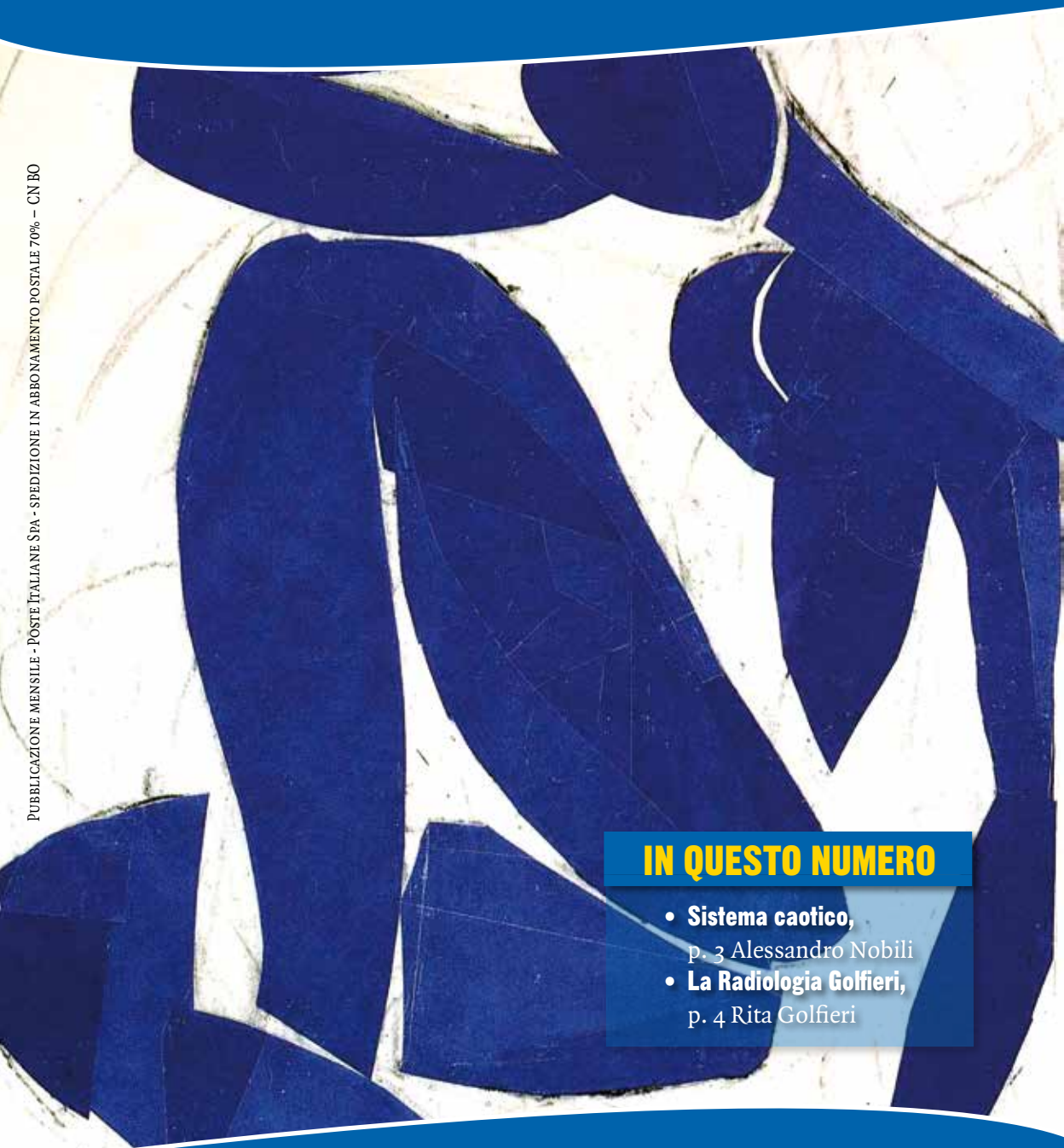
Bollettino Notiziario

anno L - N° 5 maggio 2019

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



IN QUESTO NUMERO

- **Sistema caotico,** p. 3 Alessandro Nobili
- **La Radiologia Golfieri,** p. 4 Rita Golfieri

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

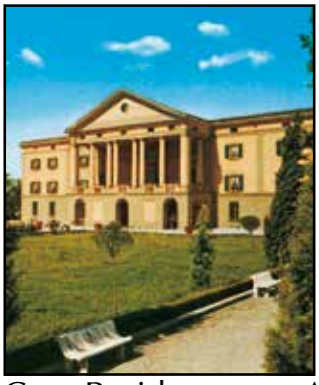
Ospedale Privato Accreditato
Santa Viola

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 APRILE 2019 è stato consegnato in posta il giorno 2/5/2019

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

SOMMARIO

ANNO L - MAGGIO 2019 N° 5

ARTICOLI

Sistema caotico • **3**

La Radiologia Golfieri • **4**

Il condizionamento del potere economico-finanziario e politico sulla vita del medico • **7**

IN BREVE • 13

NOTIZIE

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • **17**

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • **17**

CONVEGNI E CONGRESSI • 18

CONVEGNI E CONGRESSI [RELAZIONI]• 20

PICCOLI ANNUNCI • 32

HENRI MATISSE, *Nudo blu IV*, 1952, gouache ritagliata, 103x74 cm. Nizza, Musée Henri Matisse.

Matisse fu invitato dall'editore greco Teriade a creare un libro composto di ritagli attraverso la tecnica gouache. *Nudo blu IV* fa parte delle venti figure del libro intitolato *Jazz*. Invece dell'inchiostro a stampa Matisse procede con la tecnica gouache ritagliata. La scelta del titolo *Jazz* viene così spiegato da Matisse: "Nella vera musica jazz troviamo il dono dell'improvvisazione, della vitalità, dell'armonia con il pubblico. Il libro si avvicina ad un'arte semplice e popolare spontanea che trae ispirazione da fiabe".

Illustrazione e commento a cura di Raffaella Lenzi

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. GIANCARLO PIZZA

Vice Presidente
Dott. ANDREA DUGATO

Segretario
Dott. VITTORIO LODI

Tesoriere
Dott. OSCAR FINI

Consiglieri Medici
Dott.ssa MARGHERITA ARCIERI
Dott. 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. CORRADO 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

Sistema caotico

Alessandro Nobili

Yuval Noah Harari è un insegnante di storia ed uno scrittore saggista. Nel suo libro più famoso "Sapiens, da animali a dèi" (2011) afferma che la storia non può essere spiegata per via deterministica, e non può essere prevista perché è caotica. «Entrano in gioco così tante forze, e le loro interazioni sono talmente complesse, che bastano anche minime variazioni nell'intensità di tali forze o nel modo in cui interagiscono perché si producano enormi differenze di risultato.» L'autore sostiene che un sistema caotico può essere di due livelli. Il sistema caotico di livello uno è quello che non reagisce alle previsioni che lo riguardano. Esempio tipico è la meteorologia. I mezzi di analisi e di calcolo progrediscono continuamente, e ci consentono di effettuare previsioni climatiche sempre più accurate e precise. La previsione che domani pioverà non influisce sulle probabilità che si verifichi questo evento. Il mercato economico, viceversa, è un sistema caotico di livello due, in quanto reagisce ed è influenzato dalle previsioni. Il caso classico è quello di un titolo scambiato in borsa: se si prevede che quel titolo domani salirà, molti operatori lo acquisteranno, facendo sì che il suo valore aumenterà già oggi. Mentre domani il prezzo risulterà stabile, o forse calerà, in ragione del consolidamento del guadagno, e conseguente vendita del titolo, da parte di alcuni dei finanzieri che l'avevano acquistato ieri. Io non so se il nostro sistema sanitario sia un sistema caotico. Certo la suggestione a considerarlo tale esiste. Ma ammettendo che lo sia, mi verrebbe spontaneo classificarlo come di livello uno. Monolitico, statico, quasi immobile. Ed apparentemente insensibile ad ogni vento. Le ragioni che mi portano a questo giudizio sono diverse. Pensiamo alla cronica ed oramai emergenziale carenza di medici specialisti: nonostante le previsioni, sempre più chiare (e fosche) al riguardo, nulla o poco più di nulla viene fatto. Ed a risolvere il problema non basterà di certo il contentino, recentemente sbandierato, di qualche centinaio di borse di studio in più. Pensiamo poi alla grave crisi dei reparti di emergenza urgenza, dove la mancanza di personale medico e paramedico si avverte in modo particolare e dove, invece di assumerne di nuovi, si è pensato bene di abolire i superticket, alla faccia di qualunque previsione che induce, del tutto realisticamente, ad immaginare un aggravamento dell'attuale intasamento, con contestuale peggioramento delle condizioni di lavoro e di assistenza. Solleticato dalle cronache di questi giorni non posso poi non pensare alle nomine dei concorsi pubblici per dirigenti medici (cfr.: inchiesta sull'Assessorato alla Salute della Regione Umbria). Non ricordo più da quanto tempo sento dire che questi concorsi, così come sono concepiti, non funzionano, prestandosi a storture e favoreggiamenti. Anche in questo caso le previsioni, ovvero spinte a favore di alcuni ed a danno di altri più meritevoli, risultano rebus sic stantibus piuttosto prevedibili. Eppure non vengono prese contromisure. Il sistema non reagisce. Un classico esempio di sistema caotico di livello uno, verrebbe da dire. O forse, come sostiene Yuval Harari, certa politica è in realtà un sistema di livello due. E quello che in prima battuta sembra inazione è in realtà reazione. Ovvero la manifestazione di una precisa volontà a non cambiare.

La Radiologia Golfieri

Intervista di Alessandro Nobili alla prof.ssa Rita Golfieri, Vice Direttore del Dipartimento della Medicina Diagnostica e della Prevenzione del Policlinico Sant'Orsola di Bologna, Direttore Responsabile Unità Operativa Radiologia - Golfieri

Quale è stato il percorso che ti ha portato a scegliere questa specializzazione ed a ricoprire il tuo attuale importante ruolo in seno al Policlinico Sant'Orsola?

Sicuramente mi ha influenzato nella scelta di studiare Medicina e poi Radiologia la presenza di un padre Radiologo, anche proprietario di uno studio privato dove esercitava parte della professione. Io avrei forse preferito altre specializzazioni, per esempio in ambito psichiatrico-psicanalitico che mi aveva tanto appassionato durante il Corso di Laurea, ma in quegli anni l'ambiente della psichiatria era molto influenzato dalla politica. Inoltre, nel 1979, anno della mia laurea, eravamo in tanti neolaureati e avevo paura di non trovare una posizione nelle scuole di Specializzazione e in seguito in Ospedale. Quindi la scelta di avviarmi alla Radiologia fu una scelta più che altro razionale, pensai che reparti di Radiologia sono necessari in tutti gli Ospedali e quindi le probabilità di collocazione erano superiori alle altre specializzazioni. Poi, se tutto fosse andato male, avrei potuto affiancare mio padre nel suo studio. In quegli anni la Radiologia non era una disciplina tanto appetibile, esisteva solo la radiologia tradizionale (che mi entusiasmava poco: tutto un mondo di grigi), l'angiografia diagnostica e stava affacciandosi l'ecografia nella sua forma primordiale. Al mio ingresso nella scuola di Specializzazione presso l'Istituto, allora diretto dal Prof. Alberto Corinaldesi, fu casuale che venissi scelta dal Prof. Roversi, Professore Associato di Radiologia responsabile della Sezione Angiografica, per frequentare la sua sezione, a tempo pieno e per tutto il corso di quattro anni. Proprio in quei quattro anni si sviluppò l'angiografia Digitale e la Radiologia Interventistica nel mondo occidentale: eseguimmo le prime angioplastiche con i primi cateteri a palloncino, le prime embolizzazioni, i primi drenaggi biliari e nefrostomici... Io ne rimasi entusiasmata e così

continuai il mio percorso... alla fine del III anno di Specializzazione venni assunta con un primo incarico. Poco dopo, anche in tutto il restante mondo dell'*imaging* diagnostico esplosero e rapidamente si diffusero novità rivoluzionarie: nacquero la TAC, poi la Risonanza Magnetica e l'ecografia si completò con il doppler e così via. Poi, negli anni ancora a seguire, tutto l'imaging si avvalse delle immagini digitali conservate nei server (RIS-PACS), della teletrasmissione delle immagini per teleconsulti, poi ancora in tempi più recenti abbiamo sviluppato l'imaging quantitativo e i primi rudimenti di intelligenza artificiale applicato alle immagini TC e non solo. Oggi sono molto soddisfatta della scelta fatta allora, visto che sicuramente la Radiologia si è proprio espansa ed evoluta negli anni della mia formazione professionale, e ho avuto la possibilità di seguire tutte le sue evoluzioni ed anche, in una certa misura, contribuire ad alcune di queste, soprattutto nel campo della radiologia Interventistica, della TC e della RM. La Radiologia è diventata oggi una disciplina

entusiasmante, centrale in tutte le scelte terapeutiche e pertanto di grande responsabilità, oltre a costituire il campo della medicina dove più di ogni altro settore si è applicata l'informatica. Sulla spinta di questo entusiasmo ho proseguito la mia carriera, non certo priva di ostacoli e difficoltà.

Credo sia importante rinnovare la memoria dei Maestri della medicina, quindi anche a te chiedo quali sono stati i tuoi mentori e per cosa, in particolare, ti senti in debito nei loro confronti.

Il mio primo mentore appena menzionato è stato il Prof. Rigoantonio Roversi, Angiografista e Radiologo Interventista, che mi ha insegnato il metodo clinico, cioè l'assunzione della responsabilità del paziente, la compartecipazione con i medici invianti dei problemi del paziente (ai tempi dei miei inizi, il radiologo diagnosta si limitava a scrivere un referto, spesso solo descrittivo, ed era lontano dal paziente). Un mio secondo mentore l'ho trovato nell'anno che ho lavorato a Londra (1989) ed era una grande donna, la Dr. Janet Husband direttore della Radiologia del Royal Marsden Hospital, che mi ha insegnato la TC e la RM ma soprattutto il metodo scientifico per fare ricerca e scrivere pubblicazioni.

Come è organizzata l'attività del Reparto da te diretto?

Il reparto si compone di diverse sezioni: la sezione prevalentemente uro-nefrologica con sede al Padiglione 1, la sezione a prevalente vocazione addominale-gastroenterica con sede al Padiglione 2, la sezione di Radiologia Interventistica presso le due sale angiografiche del Padiglione 2. Naturalmente in entrambe le sedi svolgiamo tutte le prestazioni richieste per i pazienti ricoverati nei 500 posti letto dei due padiglioni e nei molteplici ambulatori divisionali.

Quali sono le aree cliniche che maggiormente assorbono la vostra attività?

Tra i campi d'interesse prima citati, in particolare: la patologia oncologica e flogistica uro-nefrologica e prostatica, le malattie infiammatorie intestinali e oncologiche gastroenteriche, in particolare epatiche. Forniamo la prevalente assistenza diagnostica (TC e RM) e di *second opinion* a numerosi percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) del Policlinico (epatocarcinoma, Patologia surrenale, MICI, per citarne alcune) oltre all'attività di assistenza diagnostica-interventistica ai trapianti di fegato e in ambito oncologico. Siamo stati tra i primi in Italia a sviluppare lo screening dei polipi del colon mediante la colonscopia virtuale avvalendosi dell'ausilio del computer (*Computer assited diagnosis*: CAD)

Uno dei tuoi principali settori di ricerca e attività clinica è rappresentato dalla radiologia interventistica. Quali i campi di applicazione con cui tu e la tua équipe principalmente vi cimentate?

