e sociale (prima parte)*. Infez Med.; 14 (1); 45-56, 2006.
2) Sabbatani S. *La sifilide a Bologna nel sedicesimo secolo. L'assistenza sanitaria e sociale (seconda parte)*. Infez Med; 14(2); 102-10, 2006.
3) Sabbatani S. *La tubercolosi nel diciannovesimo e ventesimo secolo: epidemiologia e ruolo dei programmi di sanità pubblica nella prevenzione della tubercolosi a Bologna.* Infez Med. 13(1); 48-56, 2005.
4) Bellei G. *Alcune considerazioni intorno all'influenza. Rendiconti Società Medico Chirurgica di Bologna. Conferenza tenuta alla Società Medico-Chirurgica di Bologna nell'Adunanza Scientifica del 18 marzo 1919.* Bologna, tip. Gamberini e Parmeggiani agosto 1919. Estratto da Bull. Sci. Med. Società Medico Chirurgica di Bologna.
5) Boschi E., Dagnini G. *Osservazioni cliniche sulla recente epidemia influenzale. Rendiconti Società Medico Chirurgica di Bologna. Conferenza tenuta alla Società Medica Chirurgica di Bologna nell'Adunanza Scientifica del 17 aprile 1919.* Bologna, tip. Gamberini e Parmeggiani agosto 1919. Estratto da Bull. Sci. Med. Società Medico Chirurgica di Bologna.
6) Sabbatani S., Fiorino F. *La pandemia influenzale "spagnola"*. Infez. Med. 4, 272-285, 2007.

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

Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti
Tel. 051.338475
neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

Empatia in ambulatorio: la relazione che cura

Simonetta Fabbri

EMPATIA dal greco: EMPATE'IA EN: dentro Pathos: sofferenza o sentimento EMPATIA è un atteggiamento verso gli altri caratterizzato da impegno di comprensione dell'altro escludendo attitudine affettiva (simpatia antipatia) e SENZA GIUDIZIO MORALE.

L'incontro avviene tra stranieri, altrimenti sarebbe parentela (E. Levinas)

BASI BIOLOGICHE DELL'EMPATIA

Pare vi sia un base biologica dell'empatia ed è collegata alla TEORIA DEI NEURONI SPECCHIO esistenti nella corteccia cerebrale premotoria e che ci permettono di comprendere attraverso il linguaggio non verbale e gestuale dell'altro, le emozioni e di farle rivivere e risuonare nel nostro sistema emotivo.

BASI PSICOLOGICHE DELL'EMPATIA

Si ritrovano nella corrente della PSICOLOGIA UMANISTICA detta anche PSICOLOGIA DELLA TERZA FORZA.

La psicologia della Terza forza nasce nel contesto degli anni Quaranta e si sviluppa in pieno nel dopoguerra, raggiunge l'apice negli anni Sessanta; si allaccia alla teoria dell'esistenzialismo in filosofia e alla teoria della Gestalt in psicologia.

La PSICOLOGIA UMANISTICA recupera la dimensione della SOGGETTIVITÀ lasciando decadere la concezione più pessimistica dell'uomo della visione psicoanalitica.

Nell'approccio umanistico la personalità è vista come UNITÀ INTEGRATA DINAMICA che non può essere scissa dalle funzioni corporee, e dalle interazioni fra psiche e soma.

Viene introdotto il concetto di SÉ.

il Sé ha due caratteristiche fondamentali:

1) il carattere di consapevolezza "io soggetto sono consapevole di me oggetto";

2) il carattere sociale: come un individuo si percepisce è influenzato dai messaggi che gli altri gli inviano.

I maggiori esponenti della PSICOLOGIA UMANISTICA sono: A. MASLOW e C. ROGERS.

In sintesi Maslow sposta l'attenzione dalla visione piramidale terapeuta- paziente/cliente al RAPPORTO IO-TU ORIENTAMENTO SU CIÒ CHE SONO LE QUALITÀ UMANE: autoattualizzazione, CAPACITÀ DI SCELTA, AUTOREALIZZAZIONE.

C. ROGERS Si accorge per primo che si possono verificare delle lesioni della personalità umana dovute al rapporto col terapeuta.

ROGERS sovverte i canoni utilizzati fino ad allora e sperimenta la TERAPIA CENTRATA SUL CLIENTE l'obiettivo è portare il paziente/cliente ad uno STATO DI RELATIVA CONGRUENZA perché si possa avviare il processo di AUTOREALIZZAZIONE.

Ci sarà un risultato efficace quanto più TERAPEUTA/PAZIENTE-CLIENTE (quest'ultimo è un termine coniato da Rogers) stabiliranno quella che si chiama ALLEANZA TERAPEUTICA.

Perché questo si realizzi ci sono CONDIZIONI DI BASE IMPRESCINDIBILI:

– EMPATIA, essere in contatto con l'altro "come se fossimo l'altro";

– IL COME SE è importante e ci permette di mantenere la cosiddetta "distanza".

QUESTO SIGNIFICA NON IDENTIFICARCI NEL MONDO DELL'ALTRO COME PUÒ SUCCEDERE IN UNA RELAZIONE SPONTANEA MA È UN "ENTRARE IN PUNTA DI PIEDI NEL MONDO DELL'ALTRO E ALLO STESSO TEMPO MANTENERE QUELLA DISTANZA CHE CI PERMET-TE VERAMENTE DI ESSERE NEL SUO PUNTO DI VISTA ESCLUDENDO IL NOSTRO.

Al nostro mondo emotivo di terapeuti, afferma Rogers, possiamo attingere a patto che questo sia d'incentivo alla comprensione della sfera emotiva dell'altro.
TUTTO CIÒ COME PUÒ ESSERE APPLICATO NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE?
"Non si può non comunicare"
"È più importante conoscere la persona che la malattia" (IPPOCRATE)

La comunicazione MEDICO PAZIENTE è parte integrante della pratica clinica.
L'Unione Europea purtroppo non si è espressa in maniera dettagliata né vincolante sul tema comunicazione medico-paziente.
La Direttiva del Consiglio che risale al 1975 prevede fra le competenze necessarie da acquisire all'interno della formazione medica: adeguate conoscenze della struttura, delle funzioni e del comportamento degli esseri umani, in buona salute e malati nonché dei rapporti tra ambiente fisico e sociale dell'uomo e il suo stato di salute.