L'attività interventistica copre tutti i campi delle procedure: diagnostica invasiva (biopsie e *sampling* venosi), interventistica vascolare su arterie e vene, ed extravascolare (drenaggi e *stenting* biliari, nefrostomici, e di tutte le raccolte). In particolare abbiamo sviluppato, nell'ultimo decennio, una specifica esperienza nel trattamento endovascolare dei tumori epatici attraverso diversi tipi di chemioembolizzazione e radioembolizzazione. Anche il trattamento mediante embolizzazione dei fibromi uterini ci sta dando molte soddisfazioni.

Recentemente la Città Metropolitana di Bologna, d'intesa con il Rettore, ha disposto che l'U.O. di Radiologia diretta dalla Prof.ssa Golfieri sia inserita tra le strutture a necessaria direzione universitaria. Intanto complimenti, ma poi ti pongo subito una domanda in argomento: cosa pensi dell'"imbuto formativo" che trovano i neo-medici per la carenza di posti nelle scuole di specializzazione?

Credo sia un tema molto critico soprattutto nella mia disciplina e ritengo urgente l'allargamento del collo dell'imbuto con l'incremento del numero di borse di studio per la mia disciplina. Se non sarà così, nei prossimi anni i pensionamenti previsti non potranno essere sostituiti, il numero di Radiologi sul territorio nazionale si ridurrà drasticamente, dovremo provare a farci sostituire dai computer o fare uso della teleradiologia per mantenere costante il numero delle prestazioni da erogare e refertare.

Nel tuo profilo sul sito del Sant'Orsola leggo che sei Socio SIRM dal 1980, nonché che hai fatto parte del coordinamento del Gruppo di lavoro deputato alla stesura di Linee guida per i sistemi PACS. Con la progressiva applicazione della Legge Gelli-Bianco sulla responsabi-

lità medica, le line guida dovrebbero assumere un ruolo centrale, e così le società scientifiche, a cui ne viene teoricamente demandata la stesura. Considerando la tua lunga militanza nella SIRM cosa ne pensi? Le società saranno in grado di farle? E per quanto tempo potrebbero avere valore, visti gli incessanti progressi della medicina?

Le linee guida sono oggi uno strumento imprescindibile per lavorare correttamente e al riparo da rischi. La SIRM si è dotata da anni di linee guida, raccomandazioni e di regole di buona pratica, anticipando la legge Gelli-Bianco, pubblicate nel sito SIRM. L'attuale consiglio Direttivo SIRM, di cui faccio parte dall'anno in corso, sta revisionando e completando le linee guida esistenti: inevitabilmente l'attualità delle linee guida ha durata limitata e idealmente ognuna andrebbe aggiornata annualmente. È un compito impegnativo.

Sono passati oramai molti anni dall'avvento di metodiche che hanno rivoluzionato la medicina diagnostica, quali TAC, RMN e più recentemente PET. C'è qualcosa di nuovo all'orizzonte?

Tutte le nostre immagini sono oggi digitali e possono venire rielaborate in 3D su tutti i piani dello spazio, si possono estrarre dai dati grezzi, ad esempio da una TAC, molte informazioni utili per essere "incrociate" con l'esame istologico, con i *marker* tumorali circolanti e con la genomica dei tumori (radio-genomica). Il prossimo futuro includerà anche l'applicazione dell'intelligenza artificiale alle nostre immagini digitali, con il riconoscimento da parte del computer delle lesioni e la loro tipizzazione: questo sarà utile almeno in un primo momento per gli *screening* oncologici e delle patologie più comuni, alleggerendo il lavoro dei radiologi dai compiti meno impegnativi.

Pongo anche a te una domanda, che spesso ripeto ma che mi sembra cruciale: più della metà degli over 65 è affetta da comorbidità ed assume quotidianamente sei o più farmaci. Farmaci che peraltro sono in continua evoluzione, e ne vengono prodotti sempre di nuovi. Basta leggere il bugiardino di un medicinale qualsiasi per rischiare il rompicapo tra azioni, interazioni ed effetti collaterali più o meno potenziali... Il medico di domani sarà un algoritmo?

Preferisco un algoritmo basato su linee guida a un Balanzone!!

A fronte di un SSN che riduce sempre di più all'osso le erogazioni sanitarie, come vi districate al fine di tenere alto il livello delle prestazioni erogate e della ricerca che producete?

Indiscutibilmente hai colto nel segno: è il problema di questi anni! È difficile mantenere alto e aggiornato il livello delle prestazioni a risorse calanti. Soprattutto nel nostro settore, dove per erogare prestazioni di qualità e fare ricerca sono necessari investimenti in apparecchiature innovative di alto costo, che invece non vengono finanziate. Bisogna trovare i fondi autonomamente, mediante partecipazione a finanziamenti Ministeriali, bandi di ricerca ecc. o fare progetti in partnership con l'Industria, che però è difficile e faticosa da ottenere. Ci sarebbe tanto da dire sul come sono stati dispersi e polverizzati i fondi Ministeriali/Regionali negli ultimi anni...

Sei da tantissimo tempo membro della Società Medica Chirurgica di Bologna, anche con il ruolo di segretario. Al di là delle attività celebrative e delle commemorazioni, di cosa si occupa precisamente? Quali gli obiettivi e le possibili sinergie positive con il contesto sanitario della nostra città?

Vedi, la Società Medica Chirurgica è la più antica associazione culturale medica d'Europa tuttora in attività, fondata nel 1802. Il suo ruolo è stato nella storia quello di essere trasversale alle istituzioni e autonoma rispetto a queste... capisco che oggi possa sembrare una istituzione obsoleta. Non è la sede dove si affrontino tematiche strettamente mediche (ci sono fior di congressi, corsi e seminari per questo). Il suo ruolo è di affrontare temi comuni alla medicina, alla sua storia e alla cultura in generale, comprendendo temi di bioetica e di politica sanitaria. Nel passato avevamo incluso nel programma degli eventi anche la presentazione di alcuni reparti di eccellenza della città.

Puoi spiegarci come fai a fare così tante cose e bene? Ed infine (e non è una provocazione) cosa fai nel tempo "libero"?

Ti ringrazio del complimento: non proprio tutte mi riescono bene... semplicemente lavoro tanto sfruttando tutti i minuti delle giornate e spesso delle nottate e dei fine settimana. La tua la battuta sul tempo libero: è una parola uscita dal mio vocabolario, negli ultimi anni!! Avevo tanti *hobbies* un tempo...

Il condizionamento del potere economico-finanziario e politico sulla vita del medico

Condizionamento finanziario, sostenibilità della sanità, decapitalizzazione della professione medica, azienda e struttura organizzativa, clinica e cultura tra i temi esplorati durante il quarto mercoledì filosofico, organizzato lo scorso 3 aprile per l'Omceo veneziano. Il problema è che non esiste più la politica, la politica è scomparsa: esistono il consenso e i budget. Ciò che governa è la logica della produttività, dell'efficientismo, dell'ottimizzazione delle risorse.

Il condizionamento del potere economico-finanziario, politico e culturale sulla vita del medico e dell'odontoiatra: questo il tema approfondito durante il quarto mercoledì filosofico, organizzato lo scorso 3 aprile per l'OMCeO veneziano dal suo braccio culturale operativo, la Fondazione Ars Medica – con la collaborazione del Dipartimento di Filosofia dell'Università Ca' Foscari – per prepararsi agli Stati Generali della Professione, indetti dalla FNOMCeO, e studiare le 100 tesi proposte da **Ivan Cavicchi** e rilanciate dalla Federazione Nazionale.

"Il limite economico – ha esordito la presidente dell'Ars Medica **Ornella Mancin** – è diventato la principale giustificazione per lo snaturamento della nostra professione: è passata l'idea che prima della scienza e dell'etica venga l'economia, che l'economia conti di più. La nostra attività ha perso autonomia perché noi sempre più dobbiamo rispettare i vincoli imposti dall'economia".

Già nel convegno "Il potere sulla vita", organizzato dall'Ordine nel 2015, gli esperti spiegavano come il medico non potesse più decidere da solo come curare i propri pazienti e indicavano tre fattori, di tipo epidemiologico, sociale e tecnologico, responsabili del cambiamento: il fatto che si vive mediamente di più e dunque si muore più vecchi, che si convive più a lungo con malattie croniche e che quindi sono aumentati gli anni di disabilità; oltre all'innovazione tecnologica in medicina che ha portato a una pressione non indifferente sui costi, "tendenze – si diceva già allora – che se non saranno in qualche modo arginate faranno saltare il banco della sanità pubblica".

"Prima i medici – ha proseguito la dottoressa Mancin – non si preoccupavano della spesa economica, oggi per noi è, invece, una costante. Da un lato è anche giusto perché non possiamo sprecare le risorse di tutti, dall'altro, però, il problema è che questo orientamento negli ultimi tempi è diventato così pressante che siamo arrivati a quella che Cavicchi chiama la 'medicina amministrata'. Ormai, cioè, ci dicono esattamente quello che dobbiamo fare: è difficile uscire da un binario già prestabilito, di algoritmi, protocolli e linee guida, perché bisogna comunque contenere o ridurre la spesa."

Condizionamento finanziario, sostenibilità della sanità, decapitalizzazione della professione medica, azienda e struttura organizzativa, clinica e cultura i temi esplorati, invece, nella sua introduzione, dal vice dell'Ars Medica, **Gabriele Gasparini**. "Come già ampiamente declinato dalle 100 tesi del Prof. Ivan Cavicchi tutto ciò che è stato fatto negli ultimi anni – ha sottolineato il neuroradiologo – è stato fatto in nome della sostenibilità. La voce imperante, però, il verbo più ampiamente utilizzato è stato: ridurre. La sostenibilità si è legata così a un continuo e reale definanziamento. Ridurre i consumi di medicina (in ambito clinico, terapeutico, diagnostico), ridurre il numero e il costo dei medici e delle aziende sanitarie. Ma ridurre il consumo in medicina equivale a ridurre le potenzialità professionali del medico intervenendo sull'autonomia del professionista lasciando allo stesso tempo inalterate le sue responsabilità. Il *refrain* è stato: ridurre la spesa senza ridurre le tasse e trasformare parte dell'assistenza sanitaria in una nuova ed ulteriore spesa per le tasche del cittadino svilendo la professione. La sostenibilità della spesa sanitaria non va nella direzione dell'obiettivo primario della sanità cioè la cura, ma va a soddisfare gli obiettivi finanziari, cioè l'andamento del PIL e della spesa pubblica. La finanza oggi ci domina".

In quest'ottica, allora, si sminuisce anche il valore del lavoro del medico, soprattutto sotto il profilo etico-sociale: il lavoro del medico, infatti,

vale solo come voce finanziaria di bilancio, siamo tutti solo un costo. "Oggi – ha proseguito – i medici scappano dalla sanità pubblica: chi può va in pensione, altri cambiano datore di lavoro o addirittura tipo di lavoro. Perché si è arrivati a questo? Perché, come evidenzia Cavicchi, un certo tipo di azienda ha giocato contro un certo tipo di medico. L'azienda è nata per la sostenibilità, ma oggi è l'azienda stessa a essere un problema: si cerca di diminuire il numero delle aziende sanitarie, di accorparle... È evidente che l'azienda si sta rivelando inadeguata alla complessità della sanità pubblica".

Diventa, dunque, importante che a emergere tornino ad essere con i cambiamenti dovuti all'evolvere dei tempi, la clinica e la cultura: il nuovo medico sarà tale se il suo modo di ragionare clinico imparerà a confrontarsi con la cultura della cura che la società esprime. "I due paesi in un certo senso più vicini a noi che possono aiutarci a capire gli effetti di questa crisi – ha concluso il Dott Gasparini – sono la Gran Bretagna (che ha per prima applicato un sistema universalistico) e l'Argentina (paese con una importante quota di italiani nella popolazione), paesi che hanno eliminato/ridimensionato il pubblico nella sanità, che hanno fatto fallire attraverso scelte politiche la sanità pubblica. Paesi in cui i cittadini oggi non trovano una risposta adeguata al bisogno di salute, paesi che non dobbiamo analizzare per poi imitare ma studiare per essere migliori."

Citando il Discorso sulla servitù volontaria (1560 ca.) di Etienne de La Boëtie, **Marco Ballico**, medico, psicoterapeuta, docente Iusve e Coordinatore del Comitato Scientifico dell'Ars Medica, ha declinato, invece, la parola "condizionamento", in particolare sotto il profilo psicologico. "In questo testo – ha spiegato – c'è una frase emblematica: 'decidetevi a non servire più ed eccovi liberi'. L'uomo, in sostanza, sembrerebbe vittima delle sue scelte, o non scelte, e tra queste vi sarebbe quella del proprio tiranno. Solo volendolo davvero si potrebbe uscire da qualunque tirannia.

Nel caso delle nostre discussioni il condizionamento entra in scena, anche rispetto all'esercizio della professione: rispetto alle linee guida o all'uso di determinati farmaci piuttosto di altri considerando che le novità siano sempre orientate al benessere e non al business; oppure dalla parte dei pazienti: nell'esigenza di particolari cure sentite, come Opinione Pubblica, indispensabili.

Introdurrei, quindi, il tema della fiducia: il paziente si dovrebbe fidare del medico e lo stesso medico dovrebbe fidarsi dei colleghi ricercatori che scoprono nuove opportunità di cura da applicarsi correttamente. Avviene proprio così? Mi posso fidare solo di qualcuno che sia libero e che rispetti la mia libertà. I medici, in sostanza, si fidano di ciò che hanno imparato durante il loro percorso di studi.

Per esempio oggi – ha aggiunto – potremmo portare due casi emblematici e diffusamente trattati nella quotidianità clinica. Ci sono due farmaci, che conoscono tutti, massaie e pensionati compresi, che sono gli inibitori di pompa e la vitamina D, che vengono prescritti in quantità industriale senza che vi siano univoche opinioni sul loro supposto beneficio. Su questi farmaci si legge tutto e il contrario di tutto e in un senso o nell'altro gli specialisti si dividono anche sulla stampa nazionale. "Ma se non prendo la vitamina D cosa succede? La gente te la chiede... E allora? Tutto questo non è condizionamento? Qual è la strada corretta da indicare ai pazienti? Se discutiamo che non siamo liberi, nemmeno di decidere su questi argomenti basici allora, forse, dovremmo fare qualcosa per liberarci. Tutti noi comunque prescriviamo sia gli inibitori di pompa sia la vitamina D e questo è un problema pratico che capita almeno 10 volte al giorno".

Parole che hanno fatto subito scattare la discussione: c'è chi ha ricordato, ad esempio, come in passato arrivassero scatoloni interi di vitamina D ai medici di famiglia, come si consigliasse di curare l'ipertensione con i betabloccanti e i diuretici "perché costavano meno...", come si sia fatta una martellante campagna di prevenzione per il tumore al seno consigliando alle donne la mammografia tutti gli anni, salvo poi fare marcia indietro, perché se ne sono cominciate a fare troppe. "E allora noi, come facciamo a giustificarci con i pazienti se un tempo la linea guida è di un certo tipo e in un altro completamente diversa?".

L'idea allora, come ha sottolineato Ivan Cavicchi, è che "la politica non riforma la sanità perché non lo sa fare, tende, al contrario, a fare la controriforma, cioè a smontare il sistema sanitario un pezzo per volta".

Il sistema, insomma, non è più efficiente se si aumentano le prestazioni: "Bisogna valorizzare – si è detto durante il confronto – quello che noi

facciamo come medici: la nostra non è una prestazione, come in una fabbrica, noi produciamo salute. Questa è la nostra ricchezza e come fai a dare un prezzo a questo?". Senza dimenticare, però, che in alcune zone del pianeta la salute sta diventando un business, con gruppi industriali e finanziari che investono milioni. "Quello che non sarà mai un business – ha sottolineato Marco Ballico – è la salute pubblica con un certo concetto di Assistenza, come ci insegna il nostro SSN".
Un altro problema, semmai, è "aver creato bisogni e aspettative eccessive e ora ci troviamo a dover far marcia indietro perché non è più possibile garantire quello che avevamo promesso, che avevamo lasciato intravedere... le prestazioni infinite".
Continuo anche il riferimento alle liste d'attesa, indicato dall'opinione pubblica, e spesso anche dalla politica, come il problema dei problemi – solo fumo negli occhi, invece, per la classe medica – da risolvere aprendo ospedali, studi e ambulatori nei giorni festivi e di notte, continuando, così, ad aumentare le prestazioni, in un circolo vizioso senza sosta. "E come si aprono le strutture se non ci sono i medici?".
In un'ottica più larga, c'è anche chi ha sottolineato come la crisi non sia solo del medico, ma anche di altre figure autorevoli, come per esempio gli insegnanti. "Quello che viviamo – è stato detto – è un periodo di drammatico declino, la società si involve rapidamente e casca tutto, tra cui noi. Noi dobbiamo stare molto attenti a non perdere dignità."
L'impressione è che quella pubblica sia una sanità in cui ottiene di più chi urla di più, con medici "costretti" ad esempio a fare prestazioni inutili sotto minaccia dei pazienti di chiamare, in caso di rifiuto, i carabinieri o di rivolgersi alla politica e ai giornali. "A volte si cede – è stato detto – per non finire in pasto all'opinione pubblica".
Il nodo centrale, insomma, come ha sottolineato **Maurizio Scassola** tornando all'inizio della discussione, è "il primato della finanza sulla politica. Il problema è che non esiste più la politica, la politica è scomparsa: esistono il consenso e i budget. Ciò che governa è la logica della produttività, dell'efficientismo, dell'ottimizzazione delle risorse. E noi medici ci troviamo schiacciati da queste logiche. Ma che strumenti abbiamo a disposizione per combattere questo fenomeno? Non ci rinnovano i contratti da 10 anni, ma continuano a inaugurare Tac e robot da Vinci perché sono investimenti produttivi elettorali. Noi, però, non sappiamo con chi dialogare, non abbiamo interlocutori. E noi? Che responsabilità siamo disposti ad assumerci?".
Tra gli altri temi sollevati durante la discussione: l'imbuto formativo creato dai tagli lineari, che si tenta di superare aprendo il numero chiuso a medicina senza, però, toccare l'esiguo numero di borse di specialità, vero nodo della questione e le opportunità di lavoro all'estero per i camici bianchi, più remunerative che in Italia.
"Alcune parole – la riflessione finale del filosofo, il professor **Luigi Vero Tarca** – sono importanti: condivisione, autonomia condivisa, medicina della cura appropriata: assistiamo a un'immane espropriazione del nostro corpo, della nostra vita, della nostra salute. Il corpo non è più nostro, non abbiamo più nulla a che fare con la sua gestione. I problemi che stiamo trattando sono antropologici: è il destino della vita sulla terra il problema. Le potenze che sono in gioco sono quelle che si arrogano il diritto di decidere quale sarà la vita sulla terra. Noi dobbiamo portarci a questo livello di pensiero".
Ed è tornato, poi, su una riflessione già più volte espressa: se questo è vero, allora non può essere il medico, in quanto medico, a dare una risposta, a trovare una soluzione, perché il problema non è medico, non è clinico, è umano. "Il medico – ha aggiunto – deve avere una mente e uno spirito aperti indefinitamente alla lettura del mondo e questa lettura deve entrare operativamente nel suo operare. Deve guidarlo la consapevolezza di questo orizzonti."

A cura dei membri della Commissione scientifica della Fondazione Ars Medica-Omceo Venezia

Dr. Marco Ballico
Presidente Commissione Scientifica Ars Medica
Dr. Gabriele Gasparini
Vicepresidente Fondazione Ars Medica
Dr.ssa Ornella Mancin
Presidente Fondazione Ars Medica
Prof. Luigi Vero Tarca
Filosofo - Università Ca' Foscari Venezia
Prof. Fabrizio Turoldo
prof. Associato di Filosofia - Università Ca' Foscari Venezia

Tratto dal sito della FNOMCeO

Nuova Polizza Responsabilità Professionale Medici Chirurghi ed Odontoiatri

In linea con le previsioni della legge 24/2017 *(Legge Gelli)*

Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Libera Professione "pura"	**(COMPARTO LP)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Intramoenia	**COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Extramoenia	**(COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza del S.S.N., con inclusa Attività Amministrativa	**(COMPARTO SSN)**
Polizza di Responsabilità Civile Professionale per Medici in Dipendenza di Strutture Sanitarie Private	**(COMPARTO SSP)**
Polizza Infortuni ed Invalidità Permanente Malattia.	**(COMPARTO INFORTUNI E IPM)**
Polizza Tutela Legale per Medici in Libera Professione	**(COMPARTO T.L.LIB)**
Polizza Tutela Legale per Medici Dipendenti S.S.N.	**(COMPARTO T.L.DIP)**

Le Polizze sopraelencate hanno specifiche caratteristiche che le rendono uniche rispetto al Mercato, quali coperture All-Risks della Responsabilità Professionale, super valutazioni specifiche nella Polizza Infortuni e Malattia.

ALCUNI ESEMPI: COLPA GRAVE - RETROATTIVITÀ - POSTUMA - COPERTURA PER QUALSIASI PREGIUDIZIO ECONOMICO DERIVANTE ALL'ASSICURATO NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE, QUINDI ANCHE INDIRETTAMENTE A CAUSA DI OMESSA E/O SBAGLIATA DIAGNOSI, NONCHÉ ERRORI DI CERTIFICAZIONE E/O ATTIVITÀ DI TIPO MEDICO LEGALE!

Quanto sopra potendo disporre di CONTENUTE CONDIZIONI ECONOMICHE specificatamente ottenute sul mercato del rischio med-mal da parte di primarie compagnie assicurative, per tutte le specializzazioni mediche e chirurgiche, dal medico di medicina generale, all'odontoiatra, al ginecologo, al chirurgo ortopedico, etc.!

INOLTRE È LA PRIMA ASSICURAZIONE RCP MEDICI CHE PREVEDE, AD UN COSTO RIDOTTO, LA COPERTURA PER LA SOLA RESPONSABILITÀ EXTRACONTRATTUALE PER I SANITARI CHE LAVORANO COME LIBERI PROFESSIONISTI SOLO PRESSO STRUTTURE SANITARIE.

Per **informazioni scrivere a** *info@sorimed.com* **specificando nome, numero di telefono ed in quale tipologia professionale rientrate. Verrete prontamente ricontattati.**

TABELLA COMPARATIVA R.C. PROFESSIONI MEDICHE IN LIBERA PROFESSIONE

	POLIZZA TRADIZIONALE	*NOSTRA PROPOSTA*
ATTIVITÀ ASSICURATE	**Polizza Rischi Nominati**, ovvero vengono assicurate solo le tipologie di attività ESPRESSAMENTE INDICATE	**Polizza All Risks**, ovvero vengono assicurate tutte le attività consentite dalla Legge e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione, OLTRE alla specializzazione indicata in Polizza
RETROATTIVITÀ	**2 anni**	10 anni
MASSIMALE ASSICURATO	**Presenza di SOTTOLIMITI** (in % sul massimale assicurato principale - quello indicato sul Certificato di Assicurazione - e comunque con un tetto massimo in cifra assoluta) per garanzie "scomode"	**Assenza di sottolimiti**. Per ogni evento dannoso il massimale assicurato è operante per intero.
DANNI / PERDITE PATRIMONIALI	**Escluse**, ovvero non richiamate nell'Oggetto della Assicurazione e/o richiamate nelle Esclusioni	Compresi, senza sottolimiti
DANNI MATERIALI (Lesioni personali, Morte, Danni a cose)	Compresi	Compresi
DANNO A CARICO DELL'ASSICURATO (franchigie o scoperti)	Su particolari tipologie di Sinistri, in aggiunta alla Franchigia indicata sul Certificato di Assicurazione, **presenza di SCOPERTI in % sull'ammontare del Danno** richiesto. Spesso con indicazione di minimo, ma non di massimo scoperto	**ASSENZA DI FRANCHIGIE e/o SCOPERTI**
SPESE DI RESISTENZA costi legali e peritali	Comprese ENTRO il massimale assicurato per la garanzia principale	Comprese IN AGGIUNTA al massimale assicurato per la garanzia principale (25% dello stesso)
POSTUMA	Non prevista contrattualmente, ovvero attivabile a pagamento su richiesta dell'Assicurato e a discrezione dell'Assicuratore	**10 anni** in caso di Morte dell'Assicurato, **gratuitamente e senza necessità di attivazione** a carico degli Eredi. Contrattualmente prevista per ogni altra causa di cessazione del lavoro
ATTIVITÀ PER FINALITÀ ESTETICHE	Non prevista, se non con specifica Polizza, sempre e comunque nel limite dei Danni derivanti da Lesioni personali, Morte, Danneggiamento a cose	**Prevista per ogni specializzazione medica, con sovrappremio, COMPRENSIVA DEL PREGIUDIZIO PATRIMONIALE!**

**LA PRESENTE TABELLA NON DEVE INTENDERSI COME OFFERTA CONTRATTUALE.
PER LA VALUTAZIONE DELLE COPERTURE SI RIMANDA ALLA LETTURA DELLE CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI POLIZZA.**

TABELLA COMPARATIVA
INFORTUNI PROFESSIONI SANITARIE

	POLIZZA TRADIZIONALE	NOSTRA PROPOSTA
MODALITÀ DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO	Calcolato sulla BASE INAIL, ovvero tenendo conto della GENERICA perdita della capacità lavorativa. Quindi l'indennizzo NON tiene conto della specificità lavorativa dell'Assicurato. Laddove vengono previste maggiorazioni SIGNIFICATIVE dei coefficienti di liquidazione del Danno, spesso queste sono riferibili ad adozione di Tabella ANIA, ovvero con base di calcolo peggiorativa.	Calcolato sempre su BASE INAIL, CON SUPERVALUTAZIONE AL 100% PER: - Perdita facoltà visiva di un (1) occhio - Perdita di una mano (sia dx che sx) - Perdita di due dita della stessa mano(sia dx che sx) - Perdita dell'udito oltre ad altre supervalutazioni specifiche sulla Professione Medica
ESTENSIONE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	Liquidata secondo la seguente Tabella **Invalidità INAIL** / **Liquidazione sul Massimale** 24 % / 0 % 25 % / 1 % 30 % / 6 % 60 % / 60 % Disponibile con capitali massimi pari al **50%** della garanzia Invalidità da Infortuni e con Tassi molto elevati (**NOTA**: dopo i 40 anni di età il rischio malattia è drammaticamente superiore al rischio infortuni!).	Liquidata secondo la seguente Tabella **Invalidità INAIL** / **Liquidazione sul Massimale** 24 % / 0 % 25 % / 9 % 30 % / 19 % 60 % / 82 % Disponibile con capitali massimi pari al **100%** della garanzia Invalidità da Infortuni e con Tassi da riassicurazione (**NOTA**: dopo i 40 anni di età il rischio malattia è drammaticamente superiore al rischio infortuni!).
ESTENSIONE AD HIV E EPATITE	Di norma non concessa, salvo con specifica autorizzazione Direzionale e con massimali NON capienti	Sempre disponibile, con massimali fino ad € 2.000.000, a semplice richiesta
FRANCHIGIA	3% relativa, ovvero la stessa viene annullata/riassorbita al raggiungimento di un punteggio pari o superiore a **20** Punti INAIL. Spesso, però, i massimali maggior di € 250.000 vengono penalizzati con franchigie FISSE (non riassorbibili) dal 10 al 20%	3% relativa, ovvero la stessa viene annullata/riassorbita al raggiungimento di un punteggio pari o superiore a **10** Punti INAIL. I massimali maggiori di € 500.000 e inferiori ad € 1.000.000 prevedono una franchigia fissa pari al 5%. I massimali maggiori di € 1.000.000 e inferiori ad € 1.500.000 prevedono una franchigia fissa pari al 10%. I massimali maggiori di € 1.500.000 e inferiori a € 2.000.000 prevedono una franchigia fissa pari al 15%.
ERNIE TRAUMATICHE	Escluse dalla copertura se operabili, comprese se non operabili	Sempre in copertura, senza sottolimiti sul massimale di copertura
ERNIE DA SFORZO	Sempre ESCLUSE dalla copertura	Sempre in copertura
LESIONI TENDINEE	Escluse o comprese con sottolimiti pari a poche migliaia di Euro.	Comprese senza sottolimiti
LESIONI MUSCOLARI	Escluse o comprese con sottolimiti pari a poche migliaia di Euro.	**Totale ASSENZA DI FRANCHIGIE e/o SCOPERTI**
STATO DI EBBREZZA	Esclusa	Compresa, ad eccezione della guida autoveicoli
EVENTI CATASTROFALI	Escluso, salvo che l'evento avvenga al di fuori della residenza dell'Assicurato	**Sempre in copertura**
LESIONI ESTETICHE (USTIONI e LESIONI AL VISO)	Non presente valutazione specifica	**Presente valutazione specifica, con Tabella di indennizzo DEDICATA**

ACCERTAMENTI AGENZIA DELLE ENTRATE

La Corte di Cassazione ritiene che sia legittimo l'accertamento analitico-induttivo dell'Agenzia delle Entrate nei confronti di un odontoiatra se il professionista non prova la regolarità delle operazioni effettuate, non essendo sufficiente l'apparente regolarità delle annotazioni contabili. In presenza di contabilità formalmente regolare, ma intrinsecamente inattendibile per l'antieconomicità del comportamento del contribuente, si può desumere in via induttiva, sulla base di presunzioni semplici, purché gravi, precise e concordanti, il reddito del contribuente, utilizzando le incongruenze tra i ricavi, i compensi e i corrispettivi dichiarati e quelli desumibili dalle condizioni di esercizio della specifica attività svolta, incombendo sul contribuente l'onere di fornire la prova contraria e dimostrare la correttezza delle proprie dichiarazioni (Cass. civ. Sez. V, Ord., sentenza del 05-02-2019, n. 3290).

CONGRESSO MONDIALE DI ODONTOIATRIA ADA-FDI

Torna a settembre l'appuntamento con il Meeting ADA-FDI, previsto quest'anno in California, presso il Moscone Center di San Francisco. È già possibile l'accreditamento attraverso il sito https://www.world-dental-congress.org/ dove sono presenti tutte le informazioni dettagliate.
Appuntamenti importanti. *Date delle riunioni:* Programma educativo-scientifico: 4-8 settembre; Esposizione: 5-7 settembre; ADA House of Delegates: 6-9 settembre. *Termini importanti:* Apertura registrazione espositori: 3 dicembre 2018; Registrazione aperta: 13 febbraio 2019; Poster/comunicazioni gratuite Abstract Submissions Two: 1 aprile 2019; Data di fine registrazione anticipata: 30 aprile 2019; Data di fine registrazione avanzata: 16 agosto 2019.