UN PO' DI STORIA
Uno dei primi studiosi ad approfondire dal punto di vista teorico la relazione medico-paziente nella prima metà del Novecento è T. Parson che descrive: "relazione del tutto asimmetrica dove il paziente implora aiuto a un medico le cui decisioni vengono accettate in silenzio" ecc ecc.
Fine seconda Guerra Mondiale segna una svolta: da una parte il progresso scientifico, dall'altra l'emancipazione socio-culturale degli uomini e delle donne.
Concetto di salute non più come assenza di malattia ma: *STATO DI BENESSERE FISICO, PSICHICO e SOCIALE* (dichiarazione dell'O.M.S.)
Viene via via messo in crisi il modello paternalistico e il potere del ruolo del medico.
1957: MICHAEL BALINT psicologo ungherese scrive "Medico, Paziente e malattia" nel quale una forte affermazione è: "il farmaco più usato in medicina è il proprio medico" (da notare che C. Rogers sopracitato scrive "Terapia centrata sul cliente" nel 1961).
Tutto ciò ha contribuito a rivoluzionare il concetto del ruolo del medico, il concetto di salute e malattia.
Nel mondo anglosassone (scuola medica di Harward):
– **ILLNESS**, malattia percepita dal paziente;
– **DISEASE**, patologia diagnosticata dal medico;
– **SICKNESS**, dimensione del riconoscimento sociale della malattia coi vari diritti annessi e connessi nel momento del suo riconoscimento.
Possiamo tradurre i concetti anglosassoni in:
– Dimensione soggettiva percepita dal paziente;
– Dimensione professionale da parte del medico;
– Dimensione oggettiva determinata dagli strumenti tecnici e sociali.

LA COMUNICAZIONE COME RELAZIONE
COMUNICARE significa etimologicamente "Cum con e munire legare, costruire".
"La comunicazione è uno scambio interattivo fra due o più persone dotato di intenzionalità reciproca, di un certo livello di consapevolezza, in grado di fare condividere un determinato significato sulla base di sistemi simbolici e convenzionali di significazione e di segnalazione secondo la cultura di riferimento" (P. Watzlawick: della scuola di Palo Alto pioniere degli studi in materia).
La comunicazione è un'azione comune, uno scambio, un flusso.
Non si può non comunicare.
Anche il silenzio è comunicazione.

Ogni comunicazione avviene su DUE LIVELLI:
– LIVELLO DEL CONTENUTO cosa stiamo comunicando;
– LIVELLO DELLA FORMA come lo stiamo comunicando;
– LINGUAGGIO VERBALE rappresenta il contenuto;
– LINGUAGGIO NON VERBALE linguaggio del corpo e dei suoi gesti;

– LINGUAGGIO PARAVERBALE tono volume voce, pause, silenzi velocità ritmo;
– LINGUAGGIO VERBALE influisce per il 7%;
– LINGUAGGIO PARAVERBALE per il 38%;
– LINGUAGGIO NON VERBALE per il 55%.
In pratica perché è importante una buona efficace RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE che ci possa portare ad affermare che è sostanzialmente LA RELAZIONE CHE CURA.
COMPLIANCE: adesione, dopo consulenza e visita medica, ad una terapia farmacologica o igienica o a uno stile di vita che possa favorire uno stato di salute.
"Se vuoi instaurare un processo di guarigione in una persona chiedi se è disposta a rinunciare a ciò che l'ha fatta ammalare" (atteggiamento ATTIVO da parte del paziente che deve essere incoraggiato dal medico).
In tutto ciò risiede una EDUCAZIONE ALLA SALUTE e UNA EDUCAZIONE ALLA PREVENZIONE (*TO CARE* prendersi cura di).

Vi sono situazioni che possono ostacolare la cosiddetta COMPLIANCE

VARIABILI LEGATE AL CONTESTO SOCIALE
– Comunicazione inefficace;
– Cattiva intesa;
– Inadeguatezza comportamentale da parte del medico e/o del paziente;
– Incapacità del medico di fare emergere nel paziente eventuali problemi o dubbi.

VARIABILI LEGATE AL TRATTAMENTO
– *assenza di continuità*;
– lunghi tempi di attesa;
– non disponibilità ad appuntamenti;
– mancanza di coerenza;
– scarsa professionalità;
– complessità del trattamento;
– lunga durata del trattamento.
– comunicazione inefficace;
– cattiva intesa;
– inadeguatezza comportamentale da parte del medico e/o del paziente;
– incapacità del medico di fare emergere nel paziente eventuali problemi o dubbi;
– *difficoltà* di accesso alla struttura sanitaria;
– costo del trattamento;
– caratteristiche del trattamento (es. grandezza farmaco);
– effetti collaterali;
– inefficacia da parte dei familiari a condividere il trattamento;
– credenze del paziente;
– linguaggio troppo tecnico del medico;
– livello di cambiamento comportamentale richiesto.

Nella mia esperienza in Medicina generale noto nella pratica quotidiana con i pazienti come l'aspetto della relazione sia di fondamentale importanza e come la stessa relazione e una comunicazione efficace sia veramente la "griglia basilare" che sorregge tutto ciò che rappresenta l'atto medico della diagnosi, della prescrizione e soprattutto dell'informazione, quest'ultima elemento altrettanto necessario nella nostra pratica.
Al di là di ogni scuola di pensiero e di ogni rispettabile formazione ritengo che l'informazione appropriata verso chi viene al nostro consulto anche soltanto per prescrizioni farmacologiche sia un mezzo importante per instaurare quella "relazione che cura" e di fare sì che il medico si avvicini (come affermava M. Balint) ad essere esso stesso "elemento di terapia", non in quanto persona che si impone ma in quanto persona che, con giusta ed efficace assertività,dà informazioni al paziente sul suo stato di salute, sulle terapie prescritte e sullo stile di vita, elemento quest'ultimo altrettanto importante per mantenere e reinstaurare lo stato di benessere.
Mi rendo conto purtroppo nella pratica ambulatoriale quotidiana di come a tutti i fattori sopraelencati vi siano oggettivi ostacoli tipo: il poco tempo a disposizione, elementi burocratici di vario genere.
Ma penso con passione ed entusiasmo che la famosa EMPATIA che fa sì che una relazione medico-paziente diventi efficace possa essere attuata anche nei, seppur pochi, 5 minuti in cui molti di noi vedono singoli pazienti nei propri ambulatori.