AMALGAMA DENTALE ED OBBLIGO DI SORVEGLIANZA SANITARIA

In data 27 agosto 2018 sul quotidiano online di informazione sanitaria «Quotidianosanità.it», alla sezione Lavoro e Professioni è comparso un articolo a firma di Domenico Della Porta, docente di Medicina del Lavoro presso l'Università Telematica Internazionale Uninettuno - Roma, dal titolo: *Amalgama dentale, indispensabile per le cure ma rischiosa per il lavoro sanitario odontoiatrico*.
Nel sottotitolo si legge inoltre che non esiste allo stato attuale un'alternativa terapeutica e che sarebbe necessaria la sorveglianza sanitaria per i lavoratori esposti.
A fronte di queste affermazioni che potrebbero generare ulteriore e ingiustificato allarmismo tra gli operatori sanitari e presso i cittadini pazienti, ci corre l'obbligo di fare alcune precisazioni.
Nell'articolo viene citata la recente informativa del Ministero dell'Ambiente, riguardante l'utilizzo e lo smaltimento dell'amalgama dentale che, di fatto, fa seguito e si allinea al Regolamento dell'Unione Europea UE 2017/852 entrato in vigore il primo luglio 2018. In realtà una normativa che nel nostro paese non ha destato alcun sussulto professionale, in quanto gli odontoiatri italiani rispettano da oltre 15 anni le norme presenti nel richiamato regolamento, ovvero da quando fu introdotto il Decreto dell'allora Ministro della Salute Girolamo Sirchia in data 10 ottobre 2001, riguardante sia la tipologia di pazienti sui quali non effettuare otturazioni in amalgama (donne in gravidanza ed in allattamento) e soggetti in età evolutiva, sia le modalità di confezionamento e utilizzo del materiale stesso. Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, utilizzo in forma incapsulata e predosata, si rileva che, prescindendo delle normative vigenti, nella pratica clinica tale forma è utilizzata da almeno trent'anni dagli odontoiatri italiani ed europei riducendo, anzi quasi azzerando l'esposizione al mercurio per gli operatori professionalmente coinvolti.
Anche in merito alle manovre di applicazione e di rimozione dell'amalgama dentale, recentemente l'organo consultivo della comunità europea SCENIHR non ha evidenziato maggior incidenza di effetti avversi negli operatori sanitari e anche per quanto riguarda la presunta tossicità del mercurio presente negli amalgami, l'autorevole EFSA (Europe-

an Food Safety Autority) riporta che i portatori di amalgami dentali esprimono valori di concentrazioni di mercurio nei fluidi biologici da 5 a 30 volte inferiori al limite massimo di tollerabilità, stabilito dallo stesso ente.
Nell'articolo vengono altresì citate le Raccomandazioni Cliniche del 2014 (trattasi della prima edizione), ormai superata dalla successiva edizione del 2017 aggiornata ed ampliata che, proprio alle pagine 37 e 77 riportano testualmente: *"per quanto riguardo l'uso dell'amalgama si rimanda al decreto del Ministro della salute del 10 ottobre 2001"*, che a questo punto deve essere considerato a pieno titolo, un fiore all'occhiello della sanità ed odontoiatria italiana.
Riguardo all'affermazione che l'amalgama risulti tuttora un materiale indispensabile e non esistano materiali alternativi affidabili, supportati da ampi riscontri della letteratura scientifica possiamo affermare che al di fuori di limitati e specifici casi clinici, ad esempio l'elevata cariorecettività, l'utilizzo dell'amalgama in odontoiatria restaurativa è sensibilmente ridotto negli ultimi anni in tutti i paesi del mondo. Recenti statistiche sul biennio 2014/2016 (Fonte Key Stone), riportano un utilizzo pari al 5% dei restauri diretti, come media nei paesi europei, con un minimo pari allo 0,2 % nei paesi nordici e allo 0,7% in Svizzera, a valori compresi tra 2,3 e 3,7% nella maggior parte dei paesi continentali, fino al 7,6 e 12,9% rispettivamente in Francia e in Gran Bretagna, dove il servizio sanitario nazionale eroga la maggior parte delle terapie odontoiatriche. In Italia l'utilizzo di amalgama si attesta al 4,6%.
Non trascurabile l'ampia ed accreditata letteratura scientifica mondiale, che è concorde nell'affermare come l'evoluzione dei materiali resinosi adesivi negli ultimi 15 anni ha profondamente modificato l'approccio restaurativo, contribuendo in larga misura al quasi totale abbandono dei materiali metallici tradizionali. I compositi ed i moderni adesivi smalto-dentinali sono oggi in grado di garantire ottimi risultati a lungo termine da un punto di vista morfologico e funzionale nel restauro dentale, tanto da essere considerati il materiale di elezione. Ulteriore conferma si riscontra nelle citate Raccomandazioni Cliniche 2017: *"anche le resine composite, combinate con l'uso degli adesivi dentinali, hanno dato prova di buoni risultati clinici a distanza su premolari e molari"*, che comprova quanto già evidenziato dall'Istituto Superiore di Sanità lontano nel 2001 nel rapporto ISTISAN 01/33, il quale al termine di un ampio ed articolato lavoro di ricerca concludeva affermando che: *"alla luce delle attuali conoscenze è lecito attendersi che il materiale restaurativo del futuro sia proprio una resina composita."*
Ed invero, la necessità o meno di procedere alla sorveglianza sanitaria non può che derivare dagli esiti della valutazione dei rischi, da effettuarsi caso per caso ai sensi e per gli effetti del D.L.vo 81/2008.
Ne discende, quindi, l'insostenibilità di un'aprioristica correlazione tra l'utilizzo dell'amalgama e la sorveglianza sanitaria all'interno degli Studi odontoiatrici, tanto è vero che la circolare INAIL menzionata nell'articolo non fa riferimento ad alcuna specifica attività lavorativa.
In altre parole, non è accettabile proporre l'equazione utilizzo dell'amalgama negli Studi odontoiatrici uguale obbligo di avvalersi del medico competente, quest'ultima eventualità imponendosi soltanto a fronte di due ineludibili presupposti, comprovati e non presunti: la presenza di un effettivo fattore di rischio e l'impossibilità di gestirlo adeguatamente mediante le misure di prevenzione e protezione adottate dal titolare del singolo Studio.

Da www.andi.it

INDISPENSABILE L'ISCRIZIONE ALL'ALBO SPECIFICO PER L'ESERCIZIO DELL'ODONTOIATRIA

Commette esercizio abusivo della professione il laureato in medicina e chirurgia che, pur avendo conseguito due master specialistici all'esito di attività tecnico-pratica, esegua interventi di odontostomatologia (visite, estrazioni, otturazioni, applicazione a fissaggio di capsule ed implantologia) senza essere iscritto all'Albo istituito con legge n.

409 del 1985. Il carattere interdisciplinare delle competenze proprie dell'odontoiatra, in astratto condivise anche dalla formazione del laureato in Medicina e chirurgia che abbia sostenuto esami specialistici in odontostomatologia o che sia specializzato in chirurgia maxillo-facciale, se vale a registrare aree di pertinenza comuni, o di sovrapposizione, rispetto ai due percorsi professionali determina esercizio abusivo della professione. Secondo la Corte di Cassazione in mancanza di una legge di definizione in termini positivi ed univoci del "contenuto tipico" dell'attività di medico chirurgo, il principale criterio guida è quello sostanzialistico del superamento del relativo esame di Stato e conseguente iscrizione all'albo. L'iscrizione all'albo dei medici abilita di per sé allo svolgimento dell'attività chirurgica, non essendo richiesto anche il possesso del diploma di specializzazione nei diversi settori della chirurgia e quindi non integra il reato di cui all'art. 348 cod. pen. la condotta del medico che esegua interventi di chirurgia plastica pur non avendo conseguito la specializzazione in Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica. Le prassi, anche ove stabilmente affermatesi all'interno delle strutture sanitarie e per le quali, laureati in Medicina e Chirurgia con specializzazione in branche riconducibili all'odontoiatria, al di fuori del sistema transitorio, svolgono attività di diagnosi e terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché di prevenzione e riabilitazione odontoiatriche, per quelli che sono i contenuti tipici dell'attività del medico odontoiatra (L. n. 409 del 1985, art. 2, comma 1), non valgono ad incrinare il sistema del tutto diversamente connotato e neppure sostengono un modello alternativo di competenza, in difetto di fonti primarie di disciplina. Il carattere interdisciplinare delle competenze proprie dell'odontoiatra che si vorrebbero come tali condivise anche dalla formazione del laureato in Medicina e chirurgia che abbia sostenuto esami specialistici in odontostomatologia o che sia specializzato in chirurgia maxillo-facciale, se vale a registrare aree di pertinenza comuni, o di sovrapposizione, rispetto ai due percorsi professionali non può comunque spingersi ad affermare l'esistenza di un complessivo sistema che, diretto ad esautorare quello funzionale al riconoscimento di una identità di effetti. Il Ministero della Salute già nel 2009 ha escluso che la specializzazione in chirurgia maxillo-facciale rientri fra quelle che abilitano i medici a svolgere l'attività odontoiatrica, con affermazione del carattere obbligatorio dell'iscrizione all'Albo degli odontoiatri. La nota dell'amministrazione distingue tra la chirurgia implantologica endo-ossea orale, branca della chirurgia orale, come tale esercitabile sia dai laureati in odontoiatria, eventualmente assistiti da un training certificato in chirurgia orale, che dai medici specialisti in chirurgia maxillo-facciale, ed il piano generale proprio di ogni riabilitazione implantoprotesica, riservato in via esclusiva all'odontoiatra, professionista tenuto alla programmazione degli impianti oltre che alla realizzazione della protesi dentaria. Nella medesima nota si chiarisce, per quelli che sono i contenuti delle competenze delle due figure professionali, come l'applicazione di impianti endo-ossei con finalità odonto-protesiche rientri nella competenza primaria dell'odontoiatria che pure potrà avvalersi, nella finalità di meglio tutelare le ragioni del paziente, di altre profili professionali, come quello del chirurgo maxillo-facciale, con la precisazione che quest'ultimo, non iscritto all'Albo degli odontoiatri, può "eseguire impianti a scopo odontoprotesico solo su indicazione e conseguente progettazione dell'intero piano di trattamento da parte dell'odontoiatra" (Cass. pen. Sez. VI, Sent. del 22-01-2018, n. 2691).

FARMACEUTICA ITALIANA LEADER IN EUROPA

Buone notizie dalla farmaceutica italiana: con 32 miliardi di produzione, di cui l'80% destinato all'export (+118% dal 2008 al 2018), il nostro paese è il primo produttore farmaceutico in Europa nel 2018, superando la Germania dopo un lungo inseguimento.
L'Istat ha certificato una leggera flessione a febbraio, meno 3% di fatturato, ma il trend resta positivo e anche nella ricerca e sviluppo le imprese del farmaco, dati Farmindustria alla mano, danno un importante contributo: studi clinici per 700 milioni di euro nel 2017, collaborazioni con università e con istituti pubblici di ricerca, 1,5 miliardi di euro investiti in ricerca e sviluppo e 1,3 miliardi per la produzione solo nel 2017.

Per questo motivo, l'Italia, già vero e proprio Hub europeo per la produzione, vuole diventare anche il centro per lo sviluppo di nuove terapie, magari intercettando parte dei mille miliardi di dollari che verranno investiti a livello mondiale nella ricerca e sviluppo nei prossimi sei anni.
Lombardia e Lazio si confermano, ormai da diversi anni, leader a livello nazionale, come emerge dal Rapporto sugli indicatori farmaceutici di Farmindustria. La Lombardia assorbe circa la metà degli occupati del settore nazionale con 28 mila unità e più 18 mila nell'indotto, seguita dal Lazio con oltre 60 aziende del settore, 16 mila occupati e 6 mila nell'indotto; è capofila italiana anche per investimenti che ammontano a 400 milioni di euro ed è la seconda regione per l'export, che vale oltre 5 miliardi di euro su un totale nazionale di 21. Al primo posto il Lazio con 9,1 miliardi. L'Italia conta quasi 200 aziende farmaceutiche, 66 mila addetti, di cui il 90% laureati o diplomati, 6.400 ricercatori. Gli under 35, tra il 2014 e il 2017, sono aumentati dell'11 per cento e sono l'81 per cento dei nuovi assunti, quasi tutti con un contratto indeterminato. Ottimo anche l'impiego femminile, abbondantemente sopra il 40% e quasi al 50% nella sezione ricerca e sviluppo.

RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE DELL'ODONTOIATRA

In via generale, ai sensi dell'art. 7 della L. n. 24 del 2017 l'odontoiatra risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente, nel qual caso egli risponde ai sensi degli articoli 1218 e 1228 cod. civ. Secondo il consolidato orientamento della Corte di Cassazione in tema di responsabilità civile nell'attività odontoiatrica, ove sia dedotta una responsabilità contrattuale del medico per l'inesatto adempimento della prestazione sanitaria, il danneggiato deve fornire la prova del contratto (o del "contatto") e dell'aggravamento della situazione patologica (o dell'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento) e del relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, restando a carico dell'obbligato – sia esso il sanitario o la struttura – la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile. Nel rapporto odontoiatra – paziente la responsabilità è sempre di natura contrattuale per cui il sanitario, per andare esente da responsabilità, deve provare di aver agito diligentemente e che il danno è stato prodotto da un evento imprevisto e imprevedibile (Tribunale Milano Sez. I, 16/02/2018).

WIND SOSPENDE SMS INCENTIVANTI CAUSE MEDICHE

Wind ha preso atto dei rilievi di carattere etico mossi dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici (Fnomceo) sugli spot che invitavano gli utenti a valutare a costo zero, presso una società di assistenza legale, la possibilità di un risarcimento per presunta *malasanità* e ha sospeso l'inoltro degli sms. A comunicarlo al presidente della Fnomceo Filippo **Anelli**, il Direttore Public Affairs, Internal & External Communication di Wind Tre S.p.A., Massimo **Angelini**, che ha voluto chiamarlo personalmente.
"Ringraziamo Wind-Tre per la sensibilità dimostrata su una questione della quale il Direttore Angelini ha condiviso la crucialità per i diritti di tutti i cittadini e per la sostenibilità del Servizio Sanitario nazionale – dichiara **Anelli** –. *Angelini ha convenuto sul ritenere questo spot non utile al bene comune e ha fatto sì che un messaggio che può essere fuorviante non raggiunga più gli utenti della compagnia".*
"Molto lavoro resta ancora da fare – conclude **Anelli** –. *Occorre un cambio di passo, una svolta culturale per cui il nostro Servizio Sanitario nazionale sia visto come un patrimonio da salvaguardare e non da intaccare senza motivo, e i professionisti che vi operano quali attori e autori del sistema e non terminali delle insoddisfazioni dovute a carenze organizzative e strutturali. Noi medici abbiamo fatto il primo passo: il 16 maggio alle 14,30 a Roma si aprirà il grande percorso degli Stati Generali della professione, per un nuovo paradigma del medico e della medicina. Ora sta alla Politica fare altrettanto".*

Comunicato stampa FNOMCeO

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 15 aprile 2019

Cognome-Nome	Telefono
ABDELALL NESRINE GAMAL MOHAMED	392/10.34.893
ALTIERI MICHELE	340/83.69.703
AMMAR ALESSANDRO	346/75.20.228
AMODIO FRANCESCO	347/91.98.367
ANDALORO PIETRO	329/79.37.645
BACHI BIANCA	389/88.33.220
BALDESSARI MARGHERITA	348/71.37.485
BARTALENA LAURA	338/90.91.396
BELLANOVA MATTEO	333/99.50.426
BLANCO GIUSEPPE	333/83.49.551
BUSCEMI MARTINA	334/33.50.482
CAPELLI ELENA	348/95.66.612
CASADEI CHIARA	349/10.56.346
CASTELLI SILVIA	349/54.79.734
CATALOGNA ALESSANDRA	349/38.45.728
COCCHI LAURA	349/51.75.962
COCCO ANASTASIA	340/83.40.925
COLLI ELISABETTA	338/92.01.277
CONCI NICOLE	320/48.46.438
CONTE FRANCESCA	347/91.86.757
DALLARI VIRGINIA	340/93.52.431
DE CAROLIS BEATRICE	339/64.82.718
DE RAFFELE MARTINA	339/53.38.552
DESERIO MARIA ANGELA	320/21.05.856
DI PONTE MARCO	339/85.54.938
DONADIO ELEONORA	333/25.33.533
DUGATO VITTORIO	334/22.41.971
FACCIOLI ELENA	334/89.36.652
FASULO CHIARA	338/85.06.620
FLOSPERGHER MICHELE	338/12.80.013