Corsi FAD per l'anno 2018

Roberta Chersevani*

Ai Presidenti degli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Ai Presidenti delle Commissioni per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri
loro sedi
Oggetto: Corsi FAD per anno 2018
Gentili Presidenti,
con l'inizio del nuovo anno ritengo utile segnalarVi che sono attualmente attivi per il 2018 – sulla piattafonna FadinMed (www.fadinmed.it) – i seguenti corsi FAD, tutti accreditati per le professioni di medico chirurgo e odontoiatra:
– ID 194350 "La meningite batterica: epidemiologia e gestione clinica" (disponibile fmo al 15 maggio 2018) - n. 8 crediti;
– ID 196733 "Il Codice di Deontologia medica" (disponibile fino al 15 giugno 2018) - n. 12 crediti;
– ID 196904 "PNE 2017: come interpretare e usare i dati" (disponibile fino al I luglio 2018) -n. 12 crediti;
– ID 208351 "Lo strumento EBSCO: un sistema di supporto decisionale EBM nella pratica clinica quotidiana" (disponibile fino al 29 ottobre 2018) - n. 2 crediti;
– ID 210660 "La salute globale" (disponibile fino al 30 novembre 2018) - n. 10 crediti;
– ID 212557 "Allergie e [ntolleranze alimentari" (disponibile fino al 31 dicembre 2018) - n. 10 crediti;
– ID 212564 "Vaccinazioni: efficacia, sicurezza e comunicazione" (disponibile fmo al 31 dicembre 2018) - n. 12 crediti;
– ID 212570 "La lettura dell'articolo medico scientifico" (disponibile fmo al 31 dicembre 2018) - n. 5 crediti.
Vi confemo che, se avete intenzione di realizzare i suddetti corsi anche in modalità residenziale (ad esclusione del PNE 2017 e dello Strumento EBSCO per il quale è già prevista una procedura standardizzata come da Comunicazione n. 115 del 18 dicembre 2017), è necessario procedere ad una richiesta di accreditamento nelle tempistiche e nelle modalità usuali in vigore per gli eventi residenziali classici e che le spese per i relativi accreditamenti saranno ricomprese tra i contributi erogati dalla FNOMCeO secondo le regole del partenariato.
In aggiunta faccio presente che, sulla medesima piattaforma, troverete due corsi, "Morbillo e rosolia: epidemiologia, sorveglianza e prevenzione" e "Influenza e anziani", realizzati da Zadig s.r.l. insieme a un gruppo di lavoro dell'Università di Firenze, grazie ai fondi del Ministero della Salute nell'ambito del Progetto CCM 2015. I suddetti corsi sono resi disponibili gratuitamente a tutti gli iscritti FNOMCeO e IPASVI. Qualora i colleghi fossero interessati potranno accedere e svolgerli con le stesse modalità dei corsi FAD della FNOMCeO. Sarà cura della società Zadig notificare, per opportuna conoscenza a ciascuna sede provinciale, l'elenco dei professionisti promossi e rilasciare agli stessi, in accordo alla normativa ECM, gli attestati di conseguimento dei crediti.

** Presidente FNOMCeO*

INTEGRAZIONE ELENCO PROFESSIONI SANITARIE BOLLETTINO N. 11, NOVEMBRE 2017

Si segnala che a pag. 16 del bollettino in oggetto, fra le Professioni sanitarie, non sono state riportate le seguenti:
– **Farmacista**: D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191)
– **Medico chirurgo**: D. Lgs. 17.08.1999, n. 368 (G.U. 23.10.1999, n. 250, S.O.)
È utile sottolineare come quella dello psicologo è divenuta professione sanitaria solo con il Ddl Lorenzin - che oggi è divenuto legge con l'approvazione del Senato- che per l'appunto riporta all'art. 7 comma 4 " (Categoria professionale degli psicologi) – 1. La professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561".

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

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 9 gennaio 2018

Cognome-Nome	Telefono	Cognome-Nome	Telefono
ASCIONE ALESSANDRA	328/89.45.281	MAYA GIRALDO PAOLA	380/43.20.438
BELLAROSA CHIARA	349/00.86.479	MALDINI MARIO	333/13.12.008
BONVICINI ANDREA	338/78.11.564	MARTELLI GIULIA	339/80.88.116
CHIAVETTA PIERFRANCESCO	328/22.43.186	MORETTI SARA	339/83.84.804
CONSOLINI SILVIA	338/26.69.165	PELONI AGNESE	333/67.42.699
CUCU SILVIA	380/79.39.244	SOKOLOVA JULIA	347/01.25.873
DE PASQUAL LAURA	392/74.16.584	TUBERTINI ELEONORA	346/23.45.411
DI PRESSA FRANCESCA	348/08.10.503		051/94.34.35
GAGLIARDINI LAURA	338/11.52.229	UGHI MATTIA EFREM	333/27.95.708
GHELLI IACOPO	334/10.45.893	UZODINMA RAPHAEL IZUCHUKWU	339/74.84.431
GNINGAYE KENGNI FAUSTINE LINDA	327/921.15.94	VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
GRIMANDI IRENE	340/82.30.443	VENTOLA MATTEO	320/72.49.728
IEZZI MASSIMILIANO	349/89.48.060		

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
CAMERLO FABRIZIA	Pediatria	
	Puericultura	347/25.19.64
CARDELICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	335/62.20.145
		051/49.29.16
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
GRISHKO YANA VLADIMIROVNA	Odontoiatra	392/41.36.390
MARZARI ROSSELLA	Otorinolaringoiatria	335/53.93.123
MATTEINI PAOLA	Igiene e Medicina Preventiva	
	Medico Competente	
	Corso di Formazione in Medicina Generale	339/48.19.676
		051/44.32.41
MONTECCHIESI ELENA	Corso di Formazione in Medicina Generale	333/25.25.992
NAZIONALE IMMACOLATA	Gastroenterologia	347/36.29.125
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
SASDELLI ANNA SIMONA	Scienza dell'Alimentazione	334/99.50.996
SUZZI CHIARA	Chirurgia Pediatrica	389/60.65.025
TESTA GABRIELLA	Pediatria	392/18.18.049

32° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI AGOPUNTURA - "L'Agopuntura e la Medicina Tradizionale Cinese nelle Patologie Neurologiche"

18 Febbraio 2018

Centro Congressi Savoia Hotel Regency - Via del Pilastro, 2 BOLOGNA

Con il patrocinio di: Regione Emilia-Romagna, Città Metropolitana di Bologna. Comune di San Lazzaro di Savena, Azienda U.S.L. di Bologna, Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Bologna, FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, F.I.S.A. - Federazione Italiana delle Società di Agopuntura, NJUCM - Nanjing University of Chinese Medicine, WFCMS - World Federation of Chinese Medicine Societies, PEFOTS - Pan-European Federation of Traditional Chinese Medicine Societies, Istituto Confucio Bologna

PROGRAMMA DIDATTICO DEL MASTER PRE CONGRESSO SABATO 17 FEBBRAIO 2018
Relatore: Prof. Federico Marmori
Bologna, Sabato 17 febbraio 2018
Ore 9:00-13.00 / 14:30-18:30
Sede: Bologna: Aula didattica "Marco Romoli" Istituto di Ricerca e Cura dell'AMAB, Via Antonio Canova 15/E.
09:00-11:00 Fisiopatologia dell'ictus cerebrale secondo la MTC
10:00-11:30 Emiparesi: diagnosi e gestione, le varie tecniche dell'agopuntura, la tecnica di Shi Xue Min
11:30-11:50 Pausa
11.50 – 13:00 Dimostrazione delle tecniche su pazienti/partecipanti
13:00-14:30 Pausa pranzo
14:30-15:30 Paralisi faciale, disturbi oculari e urinari: diagnosi e trattamento con agopuntura
15:30-16:10 Disartria e disfagia: diagnosi e trattamento con agopuntura
16:10-16:30 Pausa

PROGRAMMA
8:30 Registrazione
9:00 Saluto autorità - C.M. Giovanardi (Presidente Federazione Italiana Società di Agopuntura); G. Pizza (Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna); C. Ruozi (Coordinatore Osservatorio Regionale per le Medicine non Convenzionali Responsabile Area Sviluppo delle Professionalità per l'Assistenza e la Salute Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna); Prof.ssa Marina Timoteo, Prof.ssa Xu Ying direttrici dell'Istituto Confucio dell'Università di Bologna
Mattina: *PRIMA SESSIONE*
Interventi di 15' più 5' di discussione
Moderatori: C.M. Giovanardi, U. Mazzanti
9:15 Relazione introduttiva sulla Fisiopatologia delle patologie del Sistema Nervoso in Medicina Cinese - F. Marmori
9:55 Inquadramento e trattamento con Agopuntura delle radicolopatie cervicali e lombari - L. Sotte
10:15 L'agopuntura nelle cefalee primarie: ulteriori conferme Cochrane di efficacia - G.B. Allais
10:35 Ricerca clinica e prove di efficacia dell'Agopuntura nelle patologie neurologiche - C.M. Giovanardi, A. Poini
10:55 Approccio della Medicina Cinese alla prevenzione e al trattamento della Sclerosi Multipla - A. Garoli
11:15 Pausa
SECONDA SESSIONE
Interventi di 15' più 5' di discussione
Moderatori: L. Sotte, A. Gulì
11:30 Approccio della Medicina Cinese alla prevenzione e al trattamento dell'Alzheimer - O. Iommelli
11:50 Esperienze cliniche nelle Patologie Neurologiche trattate con Addomino e Ombelico Agopuntura - G. D'Angelo
12:10 Esperienza clinica di neuropatie in malati oncologici: trattamento con Agopuntura - A. Gulì, M.L. Barbanera
12:30 Progetto multicentrico sull'efficacia dell'agopuntura nella neuropatia post chemioterapia nelle donne con cancro della mammella: ACU-CIPN - A. Poini, S. Magno, M. Devecchi, G. M. Farella, C.M. Giovanardi, U. Mazzanti, A. Pavesi
12:50 Progetto europeo CHETCH: China and Europe Taking care of Healthcare Solutions – Programma Marie Curie: Risultati finali del progetto - A. Poini, M.L. Barbanera, M. Devecchi, G. M. Farella
13:00 Pausa pranzo
Pomeriggio: *PRIMA SESSIONE*
Interventi di 15' più 5' di discussione
Moderatori: A. Matrà, E. Casaletti
14:30 La gestione del trattamento del Parkinson secondo la medicina cinese - F. Marmori
14:50 Herpes Zoster in agopuntura, inquadramento, trattamento, casi clinici - C. Moiraghi, P. Poli
15:10 L'auricoloterapia nelle patologie neurologiche - E. Marchi, B.Mezzetta
15:30 Premiazioni sezione poster e presentazione posters vincitori
15:50 Pausa

Pomeriggio: *SECONDA SESSIONE*
Interventi di 15' più 5' di discussione
Moderatori: E. Marchi, S. Sarafianos
16:05 I 12 punti magici del dr. R. Tan per il trattamento delle sindromi neurologiche complesse - G. Picozzi
16:25 La Meralgia parestesica: trattamento con Agopuntura - U. Mazzanti, G.M.Farella
16:45 L'Agopuntura nella terapia delle vertigini parossistiche benigne - A. Matrà
17:05 Craniopuntura: EBM e applicazioni in campo neurologico - M. Devecchi
17:25 Chiusura lavori