Cognome-Nome	Telefono
FRABBONI ILARIA	339/67.20.031
JANUSKEVICIUTE BRIGITA	339/10.24.202
KUETE DJOMO SANDRINE VANESSA	333/83.39.537
LIBRANDI KATIA	346/67.55.336
MANSUELLI BEATRICE	333/81.95.088
MARCELLI CHIARA	334/16.80.045
MARCHESE ALBERTO	320/53.27.740
MARINACI LETIZIA	389/90.65.784
MARRA ROSA FRANCESCA	051/23.73.77
	347/60.68.501
MICELI RINALDO STEFANO	339/70.89.889
MORIGI FRANCESCA	349/77.10.784
MUTO FEDERICO	348/59.61.343
NANFACK TSOBJIO ALINE PATIENCE	349/29.28.147
OLIVI MATTEO	matteo.olivi.mo@gmail.com
PARINI LORENZA	340/87.96.525
PARMEGGIANI CLARA	347/80.79.599
PASOTTI STEFANO	331/78.93.902
PATTI DANIELA	349/33.20.021
PONDRELLI FEDERICA	333/82.53.009
ROCCABRUNA SARA	348/05.49.950
SALUCCI FRANCESCA	320/68.05.927
SANKARI ZIAD	388/99.11.610
SAVORANI FULVIO	348/10.08.210
SENADA SERAJ	320/61.64.242
SUZZI LAURA	laurasuzzi@gmail.com
TERNETTI ANDREA	349/24.16.054
VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919
VISCIOTTI FRANCESCA	328/80.52.268
ZIGNOLI ANNA	339/69.23.382

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BIANCHI NICOLA	Endocrinologia e Malattie del Ricambio	340/81.34.086
CHIEREGATTI GIOVANNI	Medicina Legale e delle Assicurazioni	335/54.17.578
CONGIU ERMINIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	349/53.19.078
DALLE DONNE ANDREA	Odontoiatra	333/24.05.363
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia	
	Chirurgia della Mano	
	Medicina Legale e delle Assicurazioni	347/88.53.126
GUERRIERO FAUSTO	Corso di Formazione Medicina Generale	331/27.08.686
PALUMBO BENEDETTA	Odontoiatra	051/30.38.96
		338/33.64.432
PULA CHIARA	Pediatria	329/72.55.260
SPONSELLI STEFANIA	Corso di Formazione in Medicina Generale	389/52.91.821

CALENDARIO EVENTI FORMATIVI ECM MAGGIO-GIUGNO 2019

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna

Provider Nazionale n. 3744

Tutti gli incontri sono accreditati ECM e si svolgeranno, alcuni, presso la Sala Conferenze dell'OMCeO di Bologna in Via G. Zaccherini Alvisi n. 4, altri presso la Sala Conferenze del Circolo Ufficiali dell'Esercito in Via Marsala n. 12 Bologna. La partecipazione è gratuita previa iscrizione online sul sito web www.odmbologna.it alla pagina "Aggiornamento professionale e ECM". Il calendario è indicativo e provvisorio, pertanto, non essendo definitivo, potrà subire modifiche e integrazioni. Solo ad organizzazione ultimata e completa, gli eventi saranno, via via, pubblicati sul sito web corredati di maggiori dettagli informativi, anche in riferimento alle iscrizioni.
Segreteria organizzativa: ecm@odmbologna.it

IL PRESENTE CALENDARIO SOSTITUISCE INTEGRALMENTE I CALENDARI DELLE PRECEDENTI PUBBLICAZIONI.

Data: 25/05/2019 sabato
LA IDONEITÀ, SINTESI PERFETTA TRA EMPEIRIA E TEORIA, "TARGET" DA CENTRARE DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE VERSO: I LAVORATORI DEL COMPARTO SANITÀ, I VIGILI DEL FUOCO, I FINANZIERI
ore 9:00-12:00 (registrazione partecipanti 8:45-9:00; questionario 12:00-12:30)
Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra
Relatori: Ten. Col. me. Nicola Tauro, Dott. Marco Migliorini, Dott. Carmine Petio, Dott. Maurilio Missere, Dott. Paolo Nucci Pagliaro
Crediti ECM: 3
Sede: Sala Conferenze Circolo Ufficiali dell'Esercito – Via Marsala n. 12 Bologna

Data: 28/05/2019 martedì
QUANDO LA CURA È UN COSTO PER LA COLLETTIVITÀ: IL MEDICO TRA PAZIENTE, COMPATIBILITÀ ECONOMICHE E COMUNICAZIONE AL GRANDE PUBBLICO
ore 18:00-21:00 (registrazione partecipanti 17:45-18:00; questionario 21:00-21:30)
Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra
Relatori: Dott. Pino Donghi, Prof. Emanuele Vendramini
Crediti ECM: 3
Sede: Sala Conferenze OMCeO Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi n. 4 Bologna

Data: 29/05/2019 mercoledì
LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL NEUROCHIRURGO: RISVOLTI PRATICI RIGUARDANTI CASI CLINICI DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA CON RIFERIMENTO ALLA CONSULENZA MEDICO-LEGALE
ore 18:00-21:00 (registrazione partecipanti 17:45-18:00; questionario 21:00-21:30)
Professione: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline)
Relatori: Prof.ssa Susi Pelotti, Prof. Marco Cenzato, Dott. Paolo Faccioli, Dott. Umberto Godano, Avv. Marco Riponi
Crediti ECM: 3,9
Sede: Sala Conferenze OMCeO Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi n. 4 Bologna

Data: 30/05/2019 giovedì
L'APPROPRIATEZZA DELLA TERAPIA NEL MANTENIMENTO DEL DENTE: ASPETTI PARODONTALI
ore 20:00-22:00 (registrazione partecipanti 19:45-20:00; questionario 22:00-22:30)
Professioni: Odontoiatra, Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline)
Relatore: Dott. Francesco Ferrarotti
Crediti ECM: 2
Sede: Sala Conferenze OMCeO Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi n. 4 Bologna

Data: 01/06/2019 sabato
LA IDONEITÀ, SINTESI PERFETTA TRA EMPEIRIA E TEORIA, "TARGET" DA CENTRARE DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE VERSO: I POLIZIOTTI, I CARABINIERI, GLI AVIERI, I SOLDATI
ore 9:00-12:00 (registrazione partecipanti 8:45-9:00; questionario 12:00-12:30)
Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra
Relatori: Dott. Paolo Galli, Dott. Nunzio Arminio, Ten. Col. me. Giuseppe De Lorenzo, Magg. me. Andrea Maceo, Ten. Col. me. Alessandro Fiorini, Ten. Col. me. Angelo Casuccio
Crediti ECM: 3
Sede: Sala Conferenze Circolo Ufficiali dell'Esercito – Via Marsala n. 12 Bologna

Data: 04/06/2019 martedì
L'ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE DEL MEDICO ALLA LUCE DEI NUOVI DETTATI LEGISLATIVI
ore 18:00-21:00 (registrazione partecipanti 17:45-18:00; questionario 21:00-21:30)
Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra
Relatori: Dott. Alessandro Nobili, Dott. Giovanni Ghersi, Avv. Luca Nicolini, Vito Perboni
Crediti ECM: 3,9
Sede: Sala Conferenze OMCeO Bologna – Via G. Zaccherini Alvisi n. 4 Bologna

Data: 08/06/2019 sabato
LA MEDICINA DEL LAVORO TRA PROBLEMI DEL PASSATO E SFIDE FUTURE: NUOVA VISIONE DEL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE
ore 9:00-12:00 (registrazione partecipanti 8:45-9:00; questionario 12:00-12:30)
Professioni: Medico Chirurgo (MMG e tutte le Discipline), Odontoiatra
Relatori: Magg. Gen. Antonio Battistini, Prof. Francesco Saverio Violante, Prof. Stefano Mattioli
Crediti ECM: 3
Sede: Sala Conferenze Circolo Ufficiali dell'Esercito – Via Marsala n. 12 Bologna

Poliambulatorio Privato
ISTITUTO DI RICERCA E CURA dell' A.M.A.B.
Dir. Sanitario Dott. Umberto Mazzanti, Medico-Chirurgo
Via Antonio Canova, 13 - 40138 Bologna
Tel. 366-2876956, **www.amabonline.it**
infopoliambulatorioagopuntura@gmail.com

L'Istituto è attivo dal **1986**. Rappresenta uno dei primi esempi in Italia di **integrazione fra medicina tradizionale cinese e medicina occidentale**. Oltre all'attività di assistenza medica, è la sede dell'attività di Ricerca e Didattica dell' A.M.A.B. Scuola Italo-Cinese di Agopuntura

Vi opera **personale medico qualificato** che lavora in tutti i campi in cui l'**Agopuntura** ha le sue maggiori indicazioni:
- **Cefalee** croniche, **emicrania**
- Dolori dell'apparato muscolo scheletrico
- Patologie **gastriche** e **intestinali**
- Patologie **dermatologiche**
- Patologie **ginecologiche**

Percorsi terapeutici specifici:
- Trattamento dell' **infertilità** maschile e femminile e supporto alla **procreazione medicalmente assistita**
- Trattamento **anti-aging**
- Trattamento **pediatrico**

A.M.A.B. Associazione Medici Agopuntori Bolognesi

FOCUS ON OSTEOPATIE METABOLICHE E TERAPIA - VI EDIZIONE

Bologna, 10 Ottobre 2018

Il giorno 10 Ottobre si è tenuta a Bologna la VI Edizione del "Focus on osteopatie metaboliche e terapia". Anche questa edizione del FOCUS è stata una proficua occasione di confronto tra specialisti e ricercatori, del metabolismo minerale e dell'osso, per valutare la possibile applicazione nella pratica clinica delle più recenti acquisizioni e metodologie usate per la diagnostica e il trattamento medico delle osteopatie metaboliche. A questa edizione del FOCUS, ha partecipato il Prof. Renty B. Franklin, Ph.D. Professor and Interim Chair Oncology and Diagnostic Sciences, School of Dentistry, University of Maryland, Baltimore. Il Prof. Franklin insieme al Prof. Chostello, è uno dei più importanti studiosi del metabolismo dei citrati. Il Prof. Leslie Costello è Professor of Physiology and Endocrinology, Department of Oncology and Diagnostic Sciences School of Dentistry U. Maryland; and the University of Maryland Greenebaum Cancer Center, Baltimore. Entrambi si sono sempre occupati dello studio dei citrati nell'osso e successivamente in altri organi, in particolare del ruolo dei citrati nella patologia della prostata.

FOCUS 2018. Considerazioni introduttive

L' osteoporosi è l'osteopatia metabolica di più frequente osservazione nella pratica clinica. È caratterizzata da una riduzione della massa ossea con conseguente aumento della fragilità ossea e del rischio di fratture. Negli ultimi anni l'osteoporosi è stata oggetto di un'attenta analisi di politica sanitaria e sociale, perché la sua frequenza e le gravi complicanze ad essa associate, presentano un aumento senza precedenti, dovuto principalmente all'allungamento dell'età media della popolazione. I dati epidemiologici italiani derivano dallo studio ESOPO che ha dimostrato che il 23% delle donne con più di 40 anni e il 14% degli uomini di età maggiore ai 60 anni, sono affetti da osteoporosi. La presenza di fratture osteoporotiche sembra accompagnarsi ad un aumento della mortalità, rispetto alla popolazione generale, nei pazienti che non sono trattati farmacologicamente. L'osteoporosi è una patologia che interessa prevalentemente le donne dopo la menopausa e i soggetti anziani di entrambi i sessi, ma si può manifestare in soggetti relativamente giovani anche di sesso maschile. Inoltre non va trascurata la frequente associazione dell'osteoporosi con altre patologie e all'impiego di farmaci usati per il loro trattamento. Poiché l'incidenza delle fratture osteoporotiche aumenta esponenzialmente con l'età, è necessaria un'implementazione di tutte le misure necessarie per ridurre il rischio di fratture, per mantenere una adeguata qualità della vita e per assicurare un corretto controllo della spesa sanitaria. Infatti, è stato dimostrato che i costi medici diretti legati al ricovero ospedaliero per fratture osteoporotiche sia negli uomini che nelle donne sono superiori a quelli per il trattamento ospedaliero di molte patologie croniche quali eventi cardiovascolari maggiori (stroke, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca), carcinoma della mammella, malattie polmonari ostruttive croniche. Appare quindi di fondamentale importanza poter individuare precocemente i soggetti a maggior rischio di frattura; questo obiettivo è reso attualmente più semplice dall'uso combinato di mezzi diagnostici che consentono di valutare non solo il contenuto minerale osseo e la densità minerale ossea ma anche aspetti qualitativi della microstruttura ossea (densitometria mediante tecnica DXA, TBS, HSA e imaging radiologico) e dalla valutazione laboratoristica del metabolismo minerale. I risultati di queste indagini unitamente alla raccolta anamnestica, all'esame obiettivo del paziente che consentono di individuare i fattori di rischio clinici per l'osteoporosi e le fratture, vengono attualmente utilizzati in alcuni algoritmi validati che consentono di individuare non solo la soglia diagnostica ma anche quella terapeutica. La NOF raccomanda il trattamento di donne in menopausa e di maschi di età ≥ 50 anni con un T-score di -2,5 o inferiore a livello del rachide o del femore o quelli con un T-score compreso nel range osteopenico (-1 e -2,5) ed una probabilità a dieci anni, di rischio di fratture maggiori di almeno il 20%, o la probabilità del rischio di frattura di femore a 10 anni di almeno il 3%. In questa sesta edizione del FOCUS, ampio spazio verrà dato alla terapia medica trattata in più relazioni. Per la prevenzione e terapia dell'osteoporosi sono attualmente disponibili numerosi farmaci; tuttavia solo uno di questi farmaci ha funzione anabolica. Vi è quindi un urgente bisogno di poter utilizzare i nuovi farmaci, purtroppo non ancora disponibili in commercio, che stimolano l'osteoformazione. L'osteoporosi ha una evoluzione cronica e richiede un trattamento a lungo termine; i farmaci più utilizzati attualmente sono gli antiriassorbitivi, in particolare i bisfosfonati e il denosumab. I criteri di

scelta e l'impiego di questi farmaci saranno oggetto di un attento esame che tenga conto sia dei vantaggi sia degli eventi avversi legati al loro impiego. Poiché le opzioni terapeutiche disponibili sono prevalentemente limitate all'efficacia delle terapie antirassorbitive e/o anaboliche, ed entrambi gli approcci farmacologici si associano a severi effetti collaterali, sarebbe auspicabile individuare nuovi approcci terapeutici per l'osteoporosi che possano mantenere l' equilibrio tra le fasi di formazione e riassorbimento dell'osso non presentando peraltro effetti collaterali. Un'appropriata conoscenza dei meccanismi fisiopatologici dell'osteoporosi è fondamentale per individuare farmaci che siano al contempo efficaci e sicuri. L'importanza di un approfondimento sugli studi della patofisiologia dell'osteoporosi consentirebbe di individuare nuovi target molecolari con i loro potenziali effetti sulla progressione della malattia.
Nell'ottica di ampliare le conoscenze sui meccanismi fisiopatologici dell'osteoporosi, in questa sesta edizione del FOCUS si è deciso di dedicare una intera sessione al rapporto tra citrati e osso. Già nel 1941, Dickens riportava che il contenuto di citrato nell'osso era estremamente elevato e come confermato in successivi lavori, circa l'80% del citrato corporeo si trova nell'osso. Questa correlazione tra citrato e osso è presente in tutti i vertebrati e suggerisce che il citrato svolga un ruolo chiave indispensabile per lo sviluppo e il mantenimento delle proprietà strutturali e funzionali dell'osso normale. Nonostante questi importanti aspetti, il ruolo del citrato nell'osso, la sua produzione, regolazione ed influenza sul rimodellamento osseo sono rimasti irrisolti per circa 70 anni, verosimilmente per la mancanza delle necessarie metodologie e tecniche di ricerca. A partire dal 1975, l'interesse sul ruolo del citrato nell'osso si è perso progressivamente e nella maggior parte dei libri di testo il citrato non è stato più citato, nonostante nella maggior parte della letteratura inerente lo studio dei nanocomposti dell'osso pubblicati negli ultimi 30 anni, venga descritta la sua presenza. Infatti in questi articoli sono emerse nuove conoscenze sul ruolo dei citrati grazie all'identificazione dell'incorporazione del citrato nelle strutture complesse formate da nanocristalli di apatite e collagene, condizione indispensabile per assicurare importanti proprietà biomeccaniche dell'osso (es. stabilità, forza e resistenza alle fratture). Abbiamo pertanto deciso di affrontare questo importante argomento scarsamente conosciuto e trattato, alla luce dei lavori scientifici più significativi comparsi negli ultimi 10 anni, riservando un ampio spazio alla

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

discussione, per favorire il massimo di interattività e stimolare il confronto scientifico con i partecipanti, tenendo presente lo scarso numero di ricercatori esperti in questo settore.