SEZIONE POSTERS
Anche quest'anno il Congresso prevede una sezione di posters per cui sarà allestita una mostra dei lavori inviati.
I posters saranno esposti per tutta la giornata del Congresso nel foyer del Centro Congressi.
I due migliori posters saranno premiati alla fine delle relazioni: Euro 250 per il 1° classificato ed Euro 150 per il 2° classificato.
I posters saranno votati dai partecipanti al Congresso con apposita cartolina che verrà consegnata dalla segreteria all'atto dell'iscrizione.
Il contenuto del poster potrà essere uno dei seguenti:
a. illustrare la Tesi di fine Corso del Corso triennale di agopuntura o del Corso biennale di Auricoloterapia.
b. illustrare progetti di ricerca in agopuntura già eseguiti o in atto
c. illustrare argomenti attinenti alla fisiopatologia e alla terapia in MTC.
Tutti i posters saranno poi pubblicati, previo assenso dell'autore, sul sito della Scuola (www.amabonline.it)
Occorre comunicare alla segreteria della Scuola mediante email (segreteriascuola@amabonline.it) l'intenzione di presentare il poster ed inviare alla stessa segreteria, entro il entro venerdì 26 gennaio 2018, la bozza dell'argomento per essere ammesso al Congresso. La bozza sarà giudicata da una Commissione presieduta dal dott. Annunzio Matrà e composta dai dottori Miriam Manetti, Annunzio Matrà e Sotirios Sarafianos.
Il poster in formato elettronico e cartaceo dovrà essere inviato alla segreteria ed alla sede A.M.A.B. – Scuola Italo Cinese di Agopuntura, via Canova 13 40138 Bologna, entro venerdì 9 febbraio 2018.
FORMATO POSTER: Utilizzare un formato verticale di 100 x 70 cm. Il poster va stampato su carta opaca da 70 gr. È utile presentare i contenuti del poster su due colonne. Il testo dovrebbe essere completo ma conciso. Mettere in risalto i concetti, eventualmente evidenziando parole essenziali. Evitare testi troppo lunghi. Presentare solo tabelle e figure necessarie. Usare dimensioni dei caratteri che siano leggibili a una ragionevole distanza (1-2 metri ca. - suggeriamo 24-26 punti per il corpo del testo). È utile mettere a disposizione fotocopie del poster (A4 o formato simile). I due vincitori potranno presentare il proprio lavoro per soli quattro minuti ognuno, pertanto è necessario presentare tre slide formato .ppt esplicative del proprio lavoro.

Quota di iscrizione:
Euro 160,00 (IVA e quota associativa A.M.A.B. 2018 comprese), Euro 100,00 (IVA compresa) per i soci A.M.A.B. 2018, Euro 80,00 (IVA compresa) allievi A.M.A.B. – Scuola Italo Cinese di Agopuntura (a cui verranno riconosciute 4 ore di pratica e 4 ore di teoria). L'iscrizione si intende effettuata solo dopo l'avvenuto pagamento della quota prevista

Termine di iscrizione:
venerdì 9 febbraio 2018

Materiale didattico:
è prevista la consegna gratuita degli handouts del seminario per via telematica.

Modalità di pagamento:
Bonifico bancario intestato a
"Medicina e Tradizione s.r.l."
Via Poggio Maggiore,11 - 40065 Pianoro (BO)
codice IBAN IT03P0200837002000100595513
UNICREDIT BANCA - Filiale di Pianoro (Bo)
Indicare esattamente la causale: Ictus, nome e cognome.

Per informazioni:
Lunedì e Venerdì ore 10:00-12:00/15:00-17:00
Martedì e Mercoledì ore 15:00-17:00
Giovedì ore 10:00-12:00 al 340.9553985
segreteriascuola@amabonline

Segreteria scientifica
dott.ssa M.L. Barbanera, dott. M. Devecchi, dott.ssa G. Farella, dott. C.M.Giovanardi, dott. ssa E. Marchi, dott. U. Mazzanti, dott. E. Montanari, dott.ssa A. Poini

Segreteria organizzativa
Forum Congressi della Associazione Medici Agopuntori Bolognesi (Amab) e della Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Via Antonio Canova 13 – 40138 Bologna
Tel. 051.4120505 Cell. 340.9553985
e-mail: segreteriascuola@amabonline.it,
sito web: www.amabonline.it

RELAZIONE FINALE DEL CONGRESSO "SALUTE A MISURA DI DONNA: MENOPAUSA E DINTORNI"

16 SETTEMBRE 2017 - HOTEL SAVOIA REGENCY BOLOGNA

Il 16 settembre 2017 presso Hotel Savoia Regency di Bologna si è svolto il congresso "Salute a misura di donna: menopausa e dintorni" organizzato dalla sezione bolognese dell'Associazione Italiana Donne Medico.
Gli obiettivi che l'evento si proponeva sono stati raggiunti.
Il perno del congresso è stato la menopausa affrontata mediante un approccio multidisciplinare per ottenere una visione globale di tutte le influenze che la menopausa determina sull'equilibrio psico-fisico della donna.
L'obiettivo è stato quello di evitare che la menopausa possa essere considerata come uno stato di malattia oppure come quella fase della vita in cui subentra un cambiamento ormonale senza prendere in considerazione i cambiamenti psico-fisici.
È stato evidenziato che gli effetti del calo degli estrogeni non producono disturbi localizzati soltanto a livello genitale, ma rappresentano il denominatore comune di una serie di modificazioni fisiopatologiche che coinvolgono diversi organi ed apparati.
La relazione cardiologica ha messo in evidenza come il mancato effetto protettivo degli estrogeni possa determinare malattie cardiovascolari, principale causa di mortalità nelle donne che, come genere, hanno già differenze anatomo-fisiologiche che concorrono ad aumentarne il rischio.
Ovviamente per ridurne l'incidenza sono stati analizzati, da altri relatori, i diversi fattori di rischio (ipertensione, dislipidemia e glicemia) modificabili con la prevenzione, la terapia e un adeguato stile di vita. In particolare si è parlato di come mantenere un buon equilibrio alimentare mediante dieta bilanciata.
Inoltre è stata esaminata l'importanza del microbiota intestinale per mantenere un buon equilibrio eubiotico e l'interazione del microbiota vaginale con la salute della donna in menopausa.
Si è parlato della prevenzione dell'osteoporosi, in quanto il calo degli estrogeni condiziona la perdita della massa ossea con riduzione della densità e della resistenza nell' 80% delle donne in menopausa, incidendo sulle fratture ossee, in particolare le fratture del femore.
L'urologa ha relazionato sulle strategie terapeutiche da adottare per i disturbi a carico delle basse vie urinarie che generano il cosiddetto discomfort uro-genitale e che determinano un forte impatto sulla qualità della vita.
Soprattutto il medico psicologo ha sottolineato l'influenza della menopausa sul calo del tono dell'umore con conseguenti manifestazioni psico-somatiche in considerazione del fatto che l'essere umano è mente e corpo, cioè unità inscindibile psico-fisica.

* * *

LA PSICO-ONCOLOGIA NELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE QUOTIDIANA: DAI BISOGNI DELLE PERSONE ALLE RISPOSTE DEI SERVIZI

BOLOGNA, 22 SETTEMBRE 2017

Le patolgie neoplastiche colpisono ogni anno milioni di persone e i dati della Organizzazione Mondiale della Sanità indicano un aumento della loro incidenza. In un panorama generale di cambiamento della medicina e di diffusione di questa patologia, a partire dagli anni Settanta si è assistito alla nascita della Psico-oncologia, come disciplina finalizzata ad affrontare la sofferenza psichica secondaria all'ammalarsi di cancro. Secondo un'ottica multidisciplinare, risulta importante coinvolgere le persone ammalate, i familiari, nonché il personale sanitario durante tutto il percorso assistenziale. Ammalarsi di cancro, infatti, è un avvenimento che investe tutte le dimensioni della persona, per questo comprendere la vasta area delle variabili psicologiche connesse alla patologia risulta fondamentale per fornire ai pazienti la necessaria assistenza.

Questo il tema principale affrontato il 22 settembre scorso a Bologna, in occasione della **II Giornata Nazionale di Psico-oncologia organizzata da SIPO - Regione Emilia-Romagna in collaborazione con Fondazione ANT**. L'evento ***"La psico-oncologia nell'attività assistenziale quotidiana: dai bisogni delle persone alle risposte dei servizi"***, ha permesso di approfondire il ruolo attuale della psiconcologia nei contesti assistenziali, di ricerca e di formazione e la programmazione di percorsi specifici all'interno del sistema sanitario.
Nel corso del seminario, gli ospiti intervenuti come docenti, hanno dialogato con il *Dott. Alberto Bagnulo*, Oncologo e Direttore dell'Unità Internistica Multidisciplinare SOC Ospedale di Correggio, che confrontandosi con gli altri professionisti presenti, ha fornito le basi generali della Psiconcologia, immediatamente fruibili nell'esperienza quotidiana col malato.
La *Dott.ssa Patrizia Buda*, componente del Comitato Scientifico della Società Italiana di Psico-oncologia (SIPO) e la Dott.ssa Anna Nicolosi, hanno definito il ruolo di questa figura professionale nonché le modalità e le caratteristiche di intervento che può essere attuato all'interno dei vari contesti in cui opera. Le problematiche psichiche, le reazione emozionali secondarie alle patologie tumorali, la definizione di modelli di intervento specifici e la necessità della formazione degli operatori, rappresentano alcuni degli obiettivi che la Psico-Oncologia si è posta in questi anni e si pone per il futuro.
Per tali ragioni, una volta definite le caratteristiche di questa figura professionale, grazie al *Prof. Pierluigi Garotti* e alla Dott.ssa Silvia Varani, Responsabile dell' U.O. Formazione e Aggiornamento presso Fondazione ANT, è stata definita la formazione dello psico-oncologo. Come è emerso dal confronto con i partecipanti, all'interno della formazione non può escludersi l'insegnamento della comunicazione, in modo particolare nel caso della trasmissione di cattive notizie, della gestione della transizione dal reparto all'asistenza domiciliare o della discussione dei temi di fine vita.
La discussione si è poi focalizzata sull'intervento dello Psicologo Ospedaliero in Oncologia, grazie all'intervento del *Dott. Gioacchino Pagliaro*, Direttore dell'UOC di Psicologia Clinica Ospedaliera dell'AUSL di Bologna e la Dott.ssa Dorella Scarponi, Dirigente medico presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, è stato possibile contestualizzare l'intervento messo in atto da questa figura professionale, riconoscendo l'importanza del suo ruolo in questo specifico ambiente. Gli interventi dei docenti, hanno contribuito alla diffusione di quanto operativamente si fa in questo ambito al fine di una maggiore sensibilizzazione verso una disciplina quanto mai attiva.
La giornata di formazione, con il contributo della Dott.ssa *Margherita Arcieri*, Medico Geriatra, Internista, Presidente dell'Associazione Italiana Donne Medico e la *Dott.ssa Concetta Stornante*, Psichiatra, membro del Consiglio Direttivo Regionale per l'Emilia-Romagna della SIPO, hanno fornito una visione più specifica di questa figura professionale, per comprendere la capacità di gestione di tutti quegli aspetti psicologici ed emotivi determinati da una patologia di genere.
Nel contesto di cura il paziente è al centro dell'attenzione, ma nell'esperienza di malattia vengono inevitabilmente coinvolti anche i caregiver, ovvero le persone che lo assistono a livello familiare ed extra familiare. Per questo una parte di questa giornata è stata dedicata al ruolo dello psiconcologo nel contesto familiare, grazie al contributo di esperti come la *Dott.ssa Ivanna Gasparini*, psicoterapeuta per l'Azienda USL di Reggio Emilia, la *Dott.ssa Marina Govoni* Pediatra di Libera scelta presso l'AUSL di Bologna e il *Dott.Cesare Tosetti*, Medico di Assistenza Primaria presso l'AUSL di Bologna.
Inoltre a conclusione dell'evento, la *Dott.ssa Gasparini*, la *Dott.ssa Govoni*, insieme al *Dott. Tosetti*, hanno fornito alcuni spunti e informazioni relative ai bisogni e alle risorse che questa figura professionale possiede, ai fini di una formazione degli stessi operatori quanto più efficace e una progettazione di intervento destinata alle persone in assistenza sempre più approfondita e specifica.
È importante quindi per chi lavora in questo contesto riconoscere e comprendere come l'esperienza della malattia si inserisca nella storia di vita di chi è costretto a fronteggiarla, per aiutare a tessere attorno alla persona malata una rete sociale ed affettiva di sostegno. Riconoscere l'importanza che svolgono le variabili psicologiche e sociali all'interno dell'assistenza oncologica, favorirà lo sviluppo di una cultura psiconcologica e la possibilità di diffusione della stessa negli ospedali, nelle aziende sanitarie, nelle istituzioni e nella comunità.