1 °sessione

Il Prof.re Stefano Gonnelli (Siena), Presidente della SIOMMMS, ha iniziato la prima sessione con una relazione sui rapporti della "Malattie polmonari e osso". Dopo aver descritto che i dati epidemiologici confermano che la BPCO rappresenta attualmente la quarta causa di morte nel mondo, il Prof. Gonnelli ha sottolineato che l'osteoporosi e le fratture rappresentano una delle comorbilità più frequenti in pazienti affetti da BPCO; inoltre, circa il 40% presenta una o più fratture vertebrali. I pazienti con BPCO presentano una serie di fattori di rischio per l'osteoporosi che possono essere suddivisi in due gruppi: il primo comprende fattori di rischio di carattere generale (età avanzata, fumo, basso peso corporeo, scarsa attività fisica). Il secondo include fattori di rischio specifici della malattia che includono: infiammazione sistemica, alterata funzione polmonare, uso di glucocorticoidi, deficit o insufficienza di vitamina D. Il numero delle fratture vertebrali appare associato col progressivo deterioramento della funzione polmonare, con l'uso di glucocorticoidi (anche assunti per via inalatoria), con 'età e con il BMI. Anche il tipo di patologia polmonare appare correlato sia con la perdita di massa ossea sia con fratture. La percentuale di pazienti che presentano fratture vertebrali nella fase pretrapianto, presenta un aumento delle fratture vertebrali nel periodo post-trapianto e nel successivo follow-up. Il prof. Gonnelli conclude sottolineando che nei pazienti con BPCO ed osteoporosi quasi l'82% dei pazienti con osteoporosi non viene trattato con farmaci per la patologia ossea.

La seconda relazione, tenuta dal Prof.re Giancarlo Isaia, aveva come oggetto la terapia medica della sarcopenia che si presenta con una prevalenza del 5-13% nei soggetti di età superiore ai 60-70 anni, e dell' 11-50% nella popolazione con età maggiore di 80 anni. Al momento non c'è un consenso unanime sulla definizione e sulla diagnosi. La sarcopenia può essere considerata una componente della fragilità in grado di indurre uno stato di disabilità. Gli approcci terapeutici non farmacologici come gli esercizi fisici di resistenza, la supplementazione proteica e aminoacidica, la sospensione dell'abitudine di fumare rappresentano i primi interventi da raccomandare per la prevenzione ed il trattamento della Sarcopenia. Gli interventi farmacologici, utilizzabili al momento (ACE inhibitors, Vitamina D, Testosterone, DHEA, Ormone della crescita e Steroidi essuali; IGF-1) sono scarsi e deludenti, ad eccezione di quelli con il Testosterone. Peraltro il trattamento con testosterone presenta effetti collaterali non trascurabili. Il Prof. Isaia conclude che solo una più completa comprensione dei meccanismi molecolari e cellulari implicati nella sarcopenia potrà condurre allo sviluppo di nuovi ed efficaci strumenti terapeutici. Ha chiuso questa prima sessione, il Dott. Fabio Massimo Ulivieri (Milano) che ha presentato una interessante messa a punto dei nuovi ruoli svolti dalla densitometria grazie all'introduzione di software dedicati quali il Trabecular Bone Score (TBS) e Hip Structural Analysis Parameters (HSA). Il TBS consente di ottenere informazioni sulla microarchitettuta dell'osso e quindi sulla qualità dell'osso; queste informazioni si potevano ottenere, fino a pochi anni fa, solo con tecniche invasive come la biopsia ossea. Studi clinici sull'impiego del TBS, hanno dimostrato che il TBS predice il rischio di frattura, in maniera parzialmente indipendente dalla BMD, nelle forme primitive e secondarie di osteoporosi e anche dopo trattamento farmacologico. Viceversa, anche per la scarsità di studi clinici, lo studio dei parametri strutturali del femore, ha indicato che solo la lunghezza dell'asse del femore sembra avere un valore predittivo per il rischio di frattura del femore nelle donne in post-menopausa ma non nei maschi. Gli altri parametri della geometria ossea (momento di inerzia della sezione trasversale, modulo di sezione, area della sezione trasversale) al momento non possono essere usati per valutare il rischio di frattura di femore. Una ragione potrebbe essere che la più piccola variazione statisticamente significativa significativa è molto elevata per questi parametri. Il Dr. Ulivieri conclude segnalando che attenersi alla semplice valutazione densitometrica potrebbe portare ad una non corretta impostazione diagnostica: infatti, come è noto il maggior numero di fratture si realizza proprio nei soggetti con osteopenia che potrebbero avere una microstruttura ossea degradata e/o altri fattori clinici che favoriscono le fratture da fragilità (ad es. pazienti con diabete mellito o in terapia con glucocorticoidi).

2° Sessione

La seconda sessione è stata dedicata interamente al rapporto tra citrati ed osso. Infatti, Dickens nel 1941 riportava che il contenuto di citrato nell'osso era estremamente elevato (circa

l'80% del citrato corporeo) come confermato in successivi lavori. Questa correlazione tra citrato e osso è presente in tutti i vertebrati e suggerisce che il citrato sia implicato in qualche processo fondamentale e che abbia proprietà indispensabili per una normale formazione e conservazione del tessuto osseo. Nonostante questi importanti dati, il ruolo del citrato nell'osso, la sua produzione, regolazione ed altri importanti aspetti sono rimasti irrisolti per circa 70 anni dal momento nel quale fu identificato da Dickens nel 1941. Il citrato venne quindi progressivamente dimenticato dai ricercatori, verosimilmente per carenza di mezzi tecnici e metodologici di ricerca, al punto che la presenza del citrato e i suoi possibili ruoli nell'osso non sono presenti né nei libri di testo né nelle *reviews* di fisiologia e/o patologia. Tuttavia é da segnalare che nella pratica clinica alcuni gruppi di studio hanno continuato a dosare i citrati e nel caso di ipocitraturia a trattare i pazienti con i citrati alcalini. In particolare piccoli gruppi di internisti che avevano dedicato le loro ricerche allo studio della malattie del metabolismo minerale, di urologi e di nefrologi, fin dagli anni Sessanta avevano introdotto nello studio dei pazienti con calcolosi renale e/o malattie metaboliche dell'osso anche il dosaggio sistematico dei citrati nelle urine delle 24 ore. In particolari i gruppi che si occupavano dello studio della calcolosi renale calcica osservarono che i pazienti con calcolosi renale calcica avevano una serie di fattori di rischio che potevano giustificare sia la formazione dei calcoli sia la perdita di massa ossea. In particolare era spesso presente una ipercalciuria normocalcemica, una riduzione della potassiemia, a volte una ipofosfatemia, spesso una ipocitraturia (cioè una escrezione di citrati $\leq$ 320 mg/24 ore). La riduzione dei citrati era presente anche nei pazienti con calcolosi di acido urico o diatesi uratica.
Questa sessione si è aperta con la relazione del Prof.re Renty B. Franklyn che ha presentato una lettura magistrale su *The Role of Zinc And Zinc Transporter ZIP1 For Specialized Citrate-Producing Prostate Epithelial Cells And Osteoblasts*. «Citrate is a major component of bone in all vertebrates, but its implications in bone have remained largely unknown. Recent studies identified that citrate is incorporated into the structure of the hydroxyapatite nanocrystal/collagen complex; and is essential for the important biomechanical properties of bone. This raises the important question, "What is the source of citrate for incorporation into bone?"; A question that heretofore had remained unresolved. Studies presented in this lecture were designed to determine the plausibility that the osteoblasts are specialized citrate-producing cells, which provide the citrate that is incorporated into the structure of bone; and that osteogenic differentiation of mesenchyme cells leads to the development of the citrate-producing osteoblasts. The results demonstrate that primary human osteoblasts exhibit the capability of citrate-production».
Il Prof. Giuseppe Vezzoli (Milano) ha presentato una relazione esaustiva sui meccanismi responsabili del metabolismo del citrato nell'uomo. Con la dieta vengono introdotti giornalmente circa 4 grammi di acido citrico contenuto prevalentemente negli agrumi. Dopo l'assorbimento a livello intestinale il citrato circola nel sangue senza legarsi alle proteine e si accumula nel tessuto osseo che contiene il 90% del citrato corporeo totale. Il citrato viene rilasciato dall'osso durante la fase di riassorbimento osseo e lo scheletro rappresenta la fonte principale per mantenere normale la sua concentrazione plasmatica. Durante la fase di osteoformazione, gli osteoblasti sintetizzano citrato che viene depositato nell'osso di recente formazione, e trasportano calcio dal plasma per la mineralizzazione dell'osso neoformato. Viceversa nella fase di riassorbimento sia il citrato che il calcio vengono liberati dall'osso nel plasma. Il riassorbimento osseo fornisce il citrato necessario per mantenere normale la sua concentrazione plasmatica. Il Prof. Vezzoli illustra il ruolo svolto dallo Zn per indurre la trasformazione delle cellule mesenchimali staminali in osteoblasti; questo processo richiede l'intervento del trasportatore ZIP1, di Runx2 e Osterix. Lo Zn inibisce l'aconitasi mitocondriale aumentando l'accumulo e il deposito del citrato nel tessuto osseo durante la fase di mineralizzazione del rimodellamento osseo. Il citrato svolge un ruolo critico interferendo con l'ispessimento dei cristalli e stabilizzando i nanocristalli di apatite nell'osso. La produzione di citrato è aumentata durante la fase di differenziazione delle cellule mesenchimali staminali in osteoblasti. Il citrato svolge un ruolo importante di stabilizzazione dei nanocristalli di apatite nella struttura ossea e controlla che la crescita dei cristalli non superi lo spessore di circa 3 nm. La correlazione tra concentrazione citrato sierico con la BMD del rachide lombare è stata dimostrata di recente da Chen H et al, Bone 2018. Il Prof. Vezzoli ha poi descritto l'influenza di alcuni ormoni (PTH e calcitonina) sul calcio e sul citrato e ha descritto il trasporto renale del citrato. Nel rene viene filtrato il 100% del citrato che viene successivamente riassorbito per una percentuale del 75% a livello del tubulo prossimale;

circa il restante 25% viene escreto con le urine. Nella pratica clinica una ipocitraturia (riduzione della escrezione urinaria di citrati < 350 mg/die) viene osservata nel 38,3% dei pazienti con calcolosi renale. Come è noto il citrato è un inibitore della precipitazione dei sali di calcio e quindi una sua ridotta escrezione renale aumenta il rischio di formazione dei calcoli. Da queste osservazioni è derivato l'uso del citrato di potassio per il trattamento dei calcoli di calcio. Il Prof. Vezzoli termina la sua relazione illustrando l'influenza di diversi fattori sulla escrezione di citrati. Il particolare sottolinea come Walker R.W. *et al.* (*Urolithiasis* 2018) abbiano descritto l'azione inibitrice del *calcium-sensing receptor* sul trasporto del citrato nelle cellule del tubulo prosssimale.

Studi sperimentali per la valutazione del microambiente osseo

La Dr.ssa Donatella Granchi (Bologna) illustra i risultati di studi sperimentali per la valutazione del microambiente osseo. La sequenza continua e coordinata di rimozione e deposizione del tessuto osseo è la base della funzione meccanica e metabolica dello scheletro ed è fortemente influenzata dalle condizioni del microambiente tissutale. Impiegando colture primarie di cellule umane (osteoclasti, osteoblasti e osteoprogenitori) e modificando le caratteristiche fisico-chimiche del mezzo di coltura agendo, ad esempio, su pH, tensione di ossigeno, o fattori dell'infiammazione, si possono realizzare in vitro condizioni sperimentali che simulano un microambiente patologico. La Dr.ssa Granchi termina la relazione mostrando i risultati di alcuni studi basati su tale approccio che hanno permesso di studiare i meccanismi biomolecolari che alterano il rimodellamento osseo e di sperimentare a livello pre-clinico modalità di intervento finalizzate a ripristinare la fisiologica omeostasi.

Ruolo dei citrati nella mineralizzazione

Il Prof.re Bruno Frediani (Siena) ha presentato una lettura magistrale sul ruolo dei citrati nella mineralizzazione. Nel 1926, de Jong nel suo lavoro *La substance minerale dans le os* ha identificato la struttura della componente minerale dell'osso come una carbonato apatite a struttura scarsamente cristallina. L'osso, il principale organo di sostegno e protezione del corpo dei mammiferi, è un nanocomposito di cristalli di apatite carbonata e di fibre collagene (circa 40 vol % ciascuno), con un contributo minore di altre proteine e acqua. L'integrazione dei nanocristalli di apatite all'interno delle fibre collagene conferisce all'osso un peso leggero ma contemporaneamente caratteristiche di forza e resistenza. Il tessuto osseo umano subisce un costante processo dinamico di rimodellamento osseo per riparare i danni da fatica come i micro-*cracks* da stress. Tuttavia, le dimensioni del cristallo, in particolare lo spessore del cristallo, sono fondamentali per le proprietà meccaniche dell'osso, in quanto uno spessore di ~ 3 nm impedisce la propagazione dei micro-*cracks*. Molti studi sulla bio-mineralizzazione ossea si sono concentrati sull'identificazione di proteine che promuovono o inibiscono la formazione di cristalli di apatite, come una serie di proteine Glx. È stato ipotizzato che le proteine come l'osteocalcina abbiano un meccanismo per il riconoscimento della superficie minerale che consente di controllo della crescita dei cristalli. Peraltro un recente studio ravvicinato dell'interfaccia tra i cristalli di collagene e di apatite nelle ossa, eseguito mediante tecniche avanzate NMR a stato solido, ha rivelato che il citrato è la molecola organica dominante in quella sede. Il citrato si lega strettamente ai nanocristalli di fosfato di calcio (apatite) regolandone lo spessore. I tre gruppi carbossilici del citrato hanno un valore di pKa rispettivamente di 3,1-4,8 e 6,4; al pH = 7,7,5 -8 sono completamente ionizzati e possono legarsi fortemente al Ca2 presente sulla superficie dell'idrossiapatite. Inoltre, le molecole di citrato legate alla superficie generano un'area di superficie caricata negativamente, che respinge gli anioni fosfato, inibendo così l'ulteriore crescita dei cristalli. Attraverso la repulsione elettrostatica, la superficie dell'apatite caricata negativamente impedisce anche l'aggregazione dei cristalliti primari in particelle più grandi. Il Prof. Frediani prosegue la relazione, indicando come la valutazione del citrato nelle urine e nel sangue possa trovare una applicazione nella pratica clinica. Ad esempio Patel in un recente studio (2018) ha confermato la presenza di una correlazione positiva tra BMD vertebrale ed ipocitraturia. Ancora, Chen *et al.* (2018) hanno dimostrato in uno studio sperimentale, nel quale era stata indotta una condizione di osteoporosi, che gli animali (*mice and rats*) con osteoporosi presentavano una riduzione della massa ossea ed una correlazione positiva tra concentrazione del citrato sierico e valore della BMD del rachide e del femore. Il Prof. Frediani termina la relazione segnalando gli aspetti più innovativi del processo di mineralizzazione dell'osso e precisamente che:

a) La matrice collagena serve come principale serbatoio dei citrati nei tessuti biologici mine-

ralizzati e che il precursore per la formazione dell'osso è il fosfato di calcio anziché l'idrossiapatite
b) Le caratteristiche simili ad un liquido del fosfato di calcio sono riconosciute come elemento chiave per una riuscita mineralizzazione del collagene.
L'ultima relazione presentata dalla Prof.ssa Renata Caudarella riguarda l'impiego clinico dei citrati: dalla calcolosi renale alle osteopatie metaboliche.
La Prof.ssa Renata Caudarella (Bologna) ha presentato una relazione che riflette i risultati della sua lunga esperienza nel settore della calcolosi renale e dei rapporti tra questa patologia e l'osteoporosi. La calcolosi renale è una patologia comune con una prevalenza che oscilla tra il 3%-5%; la probabilità di presentare questa patologia è maggiore nel maschio 11% rispetto alla femmina 5,6%. L'incidenza della calcolosi renale è aumentata progressivamente nel mondo, negli ultimi 10 anni numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato la presenza di una associazione tra nefrolitiasi e malattie sistemiche quali ipertensione arteriosa, sindrome metabolica, malattie cardiovascolari, nefropatie croniche diabete mellito e perdita di massa ossea (osteopenia/ osteoporosi). Inoltre altri lavori hanno descritto una relazione inversa tra densità minerale ossea e anomala rigidità delle arterie legata in parte alle calcificazioni vascolari. Shavit nel 2015 ha condotto uno studio per valutare se i pazienti con calcolosi calcica recidivante presentassero un maggior grado di calcificazioni vascolari come pure una maggior incidenza di osteoporosi rispetto ai soggetti non calcolotici di eguale età e sesso. I risultati di questo studio sembrano suggerire che le calcificazioni vascolari possono essere il meccanismo comune che giustifica l'associazione tra urolitiasi e malattie cardiovascolari (es. infarto del miocardio). Inoltre la perdita di massa ossea è più evidente nei pazienti con calcolosi calcica. Gli autori concludono che sono necessari ulteriori studi per spiegare questo meccanismo patogenetico comune che porta alla deposizione extraossea di calcio e all'osteoporosi.
Nel 2004 Vezzoli G. *et al.* hanno valutato la frequenza dei principali fattori di rischio per la formazione dei calcoli riscontrando nei soggetti con calcolosi una ipercalciuria nel 44,9% una ipocitraturia nel 38,3%, una iperuricuria nel 19,3% ed una iperossaluria nel 15,9%. Tutte le percentuali erano significativamente maggiori rispetto a quelli dei soggetti normali. Questo lavoro conferma che altri fattori oltre alla ipercalciuria possono contribuire alla formazione dei calcoli come pure alla riduzione della massa ossea. Queste osservazioni suggeriscono che il trattamento dei pazienti con osteoporosi richiede una attenta valutazione non solo del calcio urinario ma anche degli altri fattori litogeni in particolare della citraturia. Infatti una condizione di ipocitraturia è frequentemente associata, con o senza ipercalciuria alla perdita di massa ossea. La Prof.ssa Caudarella conclude sottolineando che il ruolo chiave del citrato nella patogenesi della urolitiasi è ben conosciuto e che l'efficacia del trattamento con citrati alcalini nei pazienti con calcolosi renale è stata dimostrata da numerosi autori (Caudarella R. *et al.* 20091). Tuttavia la valutazione della escrezione urinaria dei citrati nei pazienti calcolotici non è frequente, e il trattamento di questi pazienti con citrati alcalini è ancora scarsa anche se il loro uso viene raccomandato nella maggior parte delle line guida internazionali. Più di recente è stato confermato il ruolo del citrato nella patogenesi e nel trattamento delle malattie metaboliche dell'osso, e la valutazione della citraturia è stata proposta come elemento predittivo della perdita di massa ossea e del rischio di frattura.
Nelle due sessioni del pomeriggio, la prima è stata dedicata all'approfondimento degli aspetti legati alla patogenesi, diagnosi e terapia di alcune osteoporosi secondarie.
La prima sessione è stata introdotta dalla Prof.ssa Ombretta Di Munno (Pisa) che ha illustrato come le conoscenze sempre più approfondite dei meccanismi che regolano la fisiopatologia del rimodellamento osseo abbiano permesso di individuare forme secondarie di osteoporosi associate ad un crescente elenco di malattie, farmaci e condizioni di varia natura.
Nell'ambito dei farmaci, sicuramente i glucocorticoidi occupano ancora il primo posto, ma sta aumentando per numerosità anche l'impatto osseo di farmaci come gli inibitori dell'aromatasi, gli inibitori della pompa protonica e gli anticoagulanti.
Per quanto riguarda le malattie, nelle malattie reumatiche infiammatorie croniche si evidenzia sempre meglio lo stretto *network* esistente fra la flogosi immuno-mediata e cellule e segnali che regolano l'omeostasi scheletrica, ma sempre maggiori sono anche le segnalazioni dell'aumentato rischio di osteoporosi e fratture nei pazienti con diabete mellito di tipo 2.
L'argomento dell'associazione tra osteoporosi e diabete mellito è stato trattato dal Prof. Luigi Gennari (Siena) che ha illustrato le più recenti acquisizioni tra diabete mellito e osteoporosi. Ha confermato l'apparente paradosso di un aumento del rischio di frattura nei pazienti diabe-

tici in presenza di valori di densità minerale ossea normale o addirittura superiore alla norma rispetto ai soggetti di pari età e sesso. L'aumento della fragilità ossea è stato osservato sia nei pazienti con diabete di tipo 1 che in quelli con diabete di tipo 2., confermando l'ipotesi che in questa malattia gli elementi patogenetici più importanti, siano quelli che influenzano la qualità dell'osso associati all'aumentato rischio di cadute. I meccanismi della fragilità dell'osso nel diabete sono stati riassunti dal Prof. Gennari fondamentalmente in 4 punti: 1) Cadute e comorbilità. 2) Alterazioni del turnover osseo (conseguenze dell'iperglicemia e della obesità. 3) Compromissione della qualità dell'osso (AGEs, porosità corticale). 4) Terapia antidiabetica. Il Prof. Gennari ha concluso affermando che la diagnostica e l'approccio terapeutico nel diabete mellito dovrebbe essere migliorato soprattutto nei pazienti con diabete di tipo 2 che presentano una BMD normale/aumentata, e una riduzione del turnover osseo.
La seconda sessione pomeridiana è stata dedicata alla terapia medica. Per la prevenzione e la terapia medica dell'osteoporosi sono disponibili numerosi farmaci con attività antiriassorbitiva e con funzione anabolica. Purtroppo, come ha segnalato nella sua relazione il Prof. re Ranuccio Nuti (Siena) abbiamo attualmente a disposizione solo un farmaco con attività anabolica e cioè il teriparatide. Il teriparatide determina un incremento significativo della neoformazione ossea a livello trabecolare ed endocorticale, ha un effetto più limitato sulla formazione ossea periostale ed aumenta la porosità dell'osso corticale. Nelle donne osteoporotiche un trattamento con teriparatide ha ridotto significativamente il rischio di fratture vertebrali e non-vertebrali rispettivamente del 65% e del 58%, mentre la riduzione del rischio di fratture femorali non è risultata significativa.
L'Abaloparatide è un analogo del PTHrP umano (1-34) attualmente in fase di valutazione da parte di EMA e FDA per una prossima commercializzazione. Abaloparatide si lega allo stesso recettore del PTH (PTH1R) ma con diversa affinità rispetto al teriparatide e ciò sembrerebbe determinare una minore attivazione del riassorbimento osseo. Una ulteriore prospettiva per la terapia anabolica deriva dagli antagonisti degli inibitori del sistema Wnt-Catenina ed, in particolare, dallo sviluppo di anticorpi monoclonali umanizzati anti-sclerostina tra i quali il Romosozumab. Entrambi questi farmaci stimolano la neoformazione ossea ma, diversamente dal teriparatide, sembrano ridurre anche il riassorbimento osseo. Il Prof.re Nuti ha concluso la sua relazione parlando di recenti ricerche sui vasi di tipo H che si trovano vicino alla spongiosa e all'osso endosteale, che sarebbero associati con la formazione dell'osso. Queste cellule endoteliali interagiscono con gli osteoblasti durante la crescita dell'osso e la loro presenza si riduce con l'invecchiamento. Altre recenti ricerche hanno indicato che i vasi di tipo H agiscono come promotori della crescita dell'osso.
In questa sessione, il Dr. Cristiano Maria Francucci (Ancona) ha presentato un'esaustiva revisione dei bisfosfonati partendo dai meccanismi di azione ed esaminando le patologie oltre all'osteoporosi, caratterizzate da un alto turnover (es.malattia di Paget) in cui vengono utilizzati. Il Dr. Francucci ha anche illustrato gli effetti indesiderati a breve (reazione di fase acuta, irritazione esofagea) e a lungo termine (tumore gastro-esofageo, osteonecrosi della mandibola, fibrillazione atriale, dolore muscolo-scheletrico, fratture atipiche e problemi oculari quali uveite). Infine, il relatore ha preso anche in considerazione alcuni problemi su cui non vi è accordo unanime tra i ricercatori e cioè la durata ottimale della terapia, le implicazioni cliniche di un trattamento prolungato e le conseguenze della sospensione del farmaco.
Nel trattamento dell'osteoporosi è ben consolidato anche il ruolo della supplementazione di calcio e della vitamina D, con i suoi effetti scheletrici ed extrascheletrici.
Due relazioni tenute rispettivamente dalla Dr.ssa Nazzarena Malavolta (Bologna) e dal Dr. Alberto Falchetti (Bologna) hanno preso in considerazione questi due argomenti unitamente alla valutazione dell'importanza clinica della proteina legante la vitamina D. La Dr.ssa Malavolta ha illustrato l'importanza di un adeguato apporto di calcio durante tutto l'arco della vita sia per raggiungere un adeguato picco di massa ossea, sia per mantenere costante la massa ossea prima della menopausa sia infine per ridurne la perdita dopo la menopausa. Dopo aver passato in rassegna le caratteristiche dei diversi Sali di calcio, la Dr.ssa Malavolta ha illustrato i recenti dati della letteratura che segnalano un possibile aumento degli effetti negativi cardiovascolari nei pazienti che assumono supplementi calcio. In particolar modo è stato segnalato un aumento della incidenza di infarto del miocardio nei pazienti in trattamento cronico con supplementi di calcio. Se su questo punto non vi è ancora accordo unanime in letteratura, tutti gli autori concordano sul fatto che l'apporto alimentare di calcio è sicuramente da preferire e che, comunque, sono necessari trials clinici randomizzati prospettici che abbiano come endpoint primario l'aumento di eventi cardiovascolari nei soggetti che

assumono supplementi di calcio. Infine, ha concluso la Dr.ssa Malavolta, anche per quanto riguarda la comparsa di litiasi renale, in una recente Cochrane reviews nella quale venivano esaminati i risultati del database della Women ´s Health Initiative, è stato confermato che la supplementazione di sali di calcio si associava ad un modesto aumento (17%) della calcolosi renale, dimostrando che la supplementazione di sali di calcio si associava ad un aumento del 17% del rischio di calcolosi renale.
Il Dr. Falchetti ha confermato che il 25-idrossicolecalciferolo è la principale forma circolante di vitamina D (indipendentemente da tipo D 3 oD 2) e che la sua concentrazione viene usata correntemente nella pratica clinica per valutare lo stato della vitamina D. In circolo, la vitamina D, analogamente agli altri ormoni steroidei, è legata ad un trasportatore specifico indicato come proteina di trasporto della vitamina D (DBP); l'85-90% del 25- (OH) D è legato alla DBP, approssimativamente il 10-15% alle albumine sieriche, mentre il 25(OH)D è presente in forma libera (meno dell'1%) e potenzialmente biologicamente attiva. Le metodiche laboratoristiche correntemente usate non consentono di distinguere fra queste forme. Malattie o condizioni che interferiscono con la sintesi della DBP o dell'albumina possono interferire con la quantità totale della concentrazione della vitamina D. Ad esempio la DBP e l'albumina sono sintetizzate a livello del fegato, ne consegue che tutti i pazienti con una compromissione della funzione epatica presentano una alterazione della concentrazione ematica totale della vitamina D, mentre il livello della vitamina D libera rimane praticamente costante. La vitamina D-DBP analogamente ai complessi vitamina D-albumina, sono filtrati a livello glomerulare e riassorbiti mediante la megalina nel tubulo prossimale. Ne segue che tutte le malattie acute e croniche renali caratterizzate da una lesione tubulare si associano ad una perdita nelle urine dei complessi di vitamina D-DBP. Infine il gene che codifica la proteina DBP presenta un'alto grado di polimorfismo nei diversi gruppi razziali. Il Dr.Falchetti conclude la relazione, sottolineando come in accordo alla attuale letteratura, non si possa stabilire se sia più attendibile il dosaggio della vitamina D libera o quello della vitamina D totale; infatti questi dosaggi dipendono molto dal Kit usato per valutare la V-DBP.
In conclusione anche questa sesta edizione del "Focus on osteopatie metaboliche e terapia" ha destato l'interesse dei partecipanti che hanno contribuito attivamente e vivacemente alla discussione plenaria al termine di ogni sessione.

CONVEGNO "CARDIAC SURGERY (R)EVOLUTION

27 ottobre 2018

Il 27 ottobre 2018 si è svolto a Bologna il Convegno Cardiac Surgery (R)evolution, da me organizzato assieme al Dottor Carlo Savini dell'Unità Operativa di Cardiochirurgia del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. La cardiochirurgia è in continua evoluzione e le diverse figure professionali che ruotano attorno al paziente dispongono di approcci sempre più integrati tra loro. I fronti dell'operabilità si muovono da un lato verso pazienti ad alto rischio, un tempo non operati per stadio avanzato della malattia e comorbidità, e, dall'altro, verso pazienti asintomatici nella fasi iniziali della malattia, con l'ambizioso obiettivo di rendere l'attesa di vita del paziente valvulopatico e della popolazione generale sovrapponibili. Tutto questo trova le sue radici nel progresso clinico, chirurgico e tecnologico del nostro tempo.
Con il costante miglioramento delle protesi valvolari e vascolari, il consolidamento delle tecniche riparative, il più frequente impiego di approcci minimamente invasivi, e la disponibilità di procedure trans-catetere, la scelta della migliore procedura per il singolo paziente acquisisce una posizione centrale nei nostri processi decisionali e rappresenta uno dei momenti di maggiore stimolo nel nostro lavoro.
Durante la giornata sono stati toccati in maniera interattiva i punti salienti dei percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti con valvulopatia aortica, mitralica e con patologie aneurismatiche dell'aorta toracica.
L'obiettivo del nostro Convegno è stato quello di integrare le più recenti acquisizioni sui temi in esame e reinterpretare i percorsi decisionali alla luce delle attuali opportunità terapeutiche.
La stimata esperienza e competenza scientifica di relatori moderatori hanno dato un grande contributo al successo dell'evento, testimoniato dalla presenza di quasi cento tra cardiochirurghi, cardiologi, anestesisti, rianimatori e medici di base.