EFFETTI DEL TRAFFICO AEREO SULL'AMBIENTE E SULLA SALUTE: PROBLEMI PER BOLOGNA?

Venerdì 20 ottobre 2017 Villa Angelica, Ozzano dell'Emilia Bologna

Il convegno "Gli effetti del traffico aereo sull'ambiente e sulla salute " tenutosi ad Ozzano dell'Emilia nella prestigiosa sede di "Villa Angelica", ha fatto il punto sulle conoscenze scientifiche disponibili per affrontare un problema sentito nel caso di Bologna, da gran parte dei residenti nel quartiere Navile. Hanno presentato le loro relazioni i maggiori esperti nazionali. A partire dagli anni Settanta-Ottanta il traffico aereo, sia per il trasporto passeggeri che per il trasporto di merci, è cresciuto costantemente in tutto il mondo. Da oggi al 2025 è previsto che tale traffico triplicherà. Altrettanto è aumentato progressivamente nel tempo l'impatto ambientale dovuto a tale crescita, in particolare sia per quanto riguarda l'inquinamento acustico che quello atmosferico, esponendo le popolazioni residenti nei pressi degli aeroporti a rischi per la salute sempre più crescenti. Il fastidio del rumore degli aerei in partenza e in arrivo è quello più percepito e, sebbene sia stato oggetto di normative periodicamente aggiornate, costituisce ancora uno dei problemi maggiori. È infatti ampiamente riconosciuto che gli effetti del rumore generato dalla attività degli aeroporti può comportare effetti deleteri per la salute umana. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che il rumore può causare danni all'udito, interferire con la capacità di comunicazione e socializzazione fra le persone, provocare disturbi del sonno, causare patologie cardiovascolari e stati di ipertensione arteriosa, ridurre le capacità fisiche oltre che indurre alterazioni di tipo comportamentale. L'inquinamento atmosferico causato dalle emissioni degli aerei è simile a quello generato dagli inceneritori, dalle raffinerie, dagli impianti energetici i quali, a differenza degli aeroporti, sono sottoposti a regolamentazioni per il controllo delle emissioni molto stringenti. Inoltre, mentre l'inquinamento da altre sorgenti è stabilizzato o addirittura tende a diminuire, l'inquinamento causato dagli aerei continua a crescere a causa della enorme crescita del traffico aereo e la mancanza di controllo dell'inquinamento negli aeroporti. Per esempio, secondo valutazioni effettuate nella Città di New York, un grosso aereo che decolla o atterra produce una quantità di fumo simile a quella di una automobile che abbia fatto oltre 8000 km ed una quantità di ossidi di azoto pari a quella di un'auto che abbia percorso quasi 40.000 km. L'inquinamento atmosferico nelle aree prossime agli aeroporti aumenta il

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
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

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

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

rischio di patologie broncopolmonari, in particolare asma, sia fra i bambini che fra gli adulti e determinando di conseguenza l'aumento dell'incidenza di morbilità e quindi di ospedalizzazione. Le relazioni presentate al convegno hanno messo a fuoco le problematiche con riferimenti precisi alle situazioni di vari aeroporti italiani, in particolare quelle di Ciampino, Malpensa, Fiumicino. Per quanto riguarda l'aeroporto di Bologna, una indagine fatta alla scuola Silvani del quartiere Navile ha evidenziato picchi di superamento dei limiti previsti dalle normative vigenti. Una delle relazioni ha affrontato il problema del che fare portando come esempio ciò che è stato fatto per migliorare la situazione dell'aeroporto di Pisa. In quella città è stato dimostrato che è possibile rimediare a situazioni di rumore fastidioso con interventi appropriati e fattibili. La Tavola Rotonda finale, moderata dal presidente dell'Ordine dei Medici di Bologna Giancarlo Pizza, ed alla quale hanno partecipato il presidente del quartiere Navile Daniele Ara, il direttore dell'ARPA –ER Giuseppe Bortone ed il direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'AUSL di Bologna Paolo Pandolfi, ha affrontato il problema dell'aeroporto di Bologna. Dai vari interventi è emerso come, nonostante la situazione sia rispettosa delle normative vigenti, i fastidi lamentati dai cittadini residenti costituiscono delle criticità a cui si deve dare risposta. Il dottor Morando Soffritti, che ha presieduto il convegno, nelle sue conclusioni ha affermato che i suddetti problemi ambientali con forte impatto sulla salute, come emerso dal convegno, non possono essere elusi nascondendosi dietro la logica delle normative vigenti che, nel caso degli aeroporti, sono vecchie di oltre 30 anni e quindi non adeguate per fare fronte al pesante aumento del traffico aereo di Bologna verificatosi durante tale periodo. È invece necessario riaprire il confronto tra cittadini e organi istituzionali preposti, con un rapporto di reciproco rispetto, essenziale per dare soluzioni attese da tanto tempo.

* * *

"IL DITO E LA LUNA - LA SANITÀ DA SPESA SOCIALE A VOLANO DI CRESCITA" - CONVEGNO SIMM - SOCIETÀ ITALIANA MEDICI MANAGER- SIMM