Professor Roberto Di Bartolomeo

VII CONGRESSO NAZIONALE DELL'ACCADEMIA ITALIANA DI ODONTOIATRIA LEGALE - L'ODONTOIATRIA DEL FUTURO È GIÀ OGGI

Bologna, 9-10 novembre 2018

Nelle giornate del 9 e 10 novembre 2018 è tornato a Bologna l'appuntamento con la medicina legale in odontoiatria al Congresso dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Legale - Oelle, presieduta dalla dott. Maria Sofia Rini. L'evento patrocinato anche dall'Ordine dei Medici di Bologna è risultato di particolare interesse medico-odontoiatrico e politico, per la presenza di clinici, tecnici e esponenti delle istituzioni di riferimento, dei sindacati e delle rappresentanze dei cittadini. Oltre agli argomenti più tradizionali e al puntuale riferimento alle ultime normative in materia di responsabilità sanitaria – dalla legge Gelli-Bianco alla legge Lorenzin –, i relatori hanno cercato di fare luce relativamente alle responsabilità che ciascun professionista si assume nell'ambito dell'utilizzo delle nuove tecnologie. Dalla radiologia complementare all'utilizzo del laser, dagli *short implant* agli impianti zigomatici, dalle applicazioni protesiche del Cad-Cam all'utilizzo ambulatoriale degli emocomponenti sono stati analizzati i profili di responsabilità per l'odontoiatra e il suo studio, con riferimenti costanti alle ricadute medico legali.

L'odontoiatria digitale ha aperto un mondo nuovo, ha fornito supporti tecnico-strumentali di eccezionale rilevanza ampliando l'ambito delle possibilità cliniche, ma anche delle aspettative dei pazienti. Nel contesto di un'attività medico-chirurgica sempre più tecnologicamente avanzata le responsabilità di ciascun sanitario (medico chirurgo o medico odontoiatra) sono sempre maggiori indipendentemente dalla tipologia di intervento e dalla sua delicatezza. Certamente le tecniche per così dire più tradizionali sono supportate da un background consolidatosi nel tempo, ma che in un contesto quale quello attuale potrebbero risultare obsolete, insufficienti o inadeguate, tanto più alla luce della norma che fa obbligo a tutti i professionisti in ambito sanitario di aggiornarsi in materia de recenti acquisizioni medico-scientifiche (DL 30/12/1992 n° 502 nello specifico artt.16-bis e 16-ter).

La macchina non rappresenta tuttavia il surrogato della mente umana e nel contesto di una medicina e di un'odontoiatria che si evolvono velocissimamente, dove limiti e margini d'errore sono sempre più piccoli, si ampliano, in caso di insuccesso o di evento negativo, le obbligazioni e le responsabilità dell'odontoiatra. Inevitabili sono, ovviamente, le ricadute nella pratica quotidiana e nell'eventuale valutazione delle responsabilità in caso di lite. Nel contempo i pazienti accettano sempre meno il concetto di insuccesso, di possibilità, seppur remota, di evento avverso. Grande è l'impegno dei sanitari, ma l'insuccesso, l'errore, il danno restano concretamente possibili e/o probabili. Il tutto in un contesto dove il quadro amministrativo-gestionale vira verso forme associative complesse o addirittura societarie, verso modo nuovo e diverso di esercitare e vivere la professione. Una professione che quotidianamente si deve rapportare a linee guida, raccomandazioni, buone pratiche e casi specifici. Una professione in cui la responsabilità della correttezza di una Diagnosi e dell'affidabilità e dell'efficacia nel caso di specie di una Terapia rimane appannaggio esclusivo del medico e dell'odontoiatra. È sempre e comunque il profesionista a farsi carico di rispondere in toto della propria condotta professionale nei confronti del paziente.

Si è parlato anche di questioni assicurative, uno degli argomenti più critici relativi alla professione medica e odontoiatrica. Da un lato lo scarso interesse mostrato ancora oggi dai professionisti, dall'altro il particolare momento storico-politico, le specifiche normative ancora lontane dall'essere varate rendono particolarmente complessa la problematica.

Indipendentemente da un quadro normativo che da un lato prevede l'obbligatorietà della polizza di RCP, ma dall'altro non eroga decreti attuativi e dal mondo assicurativo che preferisce *escamotages*, ritirarsi dal mercato o attendere gli eventi rimanendo a guardare, il grosso problema è costituito dalla mancanza di conoscenze specifiche e di interesse da parte dei colleghi. Anche relativamente al problema assicurativo conoscenza, formazione e aggiornamento rappresentano l'arma più efficace nelle mani dell'odontoiatra. Di particolare interesse è apparso l'intervento degli ODONTOIATRI DEL FUTURO, gli studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Bologna che con estrema lucidità hanno analizzato il loro percorso formativo alla luce del continuo evolversi di tecnologie, ma anche problematiche e delle loro prospettive di lavoro, esprimendo considerazioni, perplessità e punti di forza. Prospettive e preoccupazioni, ma soprattutto quesiti ai chi ha rappresentato

nella Tavola Rotonda conclusiva le istituzioni, gli ordini, i pazienti e la stampa di settore. Tavola Rotonda che ha voluto fare il punto anche politico sull'attuale mondo dell'odontoiatria e lanciare un messaggio di fiducia nel futuro nonostante le attuali difficoltà

Maria Sofia Rini

LE NUOVE SFIDE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: SOSTENIBILITÀ, MEDICINA DI GENERE E IL FUTURO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

29 Novembre 2018 - Bologna Hotel i Portici

Per questa iniziativa erano presenti 107 persone più 24 persone tra relatori, moderatori e autorità 54 iscritti hanno compilato il questionario e 34 hanno ottenuto il punteggio per ottenere i crediti ECM.
La giornata di studio nella sua prima sessione dedicata alla medicina di genere, ha posto l'accento su come realizzare e migliorare la condizione di salute intervenendo sulla malattia in quanto patologia necessitante di cure ed interventi, ma anche sugli stili di vita influenzati dalla presenza di fattori di rischio. Grande rilievo è stata data al problema delle malattie cardiovascolari quale prima causa di morte nella popolazione femminile: ogni anno in Italia si registrano 30mila decessi per infarto tra le donne. Primo vero problema è la sottovalutazione del rischio cardiovascolare: per le donne, infatti, la diagnosi è spesso sottostimata e ritardata nel tempo. La diretta conseguenza è una prognosi più severa a parità di età e sesso con l'amplificazione di tale dato se correlato alle donne diabetiche. Anche l'obesità ne è una conferma: a parità di obesi tra i sessi, nelle donne la complicazione diabetica influisce direttamente sul rischio cardiaco. Inoltre anche sulle patologie respiratorie si sono viste differenze importanti. Il genere è un determinante fondamentale anche nella salute mentale: le donne

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

soffrono più spesso di depressione rispetto agli uomini, tanto che quest'ultima risulta la prima causa di disabilità per le donne tra i 15 e i 44 anni. Seguono la stessa tendenza i dati Istat che indicano il suicidio come seconda causa di morte per le donne della medesima fascia di età. Inoltre le donne esposte a violenza, hanno probabilità doppia di avere una depressione o disturbi dovuti all'uso dell'alcol, e quadrupla di suicidarsi. È stato anche trattato sempre nella prima sessione relativo alla medicina di genere di tutta la problematicità riguardo alle patologie pediatriche e alle differenze che si possono riscontrare. Infine è stata fatta una disamina importante anche sulle differenze che si possono riscontrare per i professionisti infermieri nella gestione della cronicità.
La seconda sessione della giornata dedicata alla grande sfida del futuro delle professioni sanitarie. I servizi sanitari come li abbiamo conosciuti fino a ieri sembrano non essere più erogabili, pediatria, servizio di urgenza ed emergenza, alle "antiche" direzioni mediche di presidio ospedaliero, l'altro grande tema affrontato è stato quello del problema della carenza di personale medico.

IL RISCHIO CV: VECCHIO COPIONE E NUOVI PALCOSCENICI

25-26 Gennaio 2019

Le malattie cardiovascolari rappresentano una delle principali cause di morte nei Paesi industrializzati. I temi affrontati nel congresso sono stati principalmente quelli legati all'ipertensione arteriosa, alla malattia coronarica, alla BPCO e alla malattie reumatiche, patologie molto spesso invalidanti e destinate a crescere a causa dell'aumento della longevità. I relatori del congresso hanno sottolineato e discusso come il paziente affetto da malattia cardiovascolare richieda particolari attenzioni dal punto di vista dell'esercizio fisico, della dieta, dei controlli periodici, delle infezioni e dell'impiego dei farmaci. I relatori hanno evidenziato durante le sessioni dei lavori come molto spesso ci si trova di fronte a pazienti affetti da patologie concomitanti (diabete, artrosi, patologie neurologiche), cosa che rende ancor più necessaria l'osservanza scrupolosa delle norme di prevenzione e dell'adesione al programma terapeutico. Nella sessione riguardante la patologia coronarica è stato sottolineato come nel 1980 i tassi di mortalità coronarica aggiustati per età erano diminuiti del 40% e questa diminuzione era dovuto ai trattamenti specifici, principalmente per lo scompenso cardiaco e per le terapie in prevenzione secondaria dopo un infarto del miocardio o una rivascolarizzazione. Circa il 55% della diminuizione del rischio è invece dovuto ai cambiamenti dei maggiori fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione italiana, principalmente la riduzione della pressione arteriosa del 25% e della colesterolemia totale del 23%. Questo ha dimostrato secondo i relatori dell'evento come l'efficacia degli interventi rivolti a semplici modificazioni degli stili di vita anche nelle età avanzate possa aver mantenuto nel tempo gli incrementi di aspettativa di vita in buone condizioni di salute registrati negli ultimi anni. Laddove i fattori di rischio modificabili sono particolarmente elevati, si configura un elevato rischio cardiovascolare globale per il quale, oltre agli stili di vita, esistono farmaci, in particolare antipertensivi e ipolipemizzanti, di documentata efficacia preventiva. La sessione sulla malattie reumatiche è stata ricca di spunti e riflessioni e ha trovato nell'uditorio un punto di equilibrio importante. Nella sessione dedicata alla BPCO, i reatori hanno sottolineato come questi pazienti costituiscono circa il 40% di tutti i pazienti affetti dalla forma moderata grave di BPCO, quindi circa 1 milione a livello nazionale. Secondo i relatori della sessione ci troviamo dunque di fronte ad una patologia correlata a fenomeni complessi che si articola su diversi piani: quello della salute, quello economico e quello socio-sanitario. In considerazione di questa serie di elementi, insieme a quanto emerso dall'approfondimento offerto durante la discussione con i discenti, si può affermare che le malattie respiratorie, e in particolare la BPCO, costituiscono ormai un'emergenza sanitaria, in parte sommersa.
La caratteristica di tali patologie, infatti, è quella di essere, nella maggior parte dei casi, sotto-diagnosticate o, addirittura, non diagnosticate fino all'aggravarsi dei sintomi. Le malattie respiratorie sono, anche in Italia, poco individuate e poco curate, e di conseguenza spesso non adeguatamente controllate. Il paziente ha rappresentato l'elemento fondamentale del convegno e il punto di riferimento che ha unito a ponte il rischio cardiovascolare alla realtà clinica attraverso una trattazione che si è poggiata sui pilastri dell'esperienza clinica e sul progetto delle conoscenze.

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

Vendo ambulatorio dentistico sito in Calderino di Monte San Pietro. Sala d'attesa - 2 riuniti - Bagno disabili. Telefonare 347/0317970.

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

Struttura accogliente e in posizione strategica (vicino Ospedale S. Orsola e ben servita dai mezzi pubblici) mette a disposizione per medici specialisti anche odontoiatri, stanze uso studio per giornate o mezze giornate. 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.

Medico specialista scienza dell'Alimentazione cerca colleghi altra specialità per condividere studio medico Zona Arienti - Castiglione. Chiamare tel. 338/3853427.

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***
– 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. Guida Gerardo
	Dr. Marino Silvio Antonio
	Dr.ssa Miliffi Loredana
	Dr. Traversa Gabriele
– FISIATRIA	***Dr.ssa Fusaro Isabella***
– MEDICINA DELLO SPORT	***Dr.ssa Cavallari Fabrizia***
– OCULISTICA	***Dr. Morinelli Gaudenzio***
	Dr.ssa Manzari Alessandra
– OTORINOLARINGOIATRA	***Dr. Burgio Luca***
– UROLOGIA	***Dr. Bercovich Eduard***
	Dr. Comerci Francesco
– SERVIZI INFERMIERISTICI	
– MEDICINA DEL LAVORO	***Dr. Missere Maurilio***
	Dr.ssa Venturi Silvia
	Dr.ssa Belisario Adele
	Dr.ssa Bonci Melissa
	Dr.ssa Concordia Alessandra
	Dr.ssa Maggi Sara
	Dr.ssa Matteini Paola
	Dr.ssa Sifaky Evangelia

Si effettuano Visite specialistiche, diagnostica e servizi infermieristici A DOMICILIO

CONTATTI

Pesonale Segreteria: Alice T. – Maud 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

ACUSTICA BOLOGNESE

Studi Audioprotesici

Un sistema rivoluzionario per l'impronta acustica perfetta.

Lo puoi trovare a Bologna da Acustica Bolognese.

Quando si parla di applicazione protesica fatta ***a regola d'arte*** la parola d'ordine è ***Personalizzazione.***

Ogni caso è da considerarsi a sé stante e, ancor di più ogni orecchio ha la sua forma, individuale, proprio come una impronta digitale in pochi minuti in una impronta 3D del padiglione e del condotto uditivo in profondità.

I vantaggi sono principalmente due: il primo da considerare è che non sia hanno fastidi e non si subisce la classica manovra invasiva che normalmente avviene reale ed è possibile inviarli via internet ai laboratori di lavorazione in modo tale da velocizzare e produrre, in tempi sempre più brevi, l'***apparecchio acustico personale.***

Rimane inoltre negli archivi dello ***Studio Audioprotesico "il file"*** cioè l'impronta scannerizzata che risulta così utilizzabile senza dover rilevare ulteriormente l'impronta.

Otoscan: una vera rivoluzione 3D, nella rilevazione e realizzazione degli apparecchi acustici personalizzati.

OTOSCAN rappresenta la tecnologia più avanzata al mondo per il rilevamento dell'impronta dell'orecchio senza la tradizionale pasta al silicone.
Con ***OTOSCAN*** è finalmente possibile riprodurre la forma del condotto uditivo attraverso una rilevazione al laser che si traduce con il tradizionale metodo a pasta siliconica, il secondo vantaggio è che si ha una "precisione digitale" che riduce a valori assolutamente trascurabili la tradizionale tolleranza data dalla tradizionale manovra manuale.
Durante la scansione dell'orecchio i dati vengono memorizzati in tempo del condotto. ***OTOSCAN*** è la tecnologia innovativa adottata in esclusiva dagli Studi Audioprotesici Acustica Bolognese.

La rivoluzione per la scansione perfetta dell'orecchio è solo da Acustica Bolognese. Vieni a provarla in anteprima!

Prenoti un test gratuito dell'udito presso uno dei nostri Studi Audioprotesici
FORNITURE ASL/INAIL agli aventi diritto

www.acusticabolognese.it

Acustica Bolognese - Studi Audioprotesici

ACUSTICA BOLOGNESE

Studi Audioprotesici

NUMERO VERDE GRATUITO
800 59 76 55

É un dispositivo medico CE (0297); leggere attentamente le avvertenze o le istruzioni per l'uso. Aut. Min. del 08/10/2018