Bologna - 6 novembre 2017

Lunedì 6 novembre 2017, si è svolto a Bologna il convegno "Il Dito e la Luna"* -La Sanità da spesa sociale a volano di crescita"; nella Sala delle Conferenze della Fondazione Cassa di Risparmio, si sono riuniti medici, politici, economisti imprenditori e anche uomini di Chiesa per esprimere il proprio autorevole punto di vista sull'importanza della Sanità Pubblica in Italia, non solo per la cura e la salute dei cittadini, ma anche come area di grande rilievo sotto il profilo economico-sociale politico ed etico. Nel nostro paese infatti, la Sanità è diffusamente considerata dai cittadini, dai decisori politici e dagli amministratori come un costo sociale e, anche a causa della maggior parte delle informazioni diffuse dai mass media, un settore mal funzionante, dominato da sprechi, talvolta, da fenomeni più gravi. Col prevalere di una rappresentazione siffatta, passa inosservato non solo quanto importanti risultati si ottengono quotidianamente nella cura delle persone grazie al funzionamento dell'Organizzazione Sanitaria, ma soprattutto che essa rappresenta un'opportunità di formazione di filiere produttive legate a ricerca, innovazione, formazione di eccellenza, posti di lavoro ecc. e in senso lato di cultura in generale, e quindi di sviluppo economico e sociale del territorio e di un'intera comunità. La Sanità costituisce uno degli asset produttivi del Paese con maggiore potenziale: in Italia sta aumentando enormemente la richiesta di salute e il settore biomedico, insieme con la tecnologia e l'informazione, può generare enormi margini di crescita nell'occupazione e nella ricchezza. È necessaria una piccola o grande "rivoluzione copernicana" che consenta innanzitutto di pensare la Sanità in "positivo", è in primis un problema di rappresentazione sociale condivisa che deve mutare: la Sanità è un settore strategico che chiede alla Politica di superare un agire concentrato solo sui tagli, che determineranno una progressiva riduzione dei servizi, l'impoverimento economico e industriale e la marginalizzazione nella competizione internazionale. È necessario guardare avanti e puntare alla valorizzazione di tutte le opportunità di sviluppo e di occupazione qualificata che si vengono a creare nelle economie basate sulla conoscenza. Ma qualcosa è già in atto e diventa urgente darne visibilità per dimostrare che quanto detto è possibile, sta già accadendo e segna la via del cambiamento per una Sanità- ricchezza del nostro Paese". Sono intervenuti: Michele Cassetta Prof. a.c. comunicazione medico-paziente, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna; Francesco Crafa Direttore U.O. Chirurgia Generale e Oncologica Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione San Giuseppe Moscati, Avellino; Alberto Felice De Toni Magnifico Rettore Università degli Studi di Udine; Silvio Falco Presidente SIMM Piemonte, Direttore Generale Ospedale Mauriziano,Torino; Enrica Gentile Vice Presidente giovani imprenditori Confindustria Emilia.

** Il riferimento è ad un antico proverbio orientale. "Quando il saggio indica la luna lo stolto guarda il dito..."*

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.

Studio medico in posizione strategica (vicino ospedale S. Orsola e ben servito dai mezzi pubblici) arredato e dotato di tutti i servizi inclusa segreteria e accoglienza pazienti, mette a disposizione stanze singole per uso studio medico o intera proprietà. Descrizione: P.T. 3 vani ambulatorio + 1 vano segreteria + 2 servizi - mq. 110 circa. Per info contattare 348/6599713

Murri-Chiesanuova: piano terra affitto a colleghi signorile studio medico composto da attesa, 2 studi, 2 bagni. Giardino interno. Climatizzato. Posto auto riservato. Non barriere architettoniche. Idoneo anche per odontoiatria. Tel. 051/440376-348/8126096.

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 autorizzato Bologna stazione, 2 sale operative, sala sterilizzazione, 2 bagni, saletta macchine/laboratorio. Tel. 335/8112082.

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, sala d'aspetto, 3 stanze uso ambulatorio, ripostiglio, bagno) una stanza arredata uso ambulatorio per 1-2 giornate o mezze giornate. Non ci sono spese di segreteria. Per informazioni telefonare al 339.7716933.

Cerco collaborazione scopo cessione per ambulatorio odontoiatrico in zona centro Bologna. Pluridecennale attività. Indirizzo mail paolougo@libero.it cell 329/3484872.

Affittasi n. 3 stanze c/o studio medico mq 120, doppi servizi, dismesso per pensionamento del titolare dr. Antonio Grammatico Medico di Med. Gen. Sito in Castel Maggiore via Bundanello, 7 - Tel. 347/2486863, no oculisti, no dentisti.

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/dmzzf7amgv784rzAAAeedDJ3AIAVfgZtD7deazya?dl=0. Richiesta 198.000 euro trattabili. Tel o sms 345/4149349.

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

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

FONDOSANITA': RISPARMIA DI PAGARE LE IMPOSTE SU UNA PARTE DEI TUOI GUADAGNI DI OGGI... ED INVESTILI NELLA TUA PENSIONE INTEGRATIVA DI DOMANI!

FondoSanità

L'importanza di essere giovani!!

Il primo anno è a zero spese

Grazie a un contributo messo volontariamente a disposizione da Enpam, l'adesione per chi non ha ancora compiuto 35 anni di età, non prevede il pagamento della quota d'iscrizione (26,00€ una tantum) e delle spese di gestione amministrativa. (60,00€) per il primo anno.

IL FINANZIAMENTO

I contributi per l'accumulo del capitale sono **liberi e volontari** e vengono investiti in strumenti finanziari, nei cosiddetti **"comparti"**, ciascuno con una propria combinazione di rischio/rendimento e con una pluralità di opzioni.

I **versamenti sono** oneri **deducibili** (in capo all'iscritto) per un importo annuale non superiore a **5.164,57€.**

I COMPARTI

- **Scudo**: prevalentemente obbligazionario, privilegia gli investimenti volti a favorire la stabilità del capitale e dei risultati.

- **Progressione**: bilanciato, privilegia investimenti con una esposizione al rischio moderata.

- **Espansione**: prevalentemente azionario, privilegia investimenti che tendono a realizzare rendimenti più elevati nel lungo periodo.

I RENDIMENTI DEGLI ULTIMI 5 ANNI

	Ultimi 5 anni
	2012-2016
SCUDO	1,90
PROGRESSIONE	4,98
ESPANSIONE	9,32

Gli **aderenti più giovani** possono avere **maggiori vantaggi**, per lo storico andamento dei mercati finanziari e per la **capitalizzazione**, quella leva che moltiplica il nostro capitale tanto più quanto più a lungo lo stesso è investito. Per questo motivo si deve partire presto, anche con risorse limitate, per avere il massimo dei vantaggi.

FondoSanità

Via Torino 38, 00184 – Roma
Tel.: 06 42150 573/ 574/ 589/ 591 – Fax: 06 42150 587
Email: info@fondosanita.it
Sito web: www.fondosanita.it – Seguici su: